

**UNIVERZITA PALACKÉHO V OLOMOUCI**  
**PEDAGOGICKÁ FAKULTA**

ÚSTAV SPECIÁLNĚPEDAGOGICKÝCH STUDIÍ

**Diplomová práce**

Bc. Michaela Polanská

Průběh logopedické práce u klientů s neurogenními poruchami  
komunikace v prostředí rodiny

Olomouc 2015

vedoucí práce: PhDr. Renata Mlčáková Ph.D.

## **Prohlášení**

Prohlašuji, že jsem diplomovou práci vypracovala samostatně a použila jen uvedených pramenů a literatury.

V Olomouci dne 20. 4. 2015

.....

## **Poděkování**

Děkuji PhDr. Renatě Mlčákové, Ph.D. za laskavé a odborné vedení diplomové práce, poskytování cenných rad a připomínek.

Dále bych ráda poděkovala paní Mgr. Ruth Mitrengové za její vstřícnost a ochotu spolupracovat na výzkumu. A v neposlední řadě bych chtěla poděkovat klientům klinického logopeda v Karvinské hornické nemocnici a jejich rodinám za spolupráci na výzkumu, sdílnost a otevřenost při rozhovorech.

## Anotace

<b>Jméno a příjmení:</b>	Bc. Michaela Polanská
<b>Katedra:</b>	Speciálněpedagogických studií
<b>Vedoucí práce:</b>	PhDr. Renata Mlčáková Ph.D.
<b>Rok obhajoby:</b>	2015

<b>Název práce:</b>	Průběh logopedické práce u klientů s neurogenními poruchami komunikace v prostředí rodiny
<b>Název v angličtině:</b>	The speech therapy process of the clients with neurogenic communication disorders in the family environment
<b>Anotace práce:</b>	<p>Diplomová práce pojednává o průběhu logopedické práce u klientů s neurogenními poruchami komunikace v prostředí rodiny. Teoretická část práce je soustředěna do čtyř kapitol. První kapitola se věnuje definování, etiologii, specifikám diagnostiky získaných neurogenních poruch komunikace. Druhá a třetí kapitola nám stručně zpracovává problematiku afázie a dysartrie. Čtvrtá kapitola je věnována rodině, zvláště pak problematice rodin osob se získanou neurogenní řečovou poruchou. V praktické části představujeme tři případové studie osob se získanou řečovou poruchou. Prostřednictvím tří polostrukturovaných rozhovorů, které jsme vedli s osobami s neurogenní poruchou řečové komunikace a jejich manželkami je naší snahou zjistit informace o průběhu a způsobu každodenní logopedické práce v rodinném prostředí. Naším cílem je zjistit, jakým způsobem probíhá logopedická práce v rodině. Praktickým výsledkem práce je informační leták, jehož cílem je informovat rodiny osob s neurogenními poruchami komunikace o projevech získané dysartrie a afázie a o možnostech přístupu k nim v průběhu terapie i mimo ni.</p>
<b>Klíčová slova:</b>	Získaná neurogenní porucha komunikace, afázie, dysartrie, rodina, logopedická práce

<b>Anotace v angličtině:</b>	The dissertation deals with the process of logopaedic work with clients suffering from neurogenic deficiency of communication in family environment. The theoretical part of the dissertation is divided into four chapters. The first chapter focuses on defining the problem, aetiology and special characteristics of diagnostics of acquired neurogenic communication disorders. The second chapter and the third one treat briefly the problems of aphasia and dysarthria. The fourth chapter is dedicated to family, and to the problems of families and their members with acquired speech disorder or impediment. By means of three semi-structured dialogues, which we have held with people suffering from neurogenic deficiency of communication and with their wives, our endeavour is to discover some information about processes and methods of everyday logopaedic work in the family environment. Our objective is to detect how logopaedic work in the family proceeds and what its progress is like. A practical outcome of the dissertation is an information leaflet whose objective is to inform families of people with neurogenic deficiency of communication about the manifestations of acquired dysarthria and aphasia and about the possibilities of an approach to them in the course of the therapy and beyond it.
<b>Klíčová slova v angličtině:</b>	Acquired neurogenic communication disorder, Aphasia, Dysarthria, family, speech therapy
<b>Přílohy vázané v práci:</b>	Příloha č. 1: Žádost o umožnění výzkumu v Karvinské hornické nemocnici a.s. Příloha č. 2: Rozhovor s klientem 1 a manželkou Příloha č. 3: Rozhovor s klientem 2 a manželkou Příloha č. 4: Rozhovor s klientem 3 a manželkou Příloha č. 5: Informační leták pro rodiny
<b>Rozsah práce:</b>	78
<b>Jazyk práce:</b>	Čeština

# OBSAH

<b>ÚVOD .....</b>	<b>10</b>
<b>I. TEORETICKÁ ČÁST.....</b>	<b>12</b>
<b>1 ZÍSKANÁ NEUROGENNÍ PORUCHA KOMUNIKACE .....</b>	<b>12</b>
1.1 Vymezení pojmu .....	12
1.1.1 Poruchy motorických řečových funkcí.....	12
1.1.2 Poruchy užití individuálního jazykového systému.....	13
1.1.3 Kognitivně-komunikační poruchy .....	13
1.2 Etiologie získaných neurogenních poruch komunikace .....	13
1.2.1 Cévní onemocnění mozku a cévní mozkové příhody.....	13
1.2.2 Traumatické poškození tkáně CNS .....	14
1.2.3 Nádory a infekce CNS.....	14
1.2.4 Degenerativní onemocnění CNS .....	15
1.3 Specifika diagnostiky získaných neurogenních poruch komunikace .....	15
1.3.1 Diferenciální diagnostika.....	16
<b>2 AFÁZIE.....</b>	<b>17</b>
2.1 Vymezení pojmu.....	17
2.2 Symptomatologie .....	18
2.2.1 Porucha fluence .....	18
2.2.2 Poruchy rozumění.....	18
2.2.3 Parafázie .....	19
2.3 Klasifikace .....	19
2.3.1 Bostonská klasifikace .....	19
2.3.2 Brocova afázie .....	20
2.3.3 Globální afázie.....	21
2.3.4 Wernickeova afázie .....	21
2.3.5 Konduktivní afázie .....	21
2.3.6 Amnestická (anomická) afázie .....	21
2.3.7 Transkortikální motorická afázie.....	22
2.3.8 Transkortikální sensorická afázie.....	22
2.3.9 Transkortikální smíšená afázie .....	22
2.4 Diagnostika .....	22

2.4.1	Token test .....	23
2.4.2	Vyšetření fatických funkcí.....	24
2.5	Metody a prostředky terapie afázie.....	24
2.5.1	Zásady komunikace s osobou s afázií.....	25
<b>3</b>	<b>DYSARTRIE.....</b>	<b>27</b>
3.1	Vymezení pojmu.....	27
3.2	Klasifikace a symptomatologie.....	28
3.2.1	Dysartrie flacidní či periferní .....	30
3.2.2	Dysartrie spastická (centrální).....	30
3.2.3	Dysartrii ataktickou či cerebrální .....	31
3.2.4	Dysartrie extrapyramidová – hypokinetická.....	31
3.2.5	Dysartrie extrapyramidová – hyperkinetická .....	31
3.2.6	Dysartrie smíšená .....	32
3.3	Diagnostika dysartrie .....	32
3.3.1	Test 3F – dysartrický profil .....	33
3.4	Metody a prostředky terapie dysartrie .....	34
3.4.1	Specifické terapeutické postupy .....	34
3.4.2	Nespecifické terapeutické postupy .....	34
3.4.3	Zásady komunikace s osobou s dysartrií .....	35
<b>4</b>	<b>RODINA.....</b>	<b>37</b>
4.1	Terminologické vymezení rodiny.....	37
4.2	Rodina jako systém vzájemných vztahů .....	37
4.2.1	Manželský subsystém.....	37
4.3	Vliv poranění mozku na rodinu .....	38
4.3.1	Fáze emočních reakcí rodiny .....	38
4.4	Rodina – součástí terapie .....	39
<b>II. PRAKTICKÁ ČÁST .....</b>		<b>41</b>
<b>5</b>	<b>VÝZKUMNÉ ŠETŘENÍ.....</b>	<b>41</b>
5.1	Uvedení do problematiky.....	41
5.2	Návrh výzkumného šetření .....	41
5.3	Cíle práce a stanovení výzkumné otázky.....	42
5.4	Charakteristika výzkumného souboru .....	42
5.5	Metody výzkumného šetření.....	43
5.6	Realizace výzkumu .....	44

<b>6 ANALÝZA A INTERPRETACE VÝSLEDKŮ VÝZKUMU V RÁMCI PŘÍPADOVÝCH STUDIÍ .....</b>	<b>45</b>
6.1 Případová studie – Klient 1 .....	45
6.1.1 Spontánní řeč klienta 1 .....	47
6.1.2 Porozumění mluvené řeči klienta 1 .....	48
6.1.3 Opakování klienta 1 .....	48
6.1.4 Pojmenování klienta 1 .....	48
6.1.5 Čtení klienta 1 .....	48
6.1.6 Psaní klienta 1 .....	49
6.2 Případová studie - Klient 2 .....	49
6.2.1 Spontánní řeč klienta 2 .....	51
6.2.2 Porozumění mluvené řeči klienta 2 .....	51
6.2.3 Opakování klienta 2 .....	51
6.2.4 Pojmenování klienta 2 .....	52
6.2.5 Čtení klienta 2 .....	52
6.2.6 Psaní klienta 2 .....	52
6.3 Případová studie – Klient 3 .....	52
6.4 Analýza rozhovorů .....	54
6.4.1 Rozhovor s klientem 1 a jeho manželkou .....	55
6.4.2 Rozhovor s klientem 2 a jeho manželkou .....	58
6.4.3 Rozhovor s klientem 3 a jeho manželkou .....	62
6.5 Interpretace výsledků .....	65
6.5.1 Informovanost o NKS .....	65
6.5.2 Vnímání potřeby logopedické práce a přístup k ní .....	65
6.5.3 Angažovanost rodiny v logopedické práci .....	65
6.5.4 Způsob a čas nácviku .....	66
6.5.5 Komunikace v rodině .....	66
6.5.6 Pocity osoby se ZNPŘK při komunikaci .....	67
6.5.7 Dopad NKS na rodinné fungování .....	67
6.6 Diskuse .....	67
6.7 Doporučení pro praxi .....	69
<b>ZÁVĚR .....</b>	<b>70</b>
<b>SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY A INTERNETOVÝCH ZDROJŮ .....</b>	<b>72</b>
<b>SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK .....</b>	<b>75</b>



<b>SEZNAM TABULEK .....</b>	<b>76</b>
<b>SEZNAM OBRÁZKŮ.....</b>	<b>77</b>
<b>SEZNAM PŘÍLOH .....</b>	<b>78</b>

# ÚVOD

Rodina je základní stavební jednotkou lidské společnosti. Je to nezastupitelná instituce, v níž jsou její členové mezi sebou spojeni spleťtými vztahy a kde naplňují své role. Náhlý vznik neurogení poruchy komunikace zasáhne celou rodinu a je na ní, jak se s danou situací vypořádá. Při kontaktu s osobami s neurogeními poruchami komunikace jsme vyzorovali, že v případě těchto osob je velmi důležitá opora rodiny při realizaci nápravy. Zajímalo nás, zda je rodina ochotna tuto oporu a pomoc svým členům poskytnout a proto jsme se rozhodli tomuto tématu v diplomové práci věnovat. K realizaci práce jsme potřebovali získat ke spolupráci rodiny, jejichž členem je osoba s neurogení řečovou poruchou, proto jsme oslovili klinického logopeda Mgr. Ruth Mitrengovou zaměstnanou v Karvinské hornické nemocnici a.s., která nám pomohla oslovit klienty s rodinami, jež má ve své péči.

Problematice osob s neurogeními poruchami komunikace se v našich podmínkách nevěnuje mnoho autorů. Rodině a problematice realizace logopedické péče osob s neurogeními poruchami komunikace se přitom v literatuře komplexně nevěnuje nikdo. V této práci nás proto zajímá, jak je ze strany rodinných příslušníků vnímána logopedická pomoc a jakým způsobem se do logopedické práce členové rodiny aktivně zapojují.

Teoretickou část práce jsme soustředili do čtyř kapitol. V první kapitole se zabýváme termínem získané neurogení poruchy komunikace a tím, jaké řečové poruchy se pod definovaným termínem skrývají a jaká diagnostická specifika představují. Druhá kapitola je věnována problematice afázie. V této kapitole poukazujeme na možné projevy, klasifikaci, diagnostické postupy a specifika logopedické terapie. Ve třetí kapitole se zabýváme poruchou motorické realizace řeči – dysartrií, kterou dále vymezujeme, klasifikujeme a předkládáme možnosti její terapie. Čtvrtá kapitola popisuje rodinu a to, jak se získané postižení v rodině odráží a hovoří o důležitosti zapojení rodiny do logopedické intervence.

V empirické části práce se za pomoci kvalitativního výzkumu zabýváme průběhem logopedické péče u klientů s neurogeními poruchami komunikace v rodině. Na výzkumu s námi spolupracovaly tři rodiny osob s neurogeními poruchami komunikace.

Cílem diplomové práce je zjistit, jakým způsobem probíhá logopedická práce právě v prostředí osobám s neurogeními poruchami komunikace nejbližší, tedy v rodině. Praktickým výsledkem práce je informační leták, jehož cílem je informovat rodiny osob s neurogeními poruchami řečové komunikace o možnostech přístupu práce a komunikace ke členům své rodiny. Dále pak poskytuje základní informace o projevech dysartrie a afázie a

odkazuje rodinné příslušníky na server asociace klinických logopedů, kde jsou dostupné podrobnější informace o získaných neurogenních poruchách komunikace a kontakty na odborná pracoviště klinických logopedů v regionech.

# I. TEORETICKÁ ČÁST

## 1 ZÍSKANÁ NEUROGENNÍ PORUCHA KOMUNIKACE

Komunikace je specificky lidskou vlastností, při které dochází k výměně informací mezi dvěma a více subjekty. Love (2009) uvádí, že schopnost tvořit artikulovanou řeč je výsledkem nervových mechanismů, jež se v lidském mozku vyvinuly během dlouhé řady evolučních změn.

Problematikou mezilidské komunikace se zabývají jazykovědné a psychologické disciplíny, jejichž propojením vznikla oblast psycholingvistického výzkumu řečové komunikace. Výsledky a východiska tohoto výzkumu jsou součástí diagnostických a intervenčních snah v oblasti neurogenních poruch řečové komunikace (Neubauer, 2007).

V naší práci se budeme zabývat problematikou získaných neurogenních poruch komunikace u dospělých osob.

### 1.1 Vymezení pojmu

Problematikou získaných neurogenních poruch komunikace se v naší zemi uceleně nezabývá mnoho autorů. Neubauer na tuto skutečnost poukazuje ve své publikaci Neurogenní poruchy komunikace u dospělých, kde toto téma komplexně předkládá.

Tato problematika zahrnuje více okruhů narušené komunikační schopnosti. Lechta (2003, s. 17) narušenou komunikační schopnost (dále jen NKS) vymezuje takto: *„komunikační schopnost člověka je narušena tehdy, když některá rovina jeho jazykových projevů (příp. několik rovin současně) působí interferenčně vzhledem ke komunikačnímu záměru.“*

Podle Neubauera (2007) je komplexní terminologie získaných neurogenních poruch řečové komunikace obtížně uchopitelná, vzhledem k tomu, že se jedná o vícedimenzionální poruchy, které mají svou lingvistickou, neurogenní a kognitivní složku. Získané neurogenní poruchy řečové komunikace můžeme dle autora rozdělit takto:

#### 1.1.1 Poruchy motorických řečových funkcí

Jedná se o poruchy řečového projevu spojené s poškozením centrální nervové soustavy (dále jen CNS). Důsledkem této poruchy je nedostatečná inervace svalstva v oblasti rtů,

čelisti, jazyka, měkkého patra, hrtanu a dýchacích svalů. Neubauer (2007) do této kategorie řadí dysartrii, kterou definuje jako poruchy motorické realizace řeči na základě organického poškození a řečovou dyspraxii, již definuje jako samostatnou motorickou poruchu na pomezí mezi dysartrií a motorickou afázií.

### **1.1.2 Poruchy užití individuálního jazykového systému**

Do této kategorie Neubauer (2007) řadí afázií, což je porucha individuálních jazykových schopností na bázi poškození CNS, dále problematiku čisté alexie, což je porucha porozumění čteného textu.

### **1.1.3 Kognitivně-komunikační poruchy**

Jsou to poruchy, při jejichž vzniku hraje dominantní roli porucha kognitivních procesů, ale zároveň jde o poruchu řečové komunikace. Neubauer (2007, s. 59-60) u těchto poruch poukazuje na tyto skutečnosti: *„vzájemné propojení neurokognitivních jazykových a paměťových neuronálních sítí mozku i na klíčovou podpůrnou roli verbální dlouhodobé paměti a cílené pozornosti na funkci centrálních jazykových procesů CNS.“* Kognitivně-komunikační poruchy jsou součástí velké skupiny kognitivních poruch u syndromu demence, dále se mohou tyto poruchy vyskytnout po traumatické lézi CNS.

## **1.2 Etiologie získaných neurogenních poruch komunikace**

Příčiny vzniku neurogenních poruch komunikace v dospělém a seniorském věku nejčastěji vyplývají z poškození činnosti CNS na základě cévního onemocnění mozku, traumatického poškození tkáně CNS, nádorů a infekcí CNS, degenerativních onemocnění CNS a demence (Neubauer, 2007).

### **1.2.1 Cévní onemocnění mozku a cévní mozkové příhody**

Nejčastějším důvodem cévního onemocnění centrální nervové soustavy ve spojitosti s neurogenními poruchami komunikace jsou **cévní mozkové příhody**.

Cévní mozkové příhody (dále jen CMP) jsou podle Světové zdravotnické organizace (WHO) definovány jako rychle se rozvíjející ložiskové poškození mozkové funkce trvající

déle než 24 hodin bez jiné zjevné příčiny než cévního původu. V České republice je tímto onemocněním postiženo kolem 40 000 osob (Bauer, 2002).

Cévní mozkové příhody můžeme dělit na **ischemické**, způsobené uzávěrem mozkové tepny (např. embolem, trombem) či lokálním snížením průtoku a krvácivé, neboli **hemoragické**, způsobené krvácením do mozku (Kráal, 2012).

Začátek cévních příhod je náhlý a bývá provázen různě dlouhým bezvědomím. Po probnutí z bezvědomí se objevují charakteristické příznaky, které určují lokalizaci cévní léze (Lesný, 1989). Nejčastějším hybným následkem CMP je hemiparéza. Jedná se o omezení hybnosti poloviny těla různého stupně. Omezení se projeví na opačné straně, než je místo mozkové léze, tedy poruchy pravé mozkové hemisféry vyvolají hybné poruchy levé poloviny těla a opačně (Neubauer, 2007).

Léčba akutního stádia CMP vyžaduje co nejrychlejší zahájení adekvátní terapie. Nejlepším zázemím pro diagnostiku a vysoce odbornou léčebnou péči jsou centra pro léčbu CMP. Součástí těchto center jsou tzv. iktové jednotky, kde je poskytována multidisciplinární a kvalifikovaná intenzivní péče (Bauer, 2002).

### **1.2.2 Traumatické poškození tkáně CNS**

Úrazy mozku bývají častou a vážnou příčinou vzniku získanou neurogenních poruch řečové komunikace (dále jen ZNPŘK). Po cévním onemocnění mozku jde o druhou nejčastější příčinu vzniku těchto poruch (Neubauer, 2007). Po úrazu mozku může vzniknout hematom (krevní výron), který se v případě, že je malý, může vstřebat, nebo naopak může začít utlačovat okolí mozkové tkáně (Čecháčková, 2007).

### **1.2.3 Nádory a infekce CNS**

Nádor mozku působí svým růstem a tlakem na krevní zásobení, vyvolává tak mechanické a reflexní změny cév (Kiml, 1978). Neubauer (2007) uvádí, že podle typu a lokalizace se mohou mozkové nádory projevit v celém spektru neurogenních komunikačních poruch. Poruchy funkcí se v tomto případě neobjevují náhle, jako tomu je u cévních onemocnění mozku. Jde spíše o pozvolně nastupující, nebo skokově postupující komplikace.

Infekční onemocnění CNS, především encefalitidy či myelytity, mohou při svém komplikovaném průběhu způsobit chronické postižení v oblasti řečové komunikace a verbální paměti (Neubauer, 2007).

#### **1.2.4 Degenerativní onemocnění CNS**

Poruchy komunikace provázejí všechny typy a stádia demence. Projevují se poruchami kontaktu s okolím, poruchami řeči, jazykového vyjadřování, rozumění verbálnímu projevu, ale také poruchami čtení a psaní (Neubauer, 1997). Degenerativní onemocnění mozku CNS, která mají za následek atrofii mozkové tkáně (např. Parkinsonova choroba), jsou příčinou vzniku pozvolna postupujících dysartrií a dyspraxií. Většina těchto onemocnění zasahuje centrální motorický systém, nikoliv kognitivní a fatické funkce. Jiná nemalá skupina degenerativních onemocnění mozkové kůry (např. Alzheimerova choroba, Pickova choroba) jsou příčinou vzniku demence (Neubauer, 2007). Vedoucím symptomem demence je snížení intelektových schopností, deformace osobnosti, rozpad psychiky, čímž podstatně trpí i řeč (Kiml, 1978).

### **1.3 Specifika diagnostiky získaných neurogenních poruch komunikace**

Obereignerů (2013, s. 131) uvádí: „*diagnostický proces slouží k určení, upřesnění nebo diferenciaci patologických stavů i nepatologických jevů*“. Logopedická diagnostika je nezbytnou součástí diagnostiky osob s poruchami CNS. Mezi praktické úkoly klinického logopeda v oblasti diagnostiky patří navázání kontaktu s pacientem, vytvoření pocitu důvěry, v akutní fázi provedení alespoň screeningového vyšetření, na základě vyšetření stanovení terapeutického plánu, motivace rodiny a ošetřujícího personálu ke spolupráci (Neubauer, 2007).

Diagnostika NKS u dospělých osob má svá specifika, která se mimo jiné vážou na věk osoby s narušenou komunikační schopností. Dospělým klientům, zejména seniorům a osobám se závažnými diagnózami, je třeba zajistit vhodné podmínky pro vyšetření. Často je nutné vyšetřování realizovat během většího počtu kratších sezení z důvodu zvýšené unavitelnosti klienta. Také je nutno počítat s diagnostickými komplikacemi způsobenými např. nedoslýchavostí, poruchami paměti, kognicí a jinými zdravotními obtížemi klienta. Způsob komunikace je důležité upravit vzhledem k věku vyšetřovaného (Lechta, 2013).

### **1.3.1 Diferenciální diagnostika**

Základním úkolem diferenciální diagnostiky je odlišit od sebe jednotlivé typy získané neurogení řečové poruchy.

#### **Dysartrie**

- je motorická porucha, při níž jsou jazykové i kognitivní složky řeči v pořádku, ale dýchání, fonace, rezonance, artikulace jsou různým způsobem porušeny (Neubauer, 1997, 2007);

#### **Řečová dyspraxie**

- představuje narušenou schopnost provádět na základě vůle řečové artikulační pohyby, při absenci parézy, oslabení či poruchy koordinace řečového svalstva. Narušení dýchání, fonace, rezonance a artikulace nejsou vždy konzistentní, na rozdíl od dysartrie, kdy je orální svalstvo postiženo parézou, oslabením, mimovolními pohyby apod. (Love, Webb, 2009);

#### **Afázie**

- představuje poruchu užití individuálního jazykového systému, při které je snížena schopnost dekodovat či používat smysluplně slova a větné celky (Neubauer, 1997,2007);

#### **Demence**

- z důvodu globálního úbytku paměťových a intelektových schopností se tato porucha projeví poruchami verbální paměti a poruchami řeči pro smysluplnou komunikaci, nikoli prvotně řečovými a jazykovými poruchami (Neubauer, 1997, 2007).



## 2 AFÁZIE

Afázie je porucha řečové komunikace, která spadá do jednoho z deseti okruhů narušené komunikační schopnosti, a to do okruhu Získané organické poruchy řečové komunikace. Afázií se zabývá logopedická disciplína afáziologie.

### 2.1 Vymezení pojmu

Dvořák (2001) řadí afázii spolu s dysfázií mezi poruchy jazyka. Přičemž afázii definuje jako neschopnost rozumět jazykovým symbolům a neschopnost jich užívat, kdežto dysfázii definuje jako menší stupeň této neschopnosti. Tato definice je v rozporu se skutečností, jelikož dysfázie spadá do jiného okruhu narušené komunikační schopnosti. Peutelschmiedová (2005, s. 178) na tento fakt poukazuje slovy: „*v logopedii obecně předpona a – označuje celkovou ztrátu funkce, předpona dys – poruchu vývojovou nebo částečnou ztrátu funkce.*“ Dále však autorka (2005 s. 178) uvádí: „*v pojetí české logopedické terminologie je tedy afázie poruchou již vybudované schopnosti komunikace, zatímco termínem dysfázie vymezujeme specificky narušený vývoj řeči*“.

Afázii můžeme definovat jako komplikované a nejednoznačné postižení, které patří do oblasti vyšších kortikálních poruch, ke kterým lze řadit také agnozie<sup>1</sup>, apraxie<sup>2</sup>, akalkulie<sup>3</sup>, agrafie<sup>4</sup>, alexie, poruchy pravo-levé orientace, poruchy orientace v prostoru (Čecháčková, 2007). Czéfalvay (2007) definuje afázii jako získanou poruchu produkce a porozumění řeči, která vzniká při ložiskovém poškození mozku, především v kortikální oblasti, ale i v korových oblastech mozku podílejících se na jazykových procesech. Rosenbek, LaPointe, Wertz (1989 in Love, Webb 2009) uvádějí, že se jedná o multimodální poruchu, která se může projevit rozmanitými obtížemi v oblasti čtení, psaní, porozumění a řečové produkce.

Tato těžká porucha řeči může mít velmi variabilní klinický obraz a stupeň poruchy může být odlišný. To, jaký klinický obraz afázie vznikne, závisí na rozsahu mozkového poškození, ale také na konkrétní oblasti mozku, která byla poškozena (Cséfalvay, 2009). Historicky první studie o lokalizaci řeči udělal roku 1861 profesor Paul Broca, který

---

<sup>1</sup> ztráta poznávacích schopností (Dvořák 2001, s. 15)

<sup>2</sup> ztráta naučených a vžitých pohybových stereotypů (Dvořák, 2001, s. 24)

<sup>3</sup> úplná ztráta naučených schopností počítat při zachovalé inteligenci (Dvořák, 2001, s. 16)

<sup>4</sup> částečná nebo úplná ztráta naučené schopnosti psát (Dvořák, 2001, s. 15)

zformuloval tezi, že motorická řeč se nachází v zadních částech třetího čelního závitu na levostranném frontálním laloku. Vzápětí na to Karl Wernicke roku 1873 v souvislosti s Brockovou studií lokalizoval funkci sensorické řeči do oblasti zadní třetiny horního temporálního závitů levého mozkového laloku (Lurija, 1982). Představa, že porušení určité oblasti mozku predikuje určitý typ afázie, není dnes zcela odmítána, ale učení o lokalizaci léze při jednotlivých typech afázie je chápána více zešíroka. Dnes už totiž nehovoříme o řečových centrech mozku, ale o oblastech mozku, které se podílejí na fungování různých jazykových procesů (Cséfalvay, 2009).

## 2.2 Symptomatologie

Čecháčková (2007) se zmiňuje, že v případě afázie se jedná o poruchu fatických funkcí. Psychologický slovník vysvětluje fatické funkce jako specifické lidské činnosti, jako jsou schopnost psát, počítat, rozumět řeči mluvené i psané (Hartl, Hartlová, 2009). Šlápál (2007) popisuje, že se fatickými funkcemi rozumí chápání, uchovávání a vyjadřování myšlenek pomocí slov, a to nejen verbálně, ale i graficky.

Afázie zahrnuje celou škálu symptomů. Obereignerů (2013) označuje afázii jako syndrom, který je sestaven z řečových poruch. Mezi nejčastější symptomy afázie podle Čecháčkové (2007) řadíme:

### 2.2.1 Porucha fluence

Fluence je označení pro plynulost řeči. Za normální řečovou produkci považujeme asi 120 slov za minutu. Pokud je zaznamenán pokles pod 50 slov za minutu, jedná se o nonfluenci (neplynulost). Naopak zvýšenou produkci slov, která přesáhne 200 slov za minutu, nazýváme hyperfluencí. Často se vyskytují chyby v gramatické stavbě, které vyúsťují v nesmyslná sdělení, které označujeme slovem **neologismy**.

### 2.2.2 Poruchy rozumění

Porucha rozumění řeči je u afatiků velmi častým symptomem. Přesto tento symptom nemusíme při prvním kontaktu rozpoznat, a to z důvodu, že osoba s afázií sdělení často pochopí na základě dané situace.

### 2.2.3 Parafázie

Jedná se o deformaci slov různého typu a stupně. Rozlišujeme tři typy parafázie. Prvním typem je parafázie **fonemická**, u které je slovní tvar deformován, ale obsahu slova lze porozumět (např. papír – patír). Dalším typem je parafázie **žargonová**, kdy se jedná již o těžkou deformaci slov, při které je slovo změněné k nepoznání (např. židle – ždruhla). Poslední typ parafázie označujeme **sémantická**. V tomto případě člověk nahrazuje slovo, na něž si nemůže vzpomenout, významově podobným anebo opíše význam daného pojmu.

Mezi další časté symptomy řadíme **parafrázi**, projevující se sníženou schopností až neschopností větného vyjádření, **perseveraci**, znamenající ulpívání na předchozím podnětu i v případě dalších odpovědí, na které už podnět nepůsobí. Dále pak **logorheu**, projevující se jako překotná rychlá mluva se sníženou srozumitelností pro častý výskyt žargonových parafází, a **anomii**, označující poruchu pojmenování, při které člověk není schopen určit podnět slovem, v lepším případě je pouze schopný slovo opsat (Čecháčková, 2007).

## 2.3 Klasifikace

Při klasifikaci afázie se nám nabízí hned několik klasifikačních systémů (např. Bostonská, Lurijova, Kimlova, Hrbkova a Olomoucká klasifikace). V souvislosti s klasifikací afázie se hovoří o tzv. klinických syndromech. Podle Obereignerů (2013) se klasifikace afázie může na první pohled jevit jako nejednotná, ale při globálním zkoumání na jednotlivé klasifikační systémy zjistíme, že podstatné klinické syndromy jsou zahrnuty vždy. U pacientů s afázií se ještě předtím, než je podrobněji diagnostikován syndrom afázie, běžně užívá dichotomické dělení. Toto dělení rozděluje afázií na receptivní (spojenou se zadními lézemi) a **expresivní** (spojenou s předními lézemi). Další možné rozdělení afázie je na **motorickou** a **senzorickou**. Nejčastěji se však užívá rozdělení podle výkonu ve spontánní řečové produkci na **fluentní** a **nonfluentní** (Love, Webb, 2009).

### 2.3.1 Bostonská klasifikace

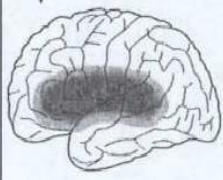
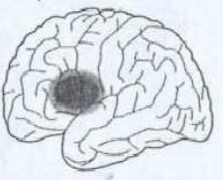
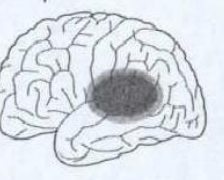
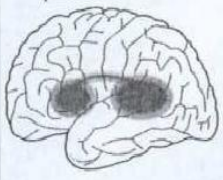
Více než 30 let dominuje **bostonská klasifikace**. Předními průkopníky této klasifikace jsou Goodglas H., Kaplan E., Kertesz A. (Košťálová a kol., 2006). V bostonské klasifikaci dominuje lingvistický aspekt. Je akceptována lokalizace dané mozkové léze, ale nevyšetřuje se dále praxie, gnozie a orientace v prostoru (Čecháčková 2007).

Tato klasifikace dle (Cséfalvay, 2007, 2009, 2013; Čecháčková, 2007; Obereignerů 2013) hodnotí čtyři základní modality řeči:

- spontánní řeč,
- porozumění řeči;
- opakování;
- pojmenování.

K tomu Cséfalvay (2007, s. 18) dodává: „poruchy pojmenování jsou přítomny u každé afázie. Schopnost opakovat slova a věty mají zachovánu hlavně pacienti, u kterých nebyla zasažena oblast v okolí sulcus lateralis.“

**Tab 1.** Klasifikace a základní vyšetřovací algoritmus afázie (Obereignerů, 2013, s. 111)

fluence	non-fluentní				fluentní			
	poruшено		normální		poruшено		normální	
porozumění	poruшено		normální		poruшено		normální	
opakování	poruшено	normální	poruшено	normální	poruшено	normální	poruшено	normální
afázie	globální	transkortikální smíšená	Brocova	transkortikální motorická	Wernickeova	transkortikální sensorická	kondukční	anomická
lokalizace								

### 2.3.2 Brocova afázie

Spontánní řeč osoby s Brocovou afázií je neplynulá, tempo řeči je výrazně zpomaleno. Slova jsou tvořena s námahou, někdy je řeč zredukována na jednoslovné odpovědi. V řeči se objevují fonemické parafrázie a agramatismy. V produkci řeči jsou zastoupena spíše podstatná jména, často v základním či nesprávném gramatickém tvaru. Výskyt sloves ve spontánním projevu je výrazně omezen. Porozumění řeči je oproti řečové produkce vždy lepší. Většina afatiků nemá problém s porozuměním krátkým větám, často jim v porozumění pomáhá kontext řečeného. Mají problémy s opakováním méně častých a dlouhých slov. Pojmenování je rovněž narušeno, často se vyskytují perseverace. Dále je narušena lexie a grafie. Čtení a psaní mají podobný charakter jako spontánní řeč (Cséfalvay 2007, 2009, 2013).

### **2.3.3 Globální afázie**

Jedná se o velmi těžkou poruchu s postižením všech fatických funkcí. Spontánní řečová produkce je výrazně narušena. Afatik není schopen vyjádřit jakoukoli informaci. Rovněž je výrazně narušeno porozumění, opakování i pojmenování. Afatik často ulpívá na jedné slovní trosce. Stav může přetrvávat nebo se upravovat do obrazu jiného klinického syndromu (Neubauer, 2007).

### **2.3.4 Wernickeova afázie**

Nejvýraznějším symptomem tohoto syndromu je porucha porozumění. Ve spojitosti s Wernickeovou afázií hovoříme často o afázií fluentní. Artikulace nebývá zpravidla narušena. Spontánní řečová produkce může být dokonce zrychlená, tehdy se mohou v řeči vyskytnout neologismy. Opakování slov a vět bývá výrazně horší, než je spontánní řeč. Porucha pojmenování se projevuje (manifestuje) jako parafázie. Při čtení je výrazně narušeno porozumění. Psaní může být po formální stránce zachované. Problémy se v psaní vyskytují při písemném pojmenování a v neřízené písemné produkci (Cséfalvay, 2007, 2009, 2013).

### **2.3.5 Konduktivní afázie**

Tento typ se vyznačuje zhoršeným opakováním s fonematically parafáziemi při plynulé řeči a zachovalém porozumění (Neubauer, 2007). Porozumění čtenému textu, zejména při tichém čtení, je dobré. Při hlasitém čtení se vyskytují podobné chyby jako při spontánní řeči. Grafie je mírně narušena při spontánním psaní. Při diktátu se objevují paragrafie (Cséfalvay, 2007, 2009, 2013).

### **2.3.6 Amnestická (anomická) afázie**

Pro amnestickou afázií jsou typické anomické pauzy. Produkce řeči je fluentní, opakování narušeno není. Při vyšetřování pojmenování se odhalí deficity, které jsou často dobře maskovány nahrazením slova pomocí synonyma. Porozumění je narušeno jen málokdy. Čtení s porozuměním narušeno není. Psaní bývá narušeno mírně. Vyznačuje se přerušováním spontánního psaní z důvodu vyhledávání správné formy psaní (Cséfalvay 2007, 2009, 2013).

Typickým znakem následujících tří syndromů je schopnost opakovat, s často se vyskytujícím symptomem tzv. **echolálie**<sup>5</sup>.

### **2.3.7 Transkortikální motorická afázie**

Tento syndrom je charakterizován zhoršenou spontánní produkcí se zachovaným porozuměním. Spontánní řeč je agramatická a nonfluentní s častými zárazy. Proměnlivé je pojmenování v písemném projevu. V projevech má blízko k Brocově afázii (Obereignerů, 2013).

### **2.3.8 Transkortikální sensorická afázie**

Spontánní projev je oproti transkortikální motorické afázii fluentní. Nejblíže má k Wernickeově afázii, od které se liší zachovalým opakováním. V řeči se objevují parafázie, neologismy a echolálie. Schopnost čtení je zachována, ovšem bez porozumění čtenému (Obereignerů, 2013).

### **2.3.9 Transkortikální smíšená afázie**

Klinický obraz je velmi podobný globální afázii s výjimkou zachovalé schopnosti opakovat, zejména automatizované fráze. Řeč pacientů má vysoce echolalický ráz. Narušení se projevuje v pojmenování, porozumění a ve spontánním projevu (Cséfalvay, 2007, 2009, 2013).

## **2.4 Diagnostika**

Murray a Coppens (2013) chápou diagnostiku jako proces kvalitativního a kvantitativního sběru dat za účelem popsat individuální komunikační schopnosti omezení jedince a stanovit vhodné rehabilitace. Diagnostika afázie má v neurologii a logopedii tradici už více než 150 let. Už Broca u svých pacientů vyšetřoval motoriku jazyka, psaní, počítání a kromě toho jim kladl konverzační otázky (Love, Webb, 2009).

V klinické praxi jsou komunikační obtíže u pacienta s neurologickým postižením zjištěny nejdříve lékařem (převážně neurologem), který iniciuje zahájení logopedické

---

<sup>5</sup> opakování slyšených slabik, slov a vět po druhých osobách, obvykle bez pochopení obsahu řeči (Dvořák, 2001, s. 62)

intervence. Diagnostika a posléze i terapie poruch fatických funkcí je poté v rukou klinického logopeda<sup>6</sup> (Košťálová a kol, 2006).

Při diagnostice afázie je důležité znát cíl vyšetření. Cséfalvay (2007) předkládá několik cílů:

- zhodnocení přítomnosti afázie, diagnostikování afázie v akutním stádiu onemocnění;
- určení typu a stupně afázie, popřípadě zjištění mechanismu narušení;
- zmapování úrovně každodenní komunikace pacienta při existujícím narušení;
- analýza některých specifických symptomů afázie (např. pojmenování podstatných jmen a sloves) nebo vyšetření specifické populace (bilingválních pacientů).

Cséfalvay (2003) zastává názor, že pro afaziologa je při vyšetření nejpodstatnější získat dostatek informací o fatické poruše pro volbu adekvátní strategie rehabilitace.

Při vyšetřování řeči se hodnotí zejména oblast spontánní řečové produkce, schopnost pojmenování, opakování, porozumění řeči, ale také schopnost písemného vyjádření a čtení (Cséfalay 2003, 2007, 2009, Obereignerů 2013).

V akutním stádiu onemocnění CNS jsou pacienti velmi rychle unavitelní, schopnost koncentrovat pozornost je omezená. Mnozí pacienti nejsou schopni pracovat déle než pár minut. Z tohoto důvodu se v prvních dnech diagnostika omezuje na orientační (screeningové) vyšetření jen některých oblastí řeči – spontánní produkce, porozumění řeči (Cséfalvay, 2007). Klinický obraz afázie se ustálí až po několika týdnech až měsících. V tomto stádiu pak můžeme použít komplexnější diagnostický materiál (Cséfalvay, 2007).

#### **2.4.1 Token test**

Token test je častým screeningovým vyšetřením pro odhalení nepoznaných poruch, především percepce a porozumění řeči. Test je založen na manipulaci s geometrickými obrazy různého tvaru, barvy a velikosti. K úspěšnému vyřešení úkolu musí vyšetřovaný přesně pochopit všechna slova obsažená v pokynech terapeuta. Dále musí vyšetřovaný umět rozpoznat barvy a tvary. Provedení trvá přibližně 20 až 30 minut a poskytuje údaje o percepčních schopnostech vyšetřované osoby (Neubauer, 1997, 1998). Původní test

---

<sup>6</sup> Povolání klinického logopeda podle zákona o nelékařských zdravotnických povoláních vykonává absolvent akreditovaného magisterského oboru speciální pedagogika se státní závěrečnou zkouškou z logopedie a surdopedie a absolvováním specializačního vzdělávání v oboru klinická logopedie.

obsahoval více než 100 položek. Dnes má test několik verzí (včetně dětské verze). V našich podmínkách se často používá zkrácená verze autorů De Renziho a Faglioniho z roku 1978. Tato verze obsahuje 36 položek řazených do šesti částí (Košťálová a kol., 2006).

Při hodnocení výkonu v testu musíme mít na mysli, že samotný test neodhalí důvod selhání. V tomto testu mohou mít problémy i osoby s poruchami pozornosti, paměti aj. (Cséfalvay, 2007).

#### **2.4.2 Vyšetření fatických funkcí**

Vyšetření fatických funkcí (dále jen VFF) řadíme mezi komplexní testy afázie. VFF je kvalitativně orientované klinické vyšetření zaměřené na odhalení určitého typu afázie v souladu s užíváním Bostonské klasifikace afázie (Neubauer, 2007). Testovací manuál včetně terapeutického materiálu vznikl v roce 2002 - 2003 z iniciativy logopedů Cséfalvaye, Košťálové, Klimešové. Časová náročnost vyšetření je přibližně jednu hodinu u zdravého člověka. Vyšetření středně těžkého postižení fatických funkcí může trvat i déle než dvě hodiny, proto je dobré testování rozložit do více setkání (Cséfalvay, 2013).

Vyšetření je primárně zaměřeno na analýzu narušení jazyka na úrovni slov, dále je doplněno o diagnostiku na úrovni vět a souvislé produkce řeči pro komplexnější využití materiálu v klinické praxi. Cílem vyšetření fatických funkcí je:

- a) určení typu afázie a charakteristika úrovně komunikace;
- b) rozpoznání postižených a nepostižených funkcí (Košťálová a kol., 2006).

### **2.5 Metody a prostředky terapie afázie**

Aktivita terapeuta za účelem obnovení komunikačních schopností pacienta se může označovat jako reedukace, rehabilitace řeči, logopedická terapie či terapie afázie. Cílem terapeuta je dosažení maximální schopnosti komunikace s ohledem na dané postižení (Čecháčková, 2007).

Ke stanovení vhodných terapeutických postupů je důležité správné zhodnocení funkčního stavu pacienta. Vyšetřování by se mělo provádět opakovaně v určitých časových intervalech, nejen z důvodu stanovení optimálního rehabilitačního programu, ale i ke sledování vývoje celého stavu (Šplíchal, Angerová, 1998). Je důležité, aby logopedická péče začala již v akutním stádiu onemocnění, často už na jednotce intenzivní péče. Logopedická péče by měla být zahájena bezprostředně poté, co jsou zajištěny životně důležité funkce pacienta (Kejklíčková, 2011).



Terapie afázie by měla být dlouhodobá a cílená. V akutní fázi je terapie intenzivnější a je zaměřena především na zlepšení fatické funkce. Během hospitalizace je úkolem klinického logopeda mimo terapii zajistit následnou péči v období po ukončení pobytu v nemocnici. V chronickém stádiu je terapie více zaměřena na obnovu sociálních kontaktů a začlenění nemocného do jeho sociálního prostředí (Čecháčková, 2007).

Logopedická práce vyžaduje volbu vhodných metodických prvků a podmínek vzhledem k druhu, typu a formě afázie a vyžaduje různě dlouhý čas pro obnovu, vytvoření a upevňování paměťových stop. Nároky na osobu s afázií jsou vzhledem k medikaci a často také pohybové rehabilitaci velmi náročné, proto pro reedukaci řeči musíme zvolit přiměřený čas tak, aby nedošlo k neurotizaci, únavě a ztrátě motivace (Kiml, 1978).

Při logopedické intervenci je podle Hrnčiarové, Cséfalvaye (1987) důležité brát v úvahu následující principy:

- **teoreticko – metodologické principy:** zahrnují určení primární poruchy, obnovení učení, princip kontroly přenosu informací, využívání intaktních psychických procesů aj.
- **psychologické principy:** pojímají např. zohledňování osobnostních zvláštností, motivaci, využívání neporušených forem verbální či neverbální komunikace, organizaci činnosti klienta, programového učení.
- **metodologické principy:** obsahují postup od jednoduchého ke složitějšímu, zohledňují náročnost práce, emotivitu osoby s afázií atd.

Pro efektivitu logopedické práce je potřeba volit vhodné pomůcky, postupy odlišné od těch, které se používají při logopedické intervenci u dětí. Užití vhodných materiálů a metod je důležité pro motivaci osoby s afázií, ale také efektivitu logopedické práce (Neubauer, 2007).

### **2.5.1 Zásady komunikace s osobou s afázií**

Při komunikaci s osobou s poruchou fatických funkcí bychom měli respektovat to, že existuje rozdíl v možnosti řeči v klidu, bez rušivých vlivů, oproti řeči ve stresu a časovém tlaku. Dále pak to, že výkony osoby s afázií mohou kolísat den ode dne nahoru a dolů. Při komunikaci s osobou s afázií bychom se měli vyvarovat těchto chyb:

- mluvit na osobu s afázií příliš rychle a nezvyšovat hlas;
- opravovat gramatické nedostatky;
- doplňovat osobu s afázií;

- pohoršovat se nad častým klením a nadávkami, které osoba s afázií může použít ve snaze říci slova jiná;
- mluvit s osobou s afázií jako s dítětem, či mluvit o osobě s afázií v jeho přítomnosti, v domnění, že obsahu sdělení nerozumí.

Naopak bychom při komunikaci s afatickou osobou měli dbát na to, aby naše promluva byla pomalá, srozumitelná s jasnou gestikulací. Naší snahou by měla být podpora další komunikace (Neubauer, 2007).

### 3 DYSARTRIE

Verbální projev člověka je závislý na koordinovaných kontrakcích svalů v oblasti rtů, čelisti, měkkého patra, jazyka, hrtanu a dýchacích svalů. Činnost těchto svalů je možná a kontrolována díky správné činnosti centrální nervové soustavy, a to především nervových drah a aktivitou motorických okřsků mozkové kůry (Neubauer, 2007).

Poškození motorického systému vedoucí ke vzniku dysartrie, může vzniknout kdekoliv na dráze od mozku po samotný sval (Love, Webb, 2009). Motorické realizace řeči se zúčastňují hlavové nervy, jejichž úkolem je inervace svalů, které jsou pro uskutečnění řeči nezbytné. Hlavové nervy podílející se na řeči jsou: nervus, trigeminus, nervus facialis, nervus glossopharyngeus, nervus vagus, nervus accessorius, nervus hypoglossus (Cséfalvay, Marková, 2009).

**Tab. č. 2** *Funkce hlavových nervů podílející se na realizaci řeči (Cséfalvay, Marková, 2009)*

Hlavové nervy podílející se na realizaci řeči	Důležité oblasti inervace z hlediska řeči
Nervus trigeminus	žvýkácí svaly, vliv na artikulaci
Nervus facialis	svaly tváře a rtů, vliv na artikulaci
Nerus glossopharyngeus	svaly hltanu a měkkého patra, vliv na rezonanci a fonaci
Nervus vagus	svaly měkkého patra, hltanu a hrtanu, vliv na fonaci a rezonanci
Nervus accessorius	svaly hrtanu, vliv na fonaci a rezonanci
Nervus hypoglossus	svaly jazyka, vliv na artikulaci

Dysartrie je porucha řečové komunikace, která spadá spolu s dyslalií do jednoho z deseti okruhů NKS – Narušení článkování řeči.

#### 3.1 Vymezení pojmu

Dysartrii můžeme definovat jako poruchu procesu artikulace z důvodu organického poškození nervové soustavy (Lechta, Cséfalvay, 1987). Neubauer (1997, 2007) chápe dysartrii, jakožto poruchy motorické realizace řeči, při které jsou v různé míře přítomny poruchy fonace, respirace, rezonance a artikulace. Označení dysartrie představuje celou skupiny neurologických poruch, které lze rozdělit na různé typy, z nichž každý typ má jinou charakteristiku a převážně i jinou základní neuropatofyziologii (Duffy, 2012).

Desátá revize Mezinárodní klasifikace nemocí řadí dysartrii společně s anartrií pod značku R47.1. Při terminologii afázie jsme předponu a- vysvětlovali jako označení pro získanou poruchu řečové komunikace. V tomto případě však předpony an- (anartrie) a dys- (dysartrie) vyjadřují stupeň poruchy. Cséfalvay, Marková (2009) termín anartrie vymezují ve smyslu velmi těžké poruchy až úplné ztráty schopnosti artikulovat.

Dysartrie může být vrozená a to v souvislosti poruchou CNS při narození, nebo krátce po něm (např. dětská mozková obrna), v tomto případě se pro tuto narušenou komunikační schopnost používá označení **vývojová dysartrie**. Pokud však neurologické onemocnění zasáhlo již vybudovanou řeč, jedná se o **dysartrii získanou** (Cséfalvay, Marková, 2009). Vzhledem k záměrům naší práce se budeme dále věnovat specifickým získaným dysartriím.

V klinické praxi je snaha o detailnější rozpracování poruchy na základě míry narušení, kdy se rozlišuje:

- **Dysartrie lehká** – porucha řeči nenarušuje a neomezuje předávání informací, řeč je srozumitelná;
- **Dysartrie středního stupně** – porucha řeči částečně omezuje předávání informací formou verbální produkce, řečová produkce je místy narušena tak, že snižuje srozumitelnost;
- **Dysartrie těžkého stupně** - porucha řeči výrazně omezuje kvantitu předávání informací verbální cestou, řeč je převážně nesrozumitelná;
- **Anartrie** - neschopnost verbálního projevu a znemožnění výměny informací verbální cestou (Košťálová a kol., 2006).

U dospělých osob je dysartrie poměrně častou řečovou poruchou. Porucha je spojena především s cévními mozkovými příhodami, úrazy hlavy, stavy po operacích mozku, ale také jako součást degenerativního onemocnění CNS (Neubauer, 1997).

## 3.2 Klasifikace a symptomatologie

Vzhledem k tomu, že u řady získaných neurologických syndromů je diagnostikována také dysartrie, je často užívána tzv. neurologická klasifikace dysartrie (Neubauer, 1997). Při klasifikaci dysartrie se proto nejčastěji uplatňuje dvojí dělení. Jde o dělení podle místa poškození a dále podle přítomných symptomů.

Rozdělení vycházející z lokalizace lézí a zároveň z jejich projevu můžeme dále rozdělit na dysartrii **flacidní**, dysartrii **spastickou**, dysartrii **ataktickou či cerebrální**, dysartrii **extrapyramidovou – hypokinetickou, extrapyramidovou - hyperkinetickou** a dysartrii **smíšenou** (Neubauer 1997, 2007a, 2007b).

*Tab. č. 3 Přehled nejdůležitějších charakteristik různých typů dysartrie (Cséfalvay, Marková 2009)*

Typ dysartrie	Lokalizace léze	Nejvýraznější charakteristiky v řeči
<b>Flacidní</b>	periferní motoneuron	hypernazaliza (i nazální emise), dyšný hlas, narušena artikulace konsonantů, dysprozodie
<b>Spastická</b>	Bilaterální léze centrálního motoneuronu Unilaterální léze centrálního motoneuronu	Zpomalená a nepřesná artikulace (konsonantů i vokálů) tlačená fonace, dysprozodie nepřesná artikulace konsonantů, spastická (tlačená) fonace
<b>Hypokinetická</b>	extrapyramidový systém	monotónnost, dysprozodie, zrychlená artikulace, snížená intenzita hlasu
<b>Hyperkinetická</b>	extrapyramidový systém	nepřiměřené a neočekávané akcenty a pauzy v artikulaci a fonaci
<b>Ataktická</b>	cerebellum	nekoordinovaná artikulace (zejména konsonantů), stejný akcent na každou slabiku slova, nepravidelné artikulační zárazy v řeči
<b>Smíšená</b>	centrální a periferní motoneuron	kombinace uvedených příznaků při fonaci, artikulaci, rezonanci a prozodii (podle lokalizace léze)

Kiml (1978) předkládá všeobecné symptomy souvislosti s řečí vyskytující se u jedinců s dysartrií:

- obrny rtů, jazyka, čelisti, patra, hltanu, hrtanu;
- lehké poruchy motility rtů, jazyka nebo patra vedou k apraktickým jevům při určitých vyšších výkonech;
- poruchy pohybové koordinace svalstva mluvidel;
- poruchy muzických faktorů řeči – časového, dynamického, melodického.

### 3.2.1 Dysartrie flacidní či periferní

Flacidní nebo také chabá dysartrie je podle Neubauera (1997) přítomna při postižení dolního motorického neuronu<sup>7</sup>. Poškození dolního motoneuronu představuje lézi periferní motorické dráhy nebo jádra příslušného hlavového nervu. Následkem je snížení svalového napětí či ochablost svalů (Love, Webb, 2009).

Neurologickými příznaky postižení dolního motoneuronu jsou chabé obrny a zpomalená reflexní aktivita (hyporeflexie). U postižených svalů dochází časem k atrofii a svaly jazyka začnou vykazovat fascikulace<sup>8</sup>. V orální oblasti můžeme pozorovat pokles jedné strany rtů, při bilaterálním postižení mohou být pokleslá celá ústa, potíže s našpuhlením rtů anebo zaostřením koutků rtů do úsměvu, ochablost jazyka, pokles čelisti či uchylování čelisti na stranu, slabost či nepohyblivost měkkého patra aj (Love, Webb, 2009).

Klinický obraz dysartrie se odráží v rezonanci, fonaci, artikulaci i prozodii. Ovšem ne všichni pacienti s flacidní dysartrií budou zasaženi v každé z těchto oblastí. Navíc závažnost poruchy v různých oblastech není nutně stejná pro všechny (Freed, 2000). Fonace vzhledem k možnému ochrnutí hlasivek je charakteristická dyšným hlasem, hlasitými nádechy a sníženou hlasovou silou (Love, Webb, 2009). Poruchy artikulace vznikají při poškození hlavových nervů přímo účastnících se artikulace, a to zejména nervus facialis, nervus hypoglossus (Cséfalvay, Mekyska, Košťálová, 2013). Často je narušena srozumitelnost hlásek vyžadující elevaci jazyka uvolnění závěru. Rezonance osoby s flacidní dysartrií je často spojována s hypernazalitou (Love, Webb, 2009).

### 3.2.2 Dysartrie spastická (centrální)

Spastická dysartrie vzniká oboustranným poškozením horního motoneuronu. Ve většině případů jde o oboustranné poškození pyramidových a extrapyramidových drah (Love, Webb, 2009). Poškození v oblasti pyramidových drah způsobuje svalovou slabost a zpomalení artikulačních pohybů. Postižení extrapyramidového systému má za následek zvýšení svalového tonu, zvýšené napětí svalů, neboli spasticitu a abnormální reflexy. Slabost a pomalost je nejvíce patrná při pohybech jazyka a rtů. Spasmus je nejvíce patrný při pohybech svalů hrtanu a způsobí spastický uzávěr hlasivek (Cséfalvay, Mekyska, Košťálová, 2013).

---

<sup>7</sup> Nervová buňka - základní anatomická a funkční jednotka nervového systému (Love, Webb, 2009)

<sup>8</sup> Drobné spontánní svalové kontrakce částí svalových vláken (Love, Webb, 2009)

Hlas jedinců se spastickou dysartrií může být nepřírozně hluboký, s možným výskytem zlomů ve výšce, na konci fonace bývá slyšitelné zachroptění. V artikulaci je zejména narušena rychlost provádění artikulačních pohybů, následkem je zpomalení řečové produkce (Love, Webb, 2009). Porucha rezonance je rovněž jako u flacidní dysartrie spojována s hypernazalitou. Při spastické dysartrii je důvodem vzniku spasticita svalů měkkého patra (Cséfalvay, Mekyska, Košťálová, 2013).

### **3.2.3 Dysartrii ataktickou či cerebrální**

Dysartrie ataktická vzniká při poškození mozečku a nervových drah spojených s jeho činností, což tvoří tzv cerebelární syndrom. Součástí tohoto syndromu jsou špatně cílené pohyby a špatná koordinace činnosti svalů s celkovou hypotonií (Neubauer 1997, 2007a, 2007b).

Mezi nejčastější příznaky ataktické dysartrie patří porucha artikulace všech hlásek, porucha prozodie, která se manifestuje zpomaleným tempem řeči, stejným důrazem na každé slabice, omezeným rozsahem a intenzitou hlasu. Dále pak hlasovým tremorem a nekoordinovanými pohyby respiračních svalů (Love, Webb, 2009).

### **3.2.4 Dysartrie extrapyramidová – hypokinetická**

Tento typ dysartrie vzniká při poškození činnosti bazálních ganglií. Nejčastěji je spojován s Parkinsonovou chorobou. Svalová činnost se vyznačuje ztuhlostí a neschopností pohybu svalových skupin s častou přítomností klidového třesu a ztrátou pohybových automatismů.

Řečový projev jedince je monotónní, s počáteční ztuhlostí, poté překotným nepřesným projevem s opakováním slabik a slov. Dech je přerušovaný a nedostatečný. Z toho důvodu je výrazně oslaben hlasitý projev (Neubauer, 1997, 2007a, 2007b).

### **3.2.5 Dysartrie extrapyramidová – hyperkinetická**

Hyperkinetická dysartrie v souvislosti s poškození extrapyramidového systému se vyznačuje zvýšenou mírou mimovolných pohybů. Svalový tonus jedince je snížen a je zvýšena mimovolní hybnost svalových skupin (Neubauer, 1997, 2007a, 2007b).

Mezi příznaky hyperkinetické dysartrie můžeme zařadit poruchy artikulace projevující se nepravdělnými artikulačními pauzami, prodlouženou artikulací některých hlásek v souvislosti s mimovolnými kontrakcemi oromotorických svalů. Poruchy fonace jsou zapříčiněné zvýšeným svalovým tonem v hrtanu a manifestují se ostrým hlasem a tlačnou fonací. Dysprozodie vzniká z důvodu omezeného rozsahu a intenzity hlasu, nepřiměřených pauz v řeči a krátkých frází (Cséfalvay, Mekyska, Košťálová, 2013).

### **3.2.6 Dysartrie smíšená**

O smíšené dysartrii hovoříme v případě kombinace dvou nebo více typů dysartrie. Smíšená dysartrie vzniká při onemocněních, které mohou postihnout zároveň periferní i centrální nervový systém, např. Alzheimerova nemoc, roztroušená skleróza. Příznaky v řeči se manifestují podle oblasti, která je zasažena (Cséfalvay, Mekyska, Košťálová, 2013).

## **3.3 Diagnostika dysartrie**

Klinická diagnostika neurogeních motorických poruch řečové komunikace zahrnuje: stanovení léze CNS neurologem, klinické zhodnocení řečové produkce a následně klinická diagnostika symptomů poruch řečové komunikace (Neubauer, 2007).

Při diagnostice dysartrie vychází logoped ze závěrů lékařských vyšetření, především si všímá neurologické diagnózy, kde je popsáno místo a rozsah poškození (Lechta, Cséfalvay, 1987). Charakter neurologického onemocnění výrazně ovlivňuje typ dysartrie, lokalizace léze v rámci nervové soustavy se odráží na její symptomatologii. Na řečové produkci se podílí několik subsystémů: dýchání, fonace, resonance, artikulace a prozodie. Všechny tyto subsystémy musí být v rámci diagnostiky detailně zmapované (Cséfalvay, Marková, 2009). Dříve než je zahájena diagnostika dysartrie, je vhodné se přesvědčit prostřednictvím diferenciatní diagnostiky, že se nejedná o jinou logopedickou vadu, zejména afázii či řečovou apraxii. Při diagnostice dysartrie máme mít podle Lechty a Cséfalvaye, (1987) na paměti, že diagnostika dysartrie je mimořádně náročná práce, která vyžaduje ze strany logopeda trpělivost a ohleduplnost. Hlavním cílem logopedické diagnostiky je identifikace podílu jednotlivých řečových motorických modalit na stigmatizaci řečového projevu, na snížení či ztrátu jeho srozumitelnosti pro sociální okolí (Neubauer, 2007).



Při diagnostice dysartrie se v klinické praxi užívá řada vyšetření pomocí diagnostických škál a vyšetřovacích formulářů. K nejužívanějším diagnostickým testům dysartrie můžeme zařadit vyšetřovací škálu „**Dysarthria profile**“, (Sandra Robertsonová, 1986). Dále pak diagnostickou metodu Pam Enderbay „**Frenchay Dysarthria Assesment**“ z roku 1986 (Neubauer, 2007).

Nejužívanějším diagnostickým postupem v České republice je „**Test 3F - dysartrický profil**.“

### **3.3.1 Test 3F – dysartrický profil**

Test byl vytvořen roku 1997 Hedánkem a Roubíčkovou. V roce 2011 byl Roubíčkovou upraven a potřetí vydán. Vyšetřovat pomocí testu 3F lze u dospělých a starších dětí, respektive všech, kteří zvládnou číst text (Cséfalvay, Mekyska, Košťálová, 2013).

Vyšetření pomocí testu 3F je rozděleno na dvě části: orientační předtestové vyšetření a samotný test. Samotný test se pak dělí na tři subtesty označované F1 – faciokineze, F2 – fonorespirace, F3 – fonetika. V rámci těchto subtestů testujeme tři oblasti, které obsahují pět úkolů. Za provedené úkoly může jedinec získat při správném provedení 2 body, při částečném splnění 1 bod a při nesplnění úkolů nezíská žádný bod. Po sečtení všech bodů vyšetřující získá výsledné číslo, tzv. dysartrický index (DX), který vyjadřuje stupeň poruchy. Maximální počet, kterého může člověk dosáhnout, je 90 bodů. Elektronický program, který je součástí testového manuálu a kde zaznamenáváme výsledky, sám vygeneruje i stupeň poruchy. Stupeň poruchy je vzhledem k tomu, že se nejedná o standardizovaný test, pouze orientační. Časová náročnost testu je přibližně 30 až 60 minut (Roubíčková a kol., 2011). Bodové hodnocení dysartrické poruchy je podle Roubíčkové (2011) elektronicky nastavené takto:

85 – 90 bodů	bez poruchy
74 – 85 bodů	velmi lehká dysartrie
57 – 73 bodů	lehká dysartrie
36 – 56 bodů	středně těžká dysartrie
17 – 35 bodů	těžká dysartrie
0 – 17 bodů	velmi těžká dysartrie (anartrie)

### 3.4 Metody a prostředky terapie dysartrie

Terapie dysartrie úzce souvisí s komplexní terapií neurologického onemocnění, jež stojí v pozadí této motorické poruchy řeči. Léčba tohoto onemocnění je především v rukou neurologa (Cséfalvay, Marková, 2009). Terapii dysartrie Cséfalvay, Marková (2009) rozdělují na medikamentózní, chirurgickou, protetickou a logopedickou.

Náhle vzniklá dysartrie je u populace dospělých osob spojována především s CMP, úrazy hlavy, onkologickým a infekčním onemocněním mozkové tkáně. V takových případech se i těžké projevy mohou spontánně upravovat, častěji však vyžadují specializovanou logopedickou péči. Dysartrie často doprovází také neurologická onemocnění, jako jsou: Parkinsonova nemoc, roztroušená skleróza, degenerativní onemocnění CNS. Pro tato onemocnění je typické postupné zhoršování všech funkcí, tedy i postupné zhoršování dysartrie. Terapie má v těchto případech snahu zpomalit či zastavit rozvoj dysartrie a zvolit efektivní kompenzační strategie (Neubauer, 2007).

K otázce terapeutických postupů předkládají Cséfalvay, Marková (2009) dva základní směry v logopedické terapii. Jde o využívání **specifických** a **nespecifických** postupů při terapii dysartrie.

#### 3.4.1 Specifické terapeutické postupy

Specifickými terapeutickými postupy využívají prostředky logopedické práce, které se využívají pouze pro určitý typ dysartrie. Obecně můžeme říci, že se zaměřují na nápravu specifických deficitů v rámci celého komplexu symptomů. Při flacidní dysartrii jde např. o cvičení zaměřující se na posílení svalů, u spastické dysartrie směřují cvičení k uvolňování svalů zúčastňujících se řeči (Cséfalvay, Marková, 2009).

#### 3.4.2 Nespecifické terapeutické postupy

V případě nespecifických terapeutických postupů se terapie zaměřuje především na zlepšení srozumitelnosti jedinců s dysartrií. Mimo cvičení zaměřujících se na zlepšení artikulace jsou zařazovány cvičení na zlepšení fonace a dostatečné respirační opory, která je nezbytným předpokladem pro správnou fonaci, rezonanci a srozumitelnost řeči. Všechny tyto terapeutické postupy musí být plánovány individuálně pro každého jedince zvlášť a vyžadují různou délku tréninku (Cséfalvay, Marková, 2009).

Neubauer (2007) prezentuje možné metody a prostředky terapie dysartrie a řečové dyspraxie. Jsou to postupy využívající:

- metody relaxace pro stabilizaci svalového napětí;
- orofaciální cviky pro obnovování hybnosti a svalové síly;
- dechová a fonační cvičení s cílem obnovit funkce patrohrtanového uzávěru;
- artikulační cvičení a cvičení slovní, větné prozodie a intonace;
- rytmizačně – pohybová cvičení;
- kompenzační postupy s cílem rozvoje neverbální komunikace, využívání komunikačních pomůcek, technických pomůcek a programů;
- postupy zaměřené na sociální skupinovou práci.

U jedinců s těžkými formami dysartrie až anartrie můžou zvolené prostředky terapie, i přes značné úsilí zlepšit řečové schopnosti, být neúspěšné. Cílem logopeda by v takových případech mělo být zajištění dorozumívání i za cenu využití alternativních a augmentativních forem komunikace (Cséfalvay, Marková, 2009). Alternativní a augmentativní formy komunikace jsou zaměřeny na podporu již existující komunikace nebo náhradu mluvené řeči s cílem umožnit osobám se závažnými poruchami komunikace aktivní dorozumívání (Janovcová, 2004).

### **3.4.3 Zásady komunikace s osobou s dysartrií**

Při komunikaci s jedincem s dysartrií je zásadní pochopit jeho řečové obtíže. Měli bychom mít na paměti, že osoba s dysartrií bez jiného postižení nemusí mít poruchu rozumění řeči a jeho obtíže se odráží pouze v řečové produkci. Neubauer (2007, s. 127) v případě nesrozumitelné či špatně srozumitelné řeči u osob s dysartrií doporučuje následující:

- Nepředstírejte, že rozumíte, tito lidé to většinou poznají.
- Buďte tolerantní k pomalosti a omezení mluvy, dejte jim čas.
- Při dlouhém sdělení se řeč zpravidla zhorší, postiženého je třeba motivovat k užití krátkých, jasných formulací
- Sledujte pozorně osvětlená ústa mluvícího, dejte najevo snahu rozumět, nemluvte netrpělivě zároveň s osobou s dysartrií.
- Můžete opakovat rozuměnou část sdělení, napovědět další slovo, otázkou usměrnit další projev na slova, jež můžete odhadnout podle své otázky.

- Je-li postižený fyzicky schopen psát, využijte i písmo, poskytněte podmínky pro psaní. Člověk s dysartrií bez postižení motoriky rukou by měl být schopen psát, často ovšem nemá podmínky, pomůcky, stydí se uplatnit tuto formu komunikace.

## 4 Rodina

### 4.1 Terminologické vymezení rodiny

Velký sociologický slovník vymezuje rodinu jako: „*obecně původní a nejdůležitější společenskou skupinu a instituci, která je základním článkem sociální struktury i základní ekonomickou jednotkou a jejímiž hlavními funkcemi je reprodukce, trvání lidského biologického rodu a výchova, respektive socializace potomstva, ale i přenos kulturních vzorů a zachování kontinuity kulturního vývoje.*“ (Maříková, Petrusek, Vodáková, 1996, s. 940).

Obecně můžeme tvrdit, že rodina je základní jednotkou lidské společnosti, která nese biologický význam pro udržení lidstva. Rodina je prvním model společností, s jakým se dítě po narození setkává. Formuje osobní vývoj jedince a postoj ke všem dalším skupinám. Rodinné normy se vždy nějak odlišují od norem společnosti. Všem členům rodiny, tedy dětem i dospělým, poskytuje rodina domov a zázemí, ve kterém člověk odkládá své veřejné role (Matoušek 1993).

Členové rodiny jsou partery v komunikaci. Při komunikaci se upevňují jejich rodinné role, umožňující jim sledování společných cílů a respektování sdílených hodnot (Sobotková, 2007).

### 4.2 Rodina jako systém vzájemných vztahů

Pokud nahlížíme na rodinu jako na systém, lze ho chápat jako soubor částí a vztahů mezi nimi. Rodinné systémy jsou na organizaci složité. Vytvářejí komplikované sítě vzájemně propojených vztahů, jež jsou flexibilní a vzájemně se ovlivňující (Sobotková, 2007).

V rámci rodinného systému fungují tzv. subsystemy. Subsystemy v rámci rodiny jsou jednotliví příslušníci, kteří zastupují určité role, např. partner – partnerka, matka – dítě, sourozenci. Hranice těchto subsystemů jsou tvořeny pravidly, která musí členové rodiny dodržovat, a musí být pro funkčnost rodiny naprosto zřetelné (Minuchin, 2013).

#### 4.2.1 Manželský subsystem

Manželský subsystem hraje ústřední roli ve všech vývojových fázích rodiny. Úspěch rodiny závisí do značné míry na schopnosti muže a ženy vypracovat si dobře fungující vztah.

Způsob, jakým manželé činí společná rozhodnutí, jak zvládají konflikt, jak plánují budoucnost rodiny či jak si vzájemně uspokojí potřeby jistoty, ovlivňuje i vývoj dětí (Sobotková, 2007).

Hranice manželského subsystému musí být postavena tak, aby ochránila manžele před vnější zátěží, a stala se tak živnou půdou pro ostatní systémy (Minuchin, 2013).

### **4.3 Vliv poranění mozku na rodinu**

Získané postižení je pro rodinu určitá zátěž, se kterou se rodina musí vyrovnat a naučit se s ní žít. Vágnerová (2014, s. 173) uvádí: „*člověk se získaným postižením musí najít nový smysl svého života, nový cíl svého směřování, a s tím souvisí změna jeho životních hodnot i jeho sebepojetí.*“ Pro zvládnutí získaného postižení je důležitá podpora blízkých lidí. Získané postižení určitým způsobem mění i vztahy s těmito osobami. Partnerské a přátelské vztahy jsou ohroženy nejvíce. Často i přes značné úsilí o zachování vztahů dochází ke vzájemnému odcizení. Pokud mají vztahy vydržet, musí projít proměnou (Vágnerová, 2014).

Podle Powella (2010) poškození mozku nepostihuje pouze jednotlivce, ale týká se celé rodiny. Přičemž rodinné příslušníky přirovnává ke skutečným obětem, které často trpí více než samotný jedinec po poranění mozku, a to z důvodu přesnějšího náhledu na vzniklou situaci.

#### **4.3.1 Fáze emočních reakcí rodiny**

Vyrovňávání se s postižením blízkého, který utrpěl poranění mozku, je emočně náročné. Rodina prochází celou škálou emocí od šoku, popření, vzteku až po samotné přijetí. Vzhledem k dlouhodobému procesu rekonvalescence a rehabilitace se emoce spjaté se ztrátou cyklicky opakují (Powel, 2010).

Powel (2010) popisuje jednotlivé fáze emočních reakcí rodin jedinců se získaným poraněním mozku:

- První fáze vzniká v okamžiku vzniku poranění do stabilizace pacienta. Doprovází ji směsice reakcí: šok, panika, nedůvěra, popření.
- Druhá fáze začíná po nabytí vědomí jedince. Rodina pocítuje úlevu a často popírá budoucí problémy. Členové rodiny mají tendence zaměřovat se na drobná zlepšení, aby jimi demonstrovala svá nerealistická očekávání týkající se uzdravení.

- Třetí fáze nastává v období rehabilitace, kdy členové rodiny zastávají nejprve optimistický postoj. Později, když se pokrok zpomalí, mohou členové rodiny pociťovat úzkost, vztek, depresi, pocity viny.
- Čtvrtá fáze představuje návrat jedince po ukončení rehabilitace do společnosti. Rodina už je srozuměna s pravděpodobnými přetrvávajícími následky a uvědomuje si, že se stav jejich člena nemusí vrátit do původního stavu. Tato skutečnost vyvolává depresi, vztek a smutek.
- Pátá fáze se vyznačuje emočním přijetím, kdy si příbuzní uvědomují omezení člena rodiny. Tato fáze je však pro rodinu velmi náročná a představuje spíše než cíl dlouhou cestu.

#### **4.4 Rodina – součástí terapie**

Rodina a bezprostřední okolí osoby se získanou neurogení poruchou komunikace často nemá dostatek informací o řečovém, ale i jiném narušení. Netuší, jak může jedinci s neurogení poruchou komunikace nejefektivněji pomoci při terapii. Proto je už od zahájení logopedické péče důležitá spolupráce logopeda s příbuznými a blízkými jedince se získanou poruchou. Úkolem logopeda je informovat příbuzné o narušené komunikační schopnosti, ale také o terapeutických postupech. Rodinní příslušníci ne vždy dobře zvládají roli spoluterapeuta, často z důvodu profesionální neznalosti a z nedostatečného respektu ze strany jedince s neurogení poruchou komunikace (Kejklíčková, 2011). Dalším neméně důležitým úkolem logopeda je pomoci překonat komunikační bariéru mezi osobou s neurogení poruchou komunikace a rodinnými příslušníky, která je způsobena právě již zmíněnou nedostatečnou informovaností a neschopností rychle přizpůsobit způsob komunikace změněným podmínkám (Cséfalvay, 2007). Při terapii je vhodné rodinným příslušníkům rozmluvit dobře míněné snahy o terapeutickou pomoc s použitím slabikáře a užití podobných pomůcek. Tyto pomůcky jsou nevhodné z hlediska věku jedince s neurogení řečovou poruchou a je daleko efektivnější využití prostředků adekvátní k věku jedince (Neubauer, 2007).

Powel (2014) nabízí několik rad a úkolů, které může pomáhající pracovník využít při práci s rodinou osoby s poraněním mozku:

- Odborný nemocniční personál by měl být při prvním kontaktu s rodinou jedince s poraněním mozku citlivý. Pokud poskytne negativní informace, které následně

blíže nepopíše, může to vést k nedůvěře rodinných příslušníků ke všem odborníkům.

- Odborníci by měli rodinám poskytnout dostatečné informace o následcích poranění mozku například formou letáků, brožur a jiného osvětového materiálu. Rodina je často zmatená a zahlcená informacemi, proto by měli odborníci přizpůsobit informace situaci, ve které se rodina nachází.
- Zdravotnický personál by měl rodině poskytnout praktickou pomoc a rady týkající se např. žádosti o sociální dávky, podporu v nezaměstnanosti, nalezení pracovního místa, respitní péče.
- Odborníci mohou rodinu představit lidem v podobné situaci prostřednictvím nejrozličnějších sdružení či podpůrných skupin.



## II. PRAKTICKÁ ČÁST

### 5 Výzkumné šetření

#### 5.1 Uvedení do problematiky

Mnoho publikací se zabývá východisky logopedické práce u osob s neurogenními poruchami komunikace. Pozornost se soustřeďuje převážně na logopedickou intervenci realizovanou klinickými logopedy. Avšak neméně důležitou součástí logopedické intervence je zapojení rodiny osoby s neurogenní poruchou komunikace do této činnosti. Právě proto bude naší snahou prostřednictvím výzkumného šetření sledovat, jakým způsobem probíhá logopedická práce u osob s neurogenními poruchami komunikace právě v rodinném prostředí. Pozornost bude věnována přístupu osoby s neurogenní poruchou komunikace a její rodiny k logopedické intervenci a samotná realizace logopedické práce v jejich přirozeném prostředí, tedy v rodině. Výsledky šetření jsou pouze lokální a chápeme je jako prvotní sondu do dané problematiky, nicméně nám utvářejí představu o tom, jak osoba s neurogenní poruchou komunikace a její rodina vnímají potřebu logopedické péče a jak k ní všichni zúčastnění přistupují.

#### 5.2 Návrh výzkumného šetření

Proto, abychom zjistili průběh logopedické práce v rodinném prostředí osob s neurogenními poruchami komunikace, je nutné důkladné šetření s ohledem na subjektivní vnímání všech zúčastněných. Se zřetelem na tyto požadavky jsme zvolili kvalitativní šetření, které nám umožní prozkoumat danou problematiku do hloubky.

Podstatou kvalitativního výzkumu je do široka rozprostřený sběr dat, aniž by na počátku byly stanoveny základní proměnné. Během kvalitativního šetření je do hloubky zkoumán určitý jev s cílem získat o něm maximální množství informací (Smékal, 1983 in Švaříček 2007). Kvalitativní výzkum je nestrukturovaného charakteru a pracuje s omezeným počtem jedinců převážně v jejich přirozených podmínkách sociálního prostředí. Plán výzkumu je pružného charakteru, což znamená, že v průběhu rozhovoru se plán výzkumu přizpůsobuje, rozvíjí a proměňuje (Hendl, 2012).

### 5.3 Cíle práce a stanovení výzkumné otázky

Hlavním cílem empirické části práce je zjistit, jakým způsobem probíhá logopedická práce u klientů s neurogenními poruchami komunikace právě v prostředí jemu nejbližším, tedy v rodině. Přitom se zaměřujeme na přístup osob s touto narušenou komunikační schopností a jejich rodinných příslušníků k logopedické práci, přístup členů rodiny k sobě navzájem a na to, jak vzniklé komunikační obtíže ovlivnily rodinné fungování.

Parciálním cílem výzkumného šetření je osvětová činnost, proto jsme také na základě výsledků výzkumu zpracovali informační leták, který je určen rodinám osob s neurogenní poruchou komunikace. Tento leták obsahuje základní informace o projevech dysartrie a afázie. Dále pak informace o možnostech přístupu k těmto osobám během logopedické práce i mimo ni. Nakonec je naší snahou poskytnout rodině osob s těmito obtížemi informace o návazné ambulantní péči.

### 5.4 Charakteristika výzkumného souboru

Z důvodu volby kvalitativního šetření jsme pracovali s poměrně malou skupinou respondentů. Ke spolupráci jsme oslovili klinického logopeda Mgr. Ruth Mitrengovou, zaměstnanou při iktovém centru v Karvinské hornické nemocnici a.s., která ochotně souhlasila s participací na výzkumu. Po schválení žádosti o umožnění výzkumu Karvinskou hornickou nemocnicí, klinický logoped oslovil tři ze svých klientů s jejich rodinnými příslušníky, kteří ochotně souhlasili s realizací výzkumného šetření.

Společná kritéria všech tří klientů byla následující: dřívější hospitalizace na neurologické JIP s akutní cévní mozkovou příhodou, neurogenní porucha komunikace, včasné zahájení logopedické intervence na neurologickém oddělení, po ukončení hospitalizace přechod klienta na ambulantní péči. Výzkumné šetření probíhalo u každého klienta zvláště během dvou setkání na pracovišti klinického logopeda. Zúčastnili se ho tři již zmínění klienti spolu se svými manželkami.

*Tab. č. 4: Výzkumný soubor*

<b>jméno</b>	<b>pohlaví</b>	<b>věk</b>	<b>diagnóza</b>
klient 1	muž	53	afázie
klient 2	muž	70	afázie
klient 3	muž	67	dysartrie

Při výzkumu byly sledovány zejména tyto aspekty:

- informovanost o narušené komunikační schopnosti;
- vnímání potřeby logopedické práce;
- způsob komunikace v rodině;
- pocity při komunikaci;
- angažovanost rodiny v logopedické práci;
- způsob a čas logopedické práce;
- dopad narušené komunikační schopnosti na fungování rodiny;

Jelikož v kvalitativním výzkumu pracujeme s omezeným počtem respondentů a šetření je často prováděno lokálně, vznikají také obtíže se zobecňováním výsledků (Hendl, 2012). Proto také v našem výzkumném šetření budeme chápat výsledky pouze jako možná východiska logopedické práce v rodinném prostředí.

## 5.5 Metody výzkumného šetření

Autoři Švaříček, Šedřová (2014) definují metody sběru dat jako specifické postupy poznávání určitého jevu, které badatel užívá s cílem rozkrýt a reprezentovat to, jak lidé interpretují a vytvářejí sociální realitu.

Pro účely výzkumného šetření se nám jeví nejvhodnější metodou kvalitativní rozhovor. Dle Švaříčka (in Švaříček; Šedřová, 2014, s. 159) je rozhovor: „nejčastěji používanou metodou sběru dat v kvalitativním výzkumu.“ Dále autor uvádí: „používá se pro něj označení *hloubkový rozhovor (in- depth interview)*, jež můžeme definovat jako *nestandardizované dotazování jednoho účastníka výzkumu zpravidla jedním badatelem pomocí několika otevřených otázek.*“ Hendl (2012) ve své publikaci zdůrazňuje, že kvalitativní rozhovor vyžaduje dovednost, citlivost, koncentraci, interpersonální porozumění a disciplínu. Mezi hlavní dva typy hloubkového rozhovoru řadíme polostrukturovaný rozhovor, vycházející z předem připraveného seznamu témat a otázek a nestrukturovaný neboli narativní rozhovor, který může být založen jen na jediné předem připravené otázce a dále se badatel dotazuje na základě informací z výpovědi účastníka (Švaříček, 2014).

Námi zvolenou metodou sběru dat byl **polostrukturovaný rozhovor** doplněný **aktivním pozorováním**. Všechny námi vedené rozhovory jsme zaznamenávali prostřednictvím diktafonu a následně zpracovali do písemné podoby.

V rámci výzkumného šetření jsme dále provedli u dvou ze tří klientů vyšetření pomocí testového manuálu **Vyšetření fatických funkcí**, jehož autorem jsou Cséfalvay, Košťálová a Klimešová. Jedná se o komplexní vyšetření afázie, alexie a agrafie vycházející ze specifik českého jazyka, opírající se o kognitivně-neuropsychologickou teorii. Vyšetření je doplněno o hodnocení produkce a porozumění komplexnějším celkům, jako jsou věty a souvislý text (Cséfalvay, 2007). Tato vyšetření byla provedena k ověření platnosti diagnózy klientů.

U třetího klienta jsme pro ověření diagnózy použili diagnostického materiálu **Test 3F – dysartrický profil**, jehož autoři jsou Jiří Hedánek a Jaroslava Roubíčková. Tento test má za úkol diagnostikovat dysartrii v souladu s nejčastěji užívanou klasifikací v této oblasti. Jednotlivé položky v testu jsou hodnoceny na třístupňové škále a je z nich zpracován celkový dysartrický profil vyšetřované osoby (Neubauer, 2007).

## 5.6 Realizace výzkumu

Výzkumné šetření jsme zahájili koncem dubna roku 2014 poté, co Karvinská hornická nemocnice realizaci výzkumu schválila. Klinický logoped nám doporučil tři ze svých klientů, kteří splňovali kritéria našeho výzkumného souboru. Klienty jsme spolu s jejich rodinnými příslušníky (manželkami) oslovili, vysvětlili jsme jim důvody a cíle výzkumného šetření a oni poté ochotně souhlasili se spoluprací.

Kvalitativní šetření probíhalo během dvou domluvených setkání na pracovišti klinického logopeda s každým klientem a jeho manželkou samostatně. Na prvním setkání jsme pod vedením klinického logopeda provedli u dvou ze tří klientů vyšetření pomocí testového manuálu **Vyšetření fatických funkcí – VFF**. U třetího klienta byl použit **Test 3F: Dysartrický profil**. Všechna uvedená vyšetření byla provedena k ověření stanovené diagnózy testovaných klientů. Řízený rozhovor jsme vedli až na druhém setkání s klienty a jejich manželkami. Každý rozhovor trval přibližně 45 minut. Otázky v rozhovoru byly předem připravené a v průběhu rozhovoru byly doplněny s ohledem na výpovědi respondentů. Rozhovor byl veden se záměrem zjistit průběh logopedické práce v prostředí rodiny osoby s neurogenní poruchou komunikace.

## 6 Analýza a interpretace výsledků výzkumu v rámci případových studií

V této fázi výzkumného šetření provedeme analýzu a interpretaci dat pomocí případových studií. Případová studie podle Hendla (2012) předpokládá detailní studium jednoho případu nebo několika málo případů. V případové studii se snažíme o zachycení složitosti případu a o popis vztahů v jejich celistvosti. Předpokládá se, že důkladným prozkoumáním jednoho případu, pak lépe porozumíme jiným podobným případům.

Podstatou analýzy a interpretace výsledků formou případových studií je dle autora (2012) dát smysl shromážděným údajům z případové studie. Může se přiklonit k dvěma různým způsobům. Prvním způsobem je holistická analýza, kde výzkumník hledá závěry posouzením dat jako celku. Druhý způsob nabízí výzkumníkovi analýzu pomocí kódování, tedy systematickým prohledáváním dat s cílem nalézt pravidelnosti a klasifikovat jejich jednotlivé části.

### 6.1 Případová studie – Klient 1

Klient se narodil roku 1961 v městě Karviná. Dříve pracoval jako horník v dolech Československé armády v Karviné, později se živil jako řidič dodávky. Jeho národnost je česká. Žije ve společné domácnosti s manželkou, se kterou společně vychovali dva syny. Synové klienta a jeho manželku pravidelně navštěvují. V srpnu roku 2013 byl hospitalizován na neurologické JIP v Karvinské hornické nemocnici a. s. s akutní cévní mozkovou příhodou – ischemickou. Logopedická péče byla zahájena ještě během hospitalizace na neurologickém oddělení, nyní probíhá ambulantně. Z důvodu cévní mozkové příhody je klientova hybnost omezena na základě pravostranné hemiparézy. Pohybuje se s dopomocí francouzské hole. Je schopen psát levou horní končetinou, přestože před onemocněním přirozeně používal pravou ruku.

Při spontánní komunikaci se vyjadřuje spíše holými větami (např. *No toto. Jdeme pryč. Do...řekni to. NE -Ne-po-muk.*). Jeho projev je nonfluentní. Ve fluentním projevu s normální produkcí slov za minutu klientovi brání neschopnost pojmenovat a vybavit si výrazy. Obrázky a situace popisuje spíše jednoslovně, často s fonemickou nápovědou (např. *No to. Nahoře. LE- letadlo. No, hrnek. Pije. No to, M- Mlíko.*). Věty jsou zastoupeny převážně podstatnými jmény. Má problémy s pojmenováním předmětů (např. *Jdem pryč. Tam kde jsou ty..zámky,*

a to..hrady a tam hore. No hore, hore tam.. ZELENA HORA? No jo, tam.) a porozuměním slyšené řeči (často se během rozhovoru ptal: Co? Nevím, co to je?). Při popisu obrázku má klient problémy s rozpoznáním figury a pozadí. Dle výpovědi manželky byl dříve velmi komunikativní.

Klient je přátelský a energický. Během vyšetření pracoval velmi rychle a impulzivně. Pokud cvičení nerozuměl, byl netrpělivý a odmítal cvičení dělat.

Dle sdělení klinického logopeda a našeho pozorování jsme zjistili, že logopedická intervence u klienta je zaměřena zejména na obnovu slovní zásoby, posilování sémantických sítí, cvičení na posilování verbální paměti a porozumění. Do logopedické práce je ho třeba nutit. Klinický logoped při práci zařazuje více činností, které po krátké chvíli střídá z důvodu poruchy soustředění a problémů s horší pamětí klienta. Na logopedii dochází klient v pravidelných intervalech přibližně jednou za čtrnáct dní v doprovodu manželky nebo jednoho ze dvou synů.

Pro ověření diagnózy jsme během prvního setkání u klienta provedli Vyšetření fatických funkcí. Vyšetřování probíhalo pod dohledem klinického logopeda za přítomnosti manželky vyšetřovaného.

**Tab. č. 5:** Výsledky vyšetření klienta 1

Výsledky VFF			
Klient 1			
Vyšetření proběhlo: 13. 5. 2014			
Fatické funkce	Úkoly	Max. hodnocení	Výkony
<b>1. SPONTÁNNÍ ŘEČ</b>	1.1. Konverzace		<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ slovní popis,</li> <li>▪ holé věty</li> <li>▪ informační hodnota částečná s dopomocí</li> </ul>
	1.2. Narativní schopnosti		<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ nonfluentní projev</li> <li>▪ porucha nominativní funkce řeči</li> <li>▪ porucha porozumění slyšené řeči</li> </ul>
	1.3. Automatické slovní řady		ANO
<b>2. POROZUMĚNÍ MLUVENÉ ŘEČI</b>	2.1. Fonologická analýza	10	10
	2.2. Lexikální posuzování	10	10
	2.3. Lexikální sémantika	25	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ klient odmítl spolupracovat</li> </ul>
	2.4. Porozumění větám	10	10
<b>3. OPAKOVÁNÍ</b>	3.1. Slovo	10	9

	3.2. Pseudoslov	10	9
	3.3. Vět	5	4
<b>4. POJMENOVÁNÍ</b>	4.1. Konfr. pojmenování	20	13
	4.2. Odpovědi na otázku	10	7
<b>5. ČTENÍ</b>	5.1. Písmen a slabik	20	14
	5.2. Pseudoslov	15	0
	5.3. Lexikální posuzování	15	10
	5.4. Poroz. čteným slovům	15	14
	5.5. Čtení slov nahlas	20	12
	5.6. Poroz. čtenému textu	20	0
<b>6. PSANÍ</b>	6.1. Automatické formy		ANO
	6.2. Opis písmen, slabik, slov	15	15
	6.3. Opis pseudoslov	5	5
	6.4. Diktát písmen	5	5
	6.5. Diktát slov	10	1
	6.6. Diktát pseudoslov	10	0
	6.7. Písemné pojmenování	20	4
	6.8. Popis obrázků	20	0

Testovali jsme pomocí testového manuálu vypůjčeného od klinického logopeda. Test je zaměřen na 6 oblastí: spontánní řeč, porozumění mluvené řeči, opakování, pojmenování, čtení a nakonec psaní.

### **6.1.1 Spontánní řeč klienta 1**

Jelikož je klient velmi komunikativní, nebylo ho obtížné zapojit do volné konverzace. Informační hodnota sděleného testovaného byla pouze částečná. Během konverzace se dožadoval pomoci, ze strany manželky. Často konverzaci zahájil, ale protože se neuměl adekvátně vyjádřit, vybídl manželku, aby za něj sdělení dokončila. Poté byla klientovi předložena k popisu obrázková předloha situace. Klient popsal pouze několik aspektů obrázků. Nerozlišoval, co je na obrázku v popředí, a co situaci na obrázku pouze dekoruje.

Popisoval většinou jednoslovně – většinou pouze podstatnými jmény. Svou výpověď rozvinul až po slovní instrukci.

### **6.1.2 Porozumění mluvené řeči klienta 1**

Klientovi nedělalo problém rozlišování stejných a různých slabik, stejně tak jako rozlišování slov skutečných a vymyšlených. Při posuzování porozumění významu slov, klient bezchybně k slovům přiřazoval adekvátní obrázky. Při hodnocení porozumění větám klient až na jedinou výjimku nepochybil. Klient odmítl spolupracovat při úkolu, který testoval klientovu schopnost rozlišovat, zda slova mají podobný či odlišný význam. Domníváme se, že neporozuměl zadání úkolu.

### **6.1.3 Opakování klienta 1**

Opakování má klient relativně zachováno. Pouze ve dvou případech úkol nesplnil a to ve slově NOVOROZENĚ, které vyhodnotil jako „*novozoreně*.“ Dále pak ve slově PATNIČECE, které po nezdárném pokusu odmítl zopakovat.

### **6.1.4 Pojmenování klienta 1**

Už během konverzace s klientem bylo patrné, že má problémy s pojmenováním věcí a pojmů. To se nám potvrdilo také testováním. Při úkolu, kde měl klient za úkol pojmenovat předkládané obrázky, měl sedm chybných či nulových výpovědí z dvaceti položek. V dalším úkolu, kde byla testována schopnost pojmenování na základě položené otázky, klient odpověděl chybně na tři otázky z deseti položených.

### **6.1.5 Čtení klienta 1**

Z výsledku získaných testováním usuzujeme, že lexie klienta je výrazně narušena. Nejhorších výsledků s nulovým skórem jsme zaznamenali během čtení slov, která jsou vymyšlená, neexistující. Dále pak při úkolu, jež testoval porozumění čtenému textu. Klientovi dělalo problém samotný text přečíst, natož ho dále interpretovat.



### 6.1.6 Psaní klienta 1

Klient má zautomatizováno psaní jména a adresy, neměl sebemenší problém s opisem písmen, slabik, slov a pseudoslov. Diktát slov, pseudoslov, dále pak písemné pojmenování předkládaných obrázků a jejich popis klient nezvládl.

Z výsledků testování usuzujeme typ klientovy afázie - **transkortikální motorická afázie**. Vzhledem k tomu, že výsledek vyšetření není potvrzen klinickým logopedem a my máme s diagnostikou afázie prvotní zkušenosti, chápeme výsledek pouze jako orientační.

## 6.2 Případová studie - Klient 2

Klient se narodil roku 1944 v Karviné. Má základní vzdělání. Dříve pracoval jako horník, nyní pobírá starobní důchod. Spolu s manželkou bydlí v bytě. Má dvě děti, které ho pravidelně navštěvují. Jeho komunikační obtíže vznikly začátkem srpna roku 2012 z důvodu intracerebrálního krvácení do temporoparietálního laloku. Na základě této neurologické diagnózy byla zjištěna Wernickeova afázie. Logopedická péče byla zahájena ještě během hospitalizace na neurologickém oddělení Karvinské hornické nemocnici a.s., poté probíhala ambulantně. V srpnu roku 2013 znovu hospitalizován v Karvinské hornické nemocnici z důvodu krvácení do levé hemisféry. Následkem bylo ztížení motoriky, celková pomalost reakcí a porucha paměti. Klinický obraz afázie klienta se pozměnil, proto bylo nutné upravit logopedickou intervenci.

Při spontánní komunikaci má klient potíže s pojmenováním a vybavením pojmů (při popisu hrnku s rozlitým mlékem na stole: *Tam jako je ta věc k pití. Ona z něj pila holčička, a potom to jako bylo rozlitý*). Během řeči klienta se občas vyskytují anomické pauzy (*Páč oni jsou, oni oni jsou, jako jsou dvě ...pauza cca 4 sekundy..., byly dvě děti.*). Při popisu obrázku se klient vyjadřuje spíše krátkými nebo holými větami (např. *Tatínek a maminka a jejich děti. Maminka uklízí. Děti udělaly nepořádek.*). Jeho projev je lehce nonfluentní, zvláště v momentě kdy klient hledá adekvátní význam či tvar slova. Gramatika je i přes snahu nepřesná (např. *Snažím se myslet nad tím, co tam všecho jako píšu do sešitu, abych zjistit, třeba je jich v tom sešitě 20 slov, co tam je. Čím více toho napíšu, tím více jako vím, že se naučím čím víc tam slova napsat.*). V řeči se vyskytují parafázie fonemické a sémantické (např. popisu obrázků HRNEK = *sklenička*, NOVOROZENĚ = *novozoreně*). Má problémy s rozlišováním koncovek a sykavek. Klinický logoped se domnívá, že klient má problémy se sluchem.

V průběhu našich setkání měl klient často úsměv na tváři. Velmi si přeje, aby jeho komunikační obtíže zmizely, proto je při logopedické práci velmi pečlivý a snaživý. Neúspěch ho mrzí a to ho dělá úzkostným.

Z rozhovoru a dle slov klinického logopeda jsme zjistili, že logopedická intervence se zaměřuje na posílení sémantických sítí, výstavbu a rozšiřování slovní zásoby. Přepisem obtížnějších slov do sešitu pracuje klient s pamětí a zároveň si zdokonaluje schopnost psát.

**Tab. č. 6** *Výsledky vyšetření klienta 2*

<b>Výsledky VFF</b>			
<b>Klient 2</b>			
Vyšetření proběhlo: 19. 5. 2014			
<b>Fatické funkce</b>	<b>Úkoly</b>	<b>Max. hodnocení</b>	<b>Výkony</b>
<b>1. SPONTÁNNÍ ŘEČ</b>	1.1. Konverzace		<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ obtíže v nomii</li> <li>▪ anomické pauzy</li> <li>▪ porucha syntaxe</li> </ul>
	1.2. Narativní schopnosti		<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ nonfluentní projev</li> <li>▪ porucha nominativní funkce řeči</li> <li>▪ občasné parafázie (fonémické, sémantické)</li> </ul>
	1.3. Automatické slovní řady		Převážně ANO
<b>2. POROZUMĚNÍ MLUVENÉ ŘEČI</b>	2.1. Fonologická analýza	10	10
	2.2. Lexikální posuzování	10	9
	2.3. Lexikální sémantika	25	24
	2.4. Porozumění větám	10	10
<b>3. OPAKOVÁNÍ</b>	3.1. Slovo	10	10
	3.2. Pseudoslovo	10	10
	3.3. Věta	2	5
<b>4. POJMENOVÁNÍ</b>	4.1. Konfr. pojmenování	20	15
	4.2. Odpovědi na otázku	10	7
<b>5. ČTENÍ</b>	5.1. Písmen a slabik	20	20
	5.2. Pseudoslovo	15	15
	5.3. Lexikální posuzování	15	15

	5.4. Poroz. čteným slovům	15	15
	5.5. Čtení slov nahlas	20	20
	5.6. Poroz. čtenému textu	20	16
<b>6. PSANÍ</b>	6.1. Automatické formy		ANO
	6.2. Opis písmen, slabik, slov	15	15
	6.3. Opis pseudoslov	5	5
	6.4. Diktát písmen	5	5
	6.5. Diktát slov	10	8
	6.6. Diktát pseudoslov	10	8
	6.7. Písemné pojmenování	20	16
	6.8. Popis obrázků	20	xxx

Testovali jsme pomocí testového manuálu zapůjčeného klinickým logopedem. Vyšetření je zaměřeno na šest oblastí:

### **6.2.1 Spontánní řeč klienta 2**

Na začátku testování jsme zahájili volnou konverzaci. Vypozorovali jsme snahu klienta komunikovat správně bez nedostatků. Během konverzace jsme zaznamenali poruchu syntaxe, poruchu nominativní funkce řeči a poruchu pojmenování. Při popisu situačního obrázku se klient vyjadřoval spíše holými větami. I přes problémy s pojmenováním, měl velkou snahu popsat vše, co na obrázku vidí. Situaci na obrázku popisoval s anomickými pauzami a občasnými parafáziemi sémantickými a fonémickými.

### **6.2.2 Porozumění mluvené řeči klienta 2**

V této oblasti zkoumání klient udělal pouze dvě chyby, proto z výsledků vyšetření usuzujeme, že porozumění klienta je zachováno.

### **6.2.3 Opakování klienta 2**

Při opakování slov a pseudoslov dosáhl klient maximální možný počet bodů. Při opakování vět získal klient dva body z možných pěti.

#### **6.2.4 Pojmenování klienta 2**

Klient během prvního úkolu, kde měl pojmenovat předkládané obrázky, odpověděl chybně pětkrát z dvaceti položek. Při druhém úkolu nás zajímala schopnost pojmenovat na základě otázky. V tomto úkolu klient odpověděl chybně z deseti otázek třikrát.

#### **6.2.5 Čtení klienta 2**

V pěti testovacích úkolech dosáhl klient maximální možný počet bodů. Při testování porozumění čtenému textu měl klient za úkol přečíst krátký text a následně zodpovědět na otázky související s textem. Čtení klientovi nedělalo problém. Na jednu z pěti otázek neuměl odpovědět.

#### **6.2.6 Psaní klienta 2**

Klient má zautomatizován podpis a adresu. Opis písmen, slov a pseudoslov nedělal klientovi sebemenší problém. Při diktátu slov pochybil klient ve slovech: ARABŠTINA, LUČIŠTNÍK. V obou případech bylo ve slově vynecháno písmeno t. V diktátu pseudoslov udělal klient rovněž dvě chyby. Při testování písemného pojmenování, kdy měl klient za úkol napsat na papír, co vidí na předkládaných obrázcích, pracoval klient pomalu a pečlivě, v momentě pochybení sám sebe opravoval. Na závěr měl klient písemně popsat situační obrázek. Tento úkol zabral klientovi spoustu času. Obrázek popsal v šesti krátkých nerozvinutých větách. V textu se nachází pouze dvě gramatické chyby.

Jelikož nemáme mnoho zkušeností s diagnostikou afázie, nejsme schopni rozhodnout, o jaký syndrom afázie se jedná. Z detailního prozkoumání výsledku testu a z výsledků našeho pozorování usuzujeme typ afázie – **anomická afázie**.

### **6.3 Případová studie – Klient 3**

Klientovi je 67 let. Pochází z města Dětmorovice, kde žije společně s manželkou ve dvougeneračním rodinném domě. Ve stejném domě, ale v jiné domácnosti, bydlí dcera s manželem a třemi dětmi. Klient a celá jeho rodina přirozeně hovoří nářečím. V minulosti pracoval jako horník, nyní pobírá starobní důchod. V září roku 2012 byl hospitalizován v Karvinské hornické nemocnici a.s. s již druhou cévní mozkovou příhodou, dále jen CMP. Z důvodu krvácení do pravé mozkové hemisféry vznikla lehká levostranná hemiparéza.

Logopedická intervence byla zahájena až po druhé mozkové příhodě během akutní fáze na neurologickém oddělení, nyní probíhá ambulantně v pravidelných intervalech.

Následkem CMP u klienta přetrvává ochablé mimické svalstvo, ochablý levý ústní koutek, nedomykavost hlasivek, porucha polykání. Při komunikaci je u klienta výrazně narušeno dýchání a srozumitelnost.

Během našeho setkávání byl klient klidný, usměvavý, spíše introvertní. Během vyšetření ochotně spolupracoval a byl velmi snaživý.

Logopedická intervence se dle sdělení klinického logopeda a manželky klienta zaměřuje zejména na posilování oromotoriky, nácvik správné hlasové rezonance a navození měkkých hlasových začátků. Dále pak na cvičení pro posilování žvýkacího svalstva a nácvik správného polykání.

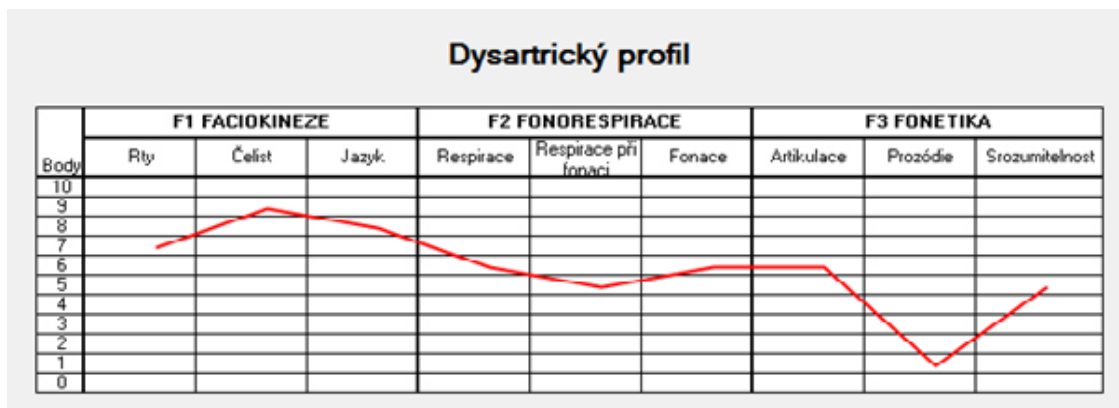
**Tab. č. 7** *Výsledky vyšetření klienta 3 testem 3F*

<b>Výsledky TEST 3F</b>	
<b>Klient 3</b> Vyšetření proběhlo: 26. 5. 2014	
<b>F1 – FACIOKINEZE</b>	Dosažený výsledek / max. 10
1. Rty	7
2. Čelist	9
3. Jazyk	8
<b>F2 – FONORESPIRACE</b>	Dosažený výsledek / max. 10
4. Respirace	6
5. Respirace při fonaci	5
6. Fonace	6
<b>F3 – FONETIKA</b>	Dosažený výsledek / max. 10
7. Artikulace	6
8. Prozódie	1
9. Srozumitelnost	5
<b>Celkový počet bodů</b>	<b>53/ max. 90</b>

Výsledné číslo testu nazýváme dysartrický index (DX), který vyjadřuje stupeň poruchy. Maximální počet, kterého může člověk dosáhnout, je 90 bodů. Vzhledem k tomu, že test není standardizován, je tento výsledek orientační (Roubíčková, 2011).

Náš klient dosáhl v testu 53 bodů. Dysartrický index je 53 a můžeme z něj usuzovat, že klient má **středně těžkou dysartrii**.

Obr. č. 1 Grafické znázornění výsledků vyšetření klienta 3 testem 3F(Dysartrický profil)



## 6.4 Analýza rozhovorů

Tab. č. 8 Srovnání vybraných výpovědí respondentů

Srovnání vybraných výpovědí respondentů		
<b>Jak jste vnímali potřebu logopedické práce před jejím zahájením?</b>	Klient 1	„Co?“ (střídavě pozoruje manželku a na výzkumníka)
	Klient 2	„No měli jsme dvakrát... jsem byl nemocnej dvakrát po sobě.“ Dost těžko jsem se jako začal jako rozkupovat jako a nevěděl jsem jak číst jako, mluvit taky. Ale ze začátku se mi to jako celkem dobře dělalo jako. Jenom bohužel jsem podruhé se stalo, a tak jsem se těžko. Já nemůžu mluvit.“ (se slzami v očích)
	Klient 3	„Nemluvil jsem vůbec. Já se se snažil, ale to nešlo.“ Po výpovědi manželky pokračuje: „já jsem dělal... (ukazuje rukama na všechny strany).“ Dále popisuje: „já jsem musel dělat...(ústy ukazuje některé oromotorické cviky) a už je to lepší.“
<b>Povězte mi něco o tom, jakým způsobem probíhá logopedická práce u Vás doma?</b>	Klient 1	„Tady to je.“ (ukazuje v sešitě) „Toto.“ (vytahuje kartičky a ukazuje na ně)
	Klient 2	Po výpovědi manželky, která popisuje, že pracují stejně, jako v ambulanci odpovídá: „Ano tak jako tady.“
	Klient 3	„Takže mluvení procvičujeme spolu. Cvičím cviky, co cvičím tady.“ Po výpovědi manželky pokračuje „Ležím a dělám ty cviky, a potom nemůžu vstát.“
<b>Máte strach komunikovat s ostatními lidmi?</b>	Klient 1	„Nevím, co to je?“ (dívá se na manželku)
	Klient 2	„Né, to ne, to ne.“
	Klient 3	„Jsem stáhnutý.“
<b>Ovlivnily vzniklé obtíže v řeči nějak Vaše rodinné fungování?</b>	Klient 1	bez odpovědi
	Klient 2	„No tak já myslím, že to ne.“ Po manželčině argumentu doplňuje „No to jako jo. To když jsem já měl po té nemoci.“
	Klient 3	„ To vůbec.“

#### **6.4.1 Rozhovor s klientem 1 a jeho manželkou**

**Datum:** 23. 6. 2014

S manželky jsme se setkali v osm hodin ráno na pracovišti klinického logopeda. Rozhovoru byl přítomen také klinický logoped, který do jeho průběhu nijak nezasahoval. Během rozhovoru jsme mimo jiné pozorovali komunikaci mezi manželky a vztah manželů k sobě navzájem. Vzhledem k tomu, že respondent nerozuměl všem otázkám, většinu rozhovoru obstarávala jeho manželka. Pro klienta bylo často obtížné vyjádřit všechny své myšlenky, proto se často obracel na svou ženu, aby mu pomohla s odpovědí. Manželka podporovala svého muže, aby se vyjádřil sám. V případě potřeby slovně doprovázela jeho gesta a ujišťovala se, zda říká to, co měl skutečně na mysli. Manželka s partnerem hovoří bez zbytečných ohledů. Během dotazování jsme zjistili, že byl klient dříve zdatný komunikátor. To bylo patrné i během rozhovoru. Respondent měl velkou chuť zapojovat se do rozhovoru i přesto, že mu v tom brání nedostatečná slovní zásoba. Většinou se vyjadřoval v krátkých větách a často se dotazoval na význam položené otázky.

Tab. č. 9 Rozhovor s klientem 1 a jeho manželkou

Specifické oblasti hodnocení	Respondent	Respondentka
<b>Informovanost o NKS</b>	Z rozhovoru je patrné, že respondenti narušenou komunikační schopnost zjednodušeně chápou, jako následek cévní mozkové příhody. Věří, že v budoucnu se všelepší. Pan Dvořák má plány do budoucna.	
<b>Vnímání potřeby logopedické práce a přístup k ní</b>	Ptá se manželky: „co?“, nechápe význam otázky.	Manželka směrem k manželovi: „co? Ty nevíš nic. Poté odpověděla. „On si to ani nepamatuje, že tam ležel, že byl v lůžkách, že nosil plenky. On to vůbec neví, takové věci. My jsme fakt za ním chodili každý den a učili jsme se tam s ním, co nám logopedka řekla. Taky něco navíc, i slabikář jsem tam donesla. Takže očekávání od toho určitě bylo.“
<b>Angažovanost rodiny v logopedické práci</b>	Respondent na tuto otázku neodpovídal, pouze souhlasně kýval hlavou na výpověď manželky.	Na otázku, kdo z rodiny se do logopedické práce zapojuje, respondentka odpovídá: „ja synové. Na logopedii do nemocnice manžela doprovází jen ten starší. Ten mladší churaví, takže on ne.“
<b>Způsob a čas nácviku</b>	Na otázku, jaká logopedická cvičení doma provádějí, respondent vytahuje sešit a v něm kartičky a neustále opakuje: „Tady toto. Jéžiš Mária. Toto.“	Respondentka manžela pozoruje a poté slovně popisuje obrázek, který dělá jejímu manželovi problém rozpoznat. Po dalším otázení manželka zmiňuje, že doma pracují se stejným materiálem a stejnými úkoly, jako na pracovišti klinické logopedky. K otázce ohledně způsobu nácviku říká: „já mu třeba předepíšu do sešitu něco a nachystám mu to a on vidí, že je sám doma a musí to napsat. Ale samotného ho to nenapadne.“ Také si stěžuje, že musí manžela k logopedické práci nutit. Na dotaz kolik času věnují nácviku, odpovídá: Cvičíme každý den, jedenkrát denně“ Dále popisuje: „jak těch úkolů



		<i>přibývá, tak to trvá déle. Dřív to bylo 10 minut, teď je to 15 až 20 minut.“ Nakonec zmiňuje, že když vidí, že je toho na manžela hodně, přestanou s nácvikem nebo udělají 10 minutou přestávku.</i>
<b>Komunikace v rodině</b>	Respondent poslouchal výpověď manželky a usmíval se. Na otázku, zda má pocit, že je s ním zacházeno stejným způsobem, odpovídá: „ <i>No. Normalně. no.</i> “	<i>„Já na něj mluvím normálně a on se mě třeba několikrát zeptá, co po něm chci, protože nerozumí, že? Dále pokračuje: „On umí říct jen takové základní věci: mám hlad, chci na za záchod atd. On neřekne žádnou dlouhou větu. I děti, jak přijdou, tak je to stejné. Když přijde ten starší syn Jenda, ten co chodí tady na logopedii, tak on úplně ožije. Já nevím proč. Přitom, když přijde ten mladší syn, který se o něj taky stará, tak on si jde lehnout a čeká, až odejde, potom vstane, že?“ Dále popisuje, že když přijede návštěva, tak se manžel návštěvě nevěnuje, do komunikace příliš nezapojuje, přestože se na návštěvu těší.</i>
<b>Pocity osob se ZNPŘK při komunikaci</b>	Na otázku, jak cítí, že s ním ostatní zacházejí, respondent odpovídá: „ <i>No. Normalně. no.</i> “	<i>Respondentka doplňuje: Vždycky řekne nějaké slovo a já to za něj musím doříct všechno no. Ale že by se bál mezi lidmi nebo se styděl, tak to ne. A když někoho potkáme, koho ještě neviděl, tak vysvětluje a ukazuje na ruku: „toto,“ aby věděli, že se mu něco stalo.“</i>
<b>Dopad NKS na rodinné fungování</b>	Respondent při dotazech na rodinné fungování mlčí.	<i>Už se tak nedomluvíme. Takže je to velký zásah. Protože on nedopoví větu. Teď už si docela rozumíme. Poté respondentka dodává: „Dříve byl on tím chlapem v domácnosti, kdo se o všechno staral, nakupoval. A teďka je to všechno na mě. Teď maximálně udělá vodu se štávou, že?“</i>

## **6.4.2 Rozhovor s klientem 2 a jeho manželkou**

**Datum rozhovoru:** 17. 6. 2014

S respondenty jsme se setkali na pracovišti klinického logopeda rovněž v osm hodin ráno. Rozhovoru byl opět přítomen klinický logoped, který do rozhovoru zasahoval minimálně, pouze pokud byl vyzván některou ze zúčastněných osob. Během rozhovoru jsme mohli pozorovat, že respondent velmi těžce nese následky onemocnění a tedy i své komunikační obtíže. To se projevovalo slzami v očích respondenta a kolísáním v hlase. Oba respondenti byli velmi komunikativní a otevřeně hovořili o problémech spojených s narušenou komunikační schopností. Při každé položené otázce manželka dala přednost k vyjádření svému manželovi. V případě, že se respondent neuměl vyjádřit, tak odpověděla za něj. Respondent si každou svou odpověď předem promýšlel. Vyjadřoval se velmi pomalu a tichým hlasem. Oproti tomu respondentka byla ve vyjadřování velmi energická, věcná a rychlá.

**Tab. č. 10** *Rozhovor s klientem 2 a jeho manželkou*

Specifické oblasti hodnocení	Respondent	Respondentka
<b>Informovanost o NKS</b>	„Tak já jsem měl vlastně nemocnou hlavu jako. A teď mám obtíže a přemýšlel jsem o tom. Abych se naučil s tím jako žít. Teď už mi to prostě nejde jako, jak to bylo před tím. Třeba když se dívám na televizi, tak někdy nechápu, co v té televizi jako je ze začátku není to jako tak, jak by to jako mělo být. Snažím se myslet nad tím, co tam všechno jako píšou do sešitu, abych zjistil, třeba je jich v tom sešitě 20 slov, co tam je. Abych přišel rozumně nad tím, co to je všechno za čísla. A píšou si je do toho sešitu.“	Respondentka doplňuje: „Tak my víme, že měl mozkovou příhodu a že je to vlastně tím.“
<b>Vnímání potřeby logopedické práce a přístup k ní</b>	Respondent odpovídal se slzami v očích: „No měli jsme dvakrát...jsem byl nemocnej dvakrát po sobě.“ Dost těžko jsem se jako začal jako rozkupovat jako a nevěděl jsem jak číst jako, mluvit taky. Ale ze začátku se mi to jako celkem dobře dělalo jako. Jenom bohužel jsem podruhé se stalo, a tak jsem se těžko. Já nemůžu mluvit.“	„Tak já vám to řeknu takhle. Pravnuk chodil na logopedii a měli jsme s tím dobré zkušenosti, takže jsme se nebáli. Jenom jsem si myslela, že mu to půjde trošku líp, ale bohužel.“
<b>Angažovanost rodiny v logopedické práci</b>	V této oblasti zkoumání jsme zjistili, že do logopedické práce se zapojuje pouze manželka. Ta to zdůvodňuje slovy: <i>Na to musí být totiž klid. Ale ukáže, co dělá, vnučce, pravnučce. To on se chlubí zase rád.</i> Respondent manželčina slova doplňuje: „Ta byla jako šťastná zase, když ukážu, jako co s čím se učím.“	
<b>Způsob a čas nácviku</b>	Na otázku, jakým způsobem probíhá logopedická práce v domácím prostředí, respondent odpovídá zároveň s manželkou větou: „Ano tak jako tady.“ Manželčinu výpověď bedlivě sleduje a několikrát ji	Respondentka blíže popisuje „Já mu ukážu obrázky. Třikrát po sobě mu ty obrázky ukážu a potom píšeme. Vždycky nepíšeme, ale když už se mi zdá, že mu to vůbec nejde, tak musí psát (se smíchem). Na otázku kolik času

	v průběhu potvrzuje slovem „ <i>Ano.</i> “	cvičení věnují, odpovídá: „ <i>No tak snažíme se cvičit denně, ale když třeba má jinde lékaře a musí tam jít ráno, tak odpoledne se s ním už těžko pracuje. Takže občas vynecháme jeden den.</i> Dále dodává, že cvičí přibližně hodinu a půl denně, vždy přitom záleží, jak dlouho to jejímu manželovi trvá. Na dotaz, jak se respondenti k sobě chovají při nácvičce, manželka odpovídá „ <i>No já se snažím být trpělivá, ale když mu ti nejde. Běžně nevypěním jen když je to opravdu náročné. Snažíme se pracovat v poklidu.</i> “ Nakonec zmiňuje, že respondent nerad slyší, že se v něčem plete.
<b>Komunikace v rodině</b>	Na otázku, zda respondent pozoruje rozdíl v komunikaci v rodině, odpovídá: <i>Těžko říct, protože já když něco chci říct, protože já když něco chci to, tak se mi to zdá, že už to není pro mě jako. Že když někdo mluví na mě, tak vidím, že už nejsem takovej dravej, jako jsem byl předtím jako.</i> Dále během rozhovoru dodává: „ <i>No prostě není to už ono, jednoduché. No prostě to no. My když jsme sami spolu, tak si rozumíme jako všechno. A co se týče těch dětí našich (pozn. vnoučata, pravnoučata), tak oni to nepochopí, proč jako jsem takový.</i> “ Vyjadřuje nad tím lítost.	Během dotazování na tuto oblast, manželka tvrdí, že její manžel je a byl dříve velmi komunikativní. Dále se zmiňuje k tomu, jakým způsobem komunikuje s manželem takto: „ <i>Když něčemu nerozumí, tak se mu to potom snažím vysvětlit. Ale nemluvím na něj jinak než na ostatní.</i> “ Dále souhlasí s manželovým tvrzením, že si s vnoučaty a pravnoučaty už tolik nerozumí právě z důvodu NKS.
<b>Pocity osob se ZNPŘK při komunikaci</b>	V této oblasti zkoumání jsme dotazováním zjistili, že se respondent komunikace s ostatními lidmi vůbec nebojí. Při bližším zkoumání jsme však také zjistili, že klient nerad nakupuje sám a do obchodu chodí	Respondentka s manželem se vším souhlasí a výpověďmi pouze objasňuje manželovu výpověď.

	<p>pouze s manželkou. Vysvětluje to slovy: „<i>No z toho důvodu, že ty peníze, se kterými bych se rád jako naučil. Takže já to dělám takovým způsobem, že když mám platit s drobnějma, tak nevím jak s nimi platit, tak bych tam musel dát těch peněz víc. A ta paní říká, že dávám jako těch peněz málo jako. A já si je právě neumím spočítat</i>“</p>	
<p><b>Dopad NKS na rodinné fungování</b></p>	<p>Na otázku jestli vzniklé komunikační obtíže změnil rodinné fungování, respondenti odpovídají:  <b>Respondentka:</b> „<i>Je to změna chování manžela.</i>“  <b>Respondent:</b> „<i>No tak já myslím, že to ne.</i>“  <b>Respondentka:</b> (skočí do řeči) „<i>No ano ovlivnilo.</i>“  <b>Respondent:</b> (udiveně) „<i>Co?</i>“  <b>Respondentka:</b> „<i>No, že nás to ovlivnilo.</i>“  <b>Respondent:</b> „<i>No to jako jo. To když jsem já měl po té nemoci.</i>“  Své tvrzení respondentka vysvětluje, tak, že si dříve rozuměli více. Na dotaz, zda se změnil jejich denní režim, respondentka odpověděla: „<i>To se nezměnilo. My jsme už předtím měli rozdělené, co kdo bude dělat a to se nezměnilo, ale zas to není takové. On se prostě zaměří na určitou věc třeba ložnici, obývací a už je konec, dokud se to nevyřeší.</i>“</p>	

### **6.4.3 Rozhovor s klientem 3 a jeho manželkou**

**Datum rozhovoru:** 3. 7. 2014

Rozhovor jsme vedli v ranních hodinách na pracovišti klinického logopeda. Klinický logoped byl celému setkání přítomen. Oba respondenti byli v průběhu rozhovoru pozitivně naladěni a do rozhovoru vnášeli humor. Pouze respondentka měla slzy v očích, když vyprávěla o začátcích logopedické intervence. Přestože respondenti běžně komunikují nářečím, v průběhu rozhovoru užívali český jazyk a to i v případě, že komunikovali spolu. Respondent se vyjadřoval v krátkých větách, co nejrychleji z důvodu nedostačujícího dechu k fonaci. Respondentova mluva byla těžko srozumitelná a tichá a v momentě, když si respondentka myslela, že ostatní jejímu manželovi nerozumí, bezděčně zopakovala jeho slova. Respondentům nedělal problém hovořit o svých problémech spojených s narušenou komunikační schopností. Oba se do rozhovoru zapojovali stejně, někdy hovořili oba najednou.

Na konci rozhovoru respondent prozradil, že má určité limity v jídle, kdy mu dělá problém pokousat stravu. Manželka ho doplnila, že ve společnosti se její manžel stydí jíst před ostatními. Poté se respondent zmínil o tom, že mimo logopedických cvičení procvičuje také oslabenou ruku a nohu činkami. Na otázku, čemu dává přednost, jestli logopedickým cvičením nebo cvičením s činkami odpověděl, že raději cvičí s činkami.

Tab. č. 11 Rozhovor s klientem 3 a jeho manželkou

Specifické oblasti hodnocení	Respondent	Respondentka
<b>Informovanost o NKS</b>	Respondent své komunikační obtíže chápe takto: „ <i>No, že nemůžu mluvit. A musím se to učit znovu. Vím, že když mluvím, tak chrápu. Když piju, tak se mi špatně mluví.</i> “	Respondentka se o NKS vyjadřuje takto: „ <i>Byla tam ta mozková příhoda, kdy on vlastně přišel o hlas a o řeč.</i> “
<b>Vnímání potřeby logopedické práce a přístup k ní</b>	K této oblasti se respondent vyjadřuje slovy: „ <i>Nemluvil jsem vůbec. Já se se snažil, ale to nešlo.</i> “ Dále rozhazoval rukama a přitom názorně ukazoval, jakým způsobem komunikoval.	„ <i>My jsme si právě byli jistí v tom, že to musí pomoci, protože on nemluvil vůbec.</i> “
<b>Angažovanost rodiny v logopedické práci</b>	Na otázku, zda se do logopedické práce zapojují kromě manželky i ostatní členové, respondent odpověděl: „ <i>Ne, vůbec. Já bych nic asi neřekl.</i> “	Respondentka nám to potvrdila slovy: „ <i>To akorát my sami dva, jak jsme nahoře sami dva, tak trénujeme (se smíchem).</i> “ Dále pokračuje o ostatních z rodiny slovy: „ <i>Říkají, ať chodí. Ze začátku mu vůbec nerozuměli a teď už aspoň jo. On byl zlý sám na sebe, protože mu nikdo nerozuměl a on si chtěl s někým popovídat.</i> “
<b>Způsob a čas nácviku</b>	<p>Na dotazování ohledně způsobu a času nácviku respondenti odpovídají takto:</p> <p><b>Respondentka:</b> „<i>No? Mám mluvit já, nebo budeš mluvit ty? No tak se snaž.</i>“</p> <p><b>Respondent:</b> „<i>Takže mluvení procvičujeme spolu. Cvičím cviky, co cvičím tady.</i>“</p> <p><b>Respondentka:</b> „<i>No dělá cviky, já mu to počítám, jak dlouho jednotlivé cviky dělá.</i>“</p> <p><b>Respondent:</b> „<i>Ležím a dělám ty cviky, a potom nemůžu vstát.</i>“</p> <p><b>Respondentka:</b> „<i>U jiných cviků, sedím naproti něho, tak jak tu sedí naproti zrcadlu, ale my zrcadlo nemáme, takže to musíme dělat takhle a všechna ta cvičení probereme postupně stejně, jak cvičíme tady.</i>“</p> <p><b>Respondent:</b> „<i>Půl hodinu.</i>“</p> <p><b>Respondentka:</b> „<i>Nejmíň. Někdy to trvá aj dýl.</i>“</p> <p>Dále respondentka uvádí, že cvičí pravidelně obden, protože denně svého manžela ke cvičení nedonutí. Dříve však cvičili daleko intenzivněji vzhledem k rozsahu narušené komunikační</p>	

	schopnosti. Také jsme zjistili, že respondenti pracují se stejným materiálem jako klinický logoped. Na otázku jak se k sobě respondenti chovají při nácviku respondent tvrdí: „ <i>Někdy se nervuju.</i> “ Respondentka souhlasí a dodává, že mu musí připomínat, že cvičení je potřeba a dále zmiňuje, že respondenta za logopedickou práci odměňuje např: pivem, vínem.	
<b>Komunikace v rodině</b>	Respondent odpovídá, že ostatní členové rodiny na něj mluví pomalu. Na otázku, zda je mu to nepříjemné odpovídá: „ <i>Ne, hlavně, že rozumí.</i> “ Během rozhovoru dále zmiňuje, že s bratrem se domluví, když mu pomáhá s mluvením a on mluví pomalu	Respondentka souhlasí s tvrzením, že ostatní členové rodiny na jejího manžela mluví pomalu a dodává, že mu větu vícekrát opakuje.
<b>Pocity osob se ZNPŘK při komunikaci</b>	Respondent sděluje, že je při hovoru často stáhnutý. Zdůvodňuje to v průběhu rozhovoru slovy: „ <i>Oni mi nerozumí nic. Já chci mluvit, ale oni mluví.</i> “	Respondentka k odpovědi manžela dodává: „ <i>Protože, když se mluví normálně, tak oni tě překřičí a ty se do toho nemůžeš vlézt, že jo.</i> “ Dále však uvádí, že manžel nikdy nebyl dobrý komunikátor a nikdy toho moc nenamluvil.
<b>Dopad NKS na rodinné fungování</b>	Respondenti na otázku, zda se změnilo jejich rodinné fungování, odpovídají: <b>Respondentka:</b> „ <i>To ani ne.</i> “ <b>Respondent:</b> „ <i>To vůbec.</i> “ <b>Respondentka:</b> „ <i>Jako tak, fungujeme stále stejně.</i> “ Odpovědi na dotaz, zda se změnila jejich denní povinnosti, jsou: <b>Respondentka:</b> „ <i>Tak jako zájmy má pořád stejné: televize a gaučink.</i> “ (s úsměvem) <b>Respondent:</b> „ <i>To ne. Moc povinností jsem neměl ani předtím.</i> “ <b>Respondentka:</b> „ <i>Nějaké peníze, placení účtu o to se nestaral ani předtím. To všechno je, a bylo v mé režii. Takže režim zůstal tak, jak byl. Domácnost jsem vedla a starala se o ni vždycky já. Ale zase vysával, na zahradě něco dělal a dělá. Teď to má jako rehabilitaci. Abych mu nekrivdila, neleží celý den u té televize.</i> “	



## 6.5 Interpretace výsledků

Všechny rozhovory byly provedeny v dopoledních hodinách za přítomnosti klinického logopeda na jeho pracovišti v Karvinské hornické nemocnici a.s. Respondenti byli vždy osoby s neurogení poruchou komunikace a jejich manželky. Osoby s neurogení poruchou komunikace jsou pacienti klinického logopeda. S těmito osobami klinický logoped pracuje od vzniku jejich narušené komunikační schopnosti. Dvěma ze tří pacientů klinického logopeda byla diagnostikována afázie, nyní už v chronické podobě. Třetímu pacientovi byla diagnostikována středně těžká dysartrie.

Specifické oblasti hodnocení výzkumu budeme dále interpretovat:

### 6.5.1 Informovanost o NKS

Výpovědi všech respondentů se shodují v chápání narušené komunikační schopnosti jako následek neurologického onemocnění mozku. Žádný z respondentů se nezmiňuje o logopedické diagnóze.

### 6.5.2 Vnímání potřeby logopedické práce a přístup k ní

Po zhodnocení výpovědí všech tří respondentek jsme zjistili, že zahájení logopedické péče respondentky vnímaly jako nutný předpoklad ke zlepšení komunikace jejich partnerů. Jedna z respondentek uvedla: „*Jenom jsem si myslela, že mu to půjde trošku líp, ale bohužel.*“ Výpověď jiné respondentky byla: „*My jsme fakt za ním chodili každý den a učili jsme se tam s ním, co nám logopedka řekla. Taky něco navíc, i slabikář jsem tam donesla. Takže očekávání od toho určitě bylo,*“ Z těchto výroků se domníváme, že respondentky očekávaly od logopedické práce s jejich partnery okamžité zlepšení komunikačních dovedností.

### 6.5.3 Angažovanost rodiny v logopedické práci

V této oblasti zkoumání jsme zjistili, že osoby s neurogení poruchou komunikace ke klinickému logopedovi doprovází osoby žijící v jedné domácnosti. V tomto případě jejich manželky. V jednom ze tří případů se logopedických intervencí na pracovišti klinického logopeda účastní i syn. Z rozhovorů je patrné že ostatní členové rodiny vědí, že jejich člen

dochází na logopedii a schvalují to, nicméně do logopedické práce nijak nezasahují. Jeden z respondentů na otázku, zda se do logopedické práce zapojuje i jiný člen rodiny, uvedl: „*Ne, vůbec. Já bych nic asi neřekl.*“

#### **6.5.4 Způsob a čas nácviku**

Zjistili jsme, že všichni respondenti pracují doma stejným způsobem a se stejným materiálem jako během intervence s klinickým logopedem. Dále jsme zjistili, že ve všech případech respondenti pracují společně se svými manželkami. Ve dvou případech se logopedické práci věnují každý den. Ve třetím případě se logopedické práci věnují každý druhý den. Čas trvání logopedické práce je ve dvou případech okolo půl hodiny, ve třetím případě se jedná o práci na hodinu až hodinu a půl. Musíme však podotknout, že délka práce se odvíjí od rychlosti práce respondentů. K logopedické práci je třeba naše respondenty motivovat. V jednom případě zmiňují odměnu za splněnou práci. Z rozhovoru jsme vyzorovali, že manželky se snaží být ke svým protějškům při práci trpělivé, ačkoliv je to pro ně někdy obzvláště těžké, a to zvláště v případech, kdy musí do logopedické práce své manžely nutit.

#### **6.5.5 Komunikace v rodině**

V této oblasti zkoumání jsme zjistili, že manželky respondentů pociťují narušení porozumění mezi nimi a jejich partnery z důvodu získané narušené komunikační schopnosti. Všechny respondenty tvrdí a manželé to potvrzují, že jejich způsob komunikace s partnery se nezměnil. Jedna z respondentek tvrdí: „*Když něčemu nerozumí, tak se mu to potom snažím vysvětlit. Ale nemluví na něj jinak než na ostatní.*“ Pozorováním během rozhovorů jsme zjistili, že manželky osob s narušenou komunikační schopností s partnery komunikují zcela běžným způsobem a bez zbytečných ohledů. Také jsme během rozhovoru zaznamenali, že respondenty doplňovaly, nebo zopakovaly manželovu výpověď v případě, že se domnívaly, že mu nebylo rozumět.

Dva ze tří respondentů popisují, že dorozumívání s ostatními členy rodiny je obtížné. Jeden z respondentů to popisuje slovy: „*No prostě není to už ono, jednoduché. No prostě to no. My když jsme sami spolu, tak si rozumíme jako všechno. A co se týče těch dětí našich (pozn. vnoučata, pravnoučata), tak oni to nepochopí, proč jako jsme takový.*“ Respondent s dysartrií spolu se svou manželkou tvrdí, že jeho rodina na něj mluví pomalu a několikrát mu sdělení

zopakuje. V tomto případě se domníváme, že členové rodiny rozsah narušené komunikační schopnosti a diagnózu respondenta nepochopili.

### **6.5.6 Pocity osoby se ZNPŘK při komunikaci**

Všichni tři respondenti si uvědomují, že jejich vyjadřování je z důvodu neurologického onemocnění narušeno. Dva respondenti, dle výpovědi manželek, byli v minulosti velmi komunikativní. Jedna respondentka uvádí, že její manžel i dříve byl méně komunikativní. Dva ze tří respondentů tvrdí, že se komunikace nebojí. Třetí respondent sděluje, že je při rozhovoru stáhnutý. Své tvrzení zdůvodňuje slovy: „*Oni mi nerozumí nic. Já chci mluvit, ale oni mluví.*“ Další respondent během rozhovoru říká: „*Když někdo mluví na mě, tak vidím, že už nejsem takovej dravej, jako jsem byl předtím jako.*“

### **6.5.7 Dopad NKS na rodinné fungování**

Při zkoumání této oblasti jsme vyzorovali, že narušená komunikační schopnost respondentů se promítá minimálně ve vztahu manželů k sobě navzájem. V průběhu rozhovoru se dvě ze tří respondentek zmiňují o tom, že z důvodu narušené komunikační schopnosti si s partnery už tolik nerozumí. Jedná se o respondentky, jejichž manželé byli diagnostikováni, jako osoby s afázií. Z výpovědí se domníváme, že narušení rodinného fungování je posuzováno vzhledem k rolím, které respondenti před vznikem onemocnění zastávali. Dva ze tří respondentů před onemocněním nezastávali mnoho domácích povinností, proto ani jejich partnerky nehodnotí rodinné fungování, jako změněné. Rodinné fungování respondentů, kde klient s narušenou komunikační schopností před onemocněním zastával mnoho povinností, je posuzováno, jako velmi změněné.

## **6.6 Diskuse**

Kvalitativní šetření jsme realizovali se třemi osobami s neurogení poruchou komunikace a jejich rodinnými příslušníky. Protože jsme pracovali s poměrně malou skupinou osob žijících v jedné oblasti a v péči jediného klinického logopeda, nelze výsledky šetření zobecnit. Můžeme je však chápat jako prvotní sondu do dané problematiky, která nám poukazuje na zvláštnosti logopedické práce v rodinném prostředí osoby s neurogení poruchou komunikace.

Během psaní diplomové práce jsme si kladli hlavně tuto výzkumnou otázku:

- *Jakým způsobem probíhá logopedická práce u klientů s neurogenními poruchami komunikace v prostředí pro ně nejpřirozenějším, kterým je rodina?*

V souvislosti s hlavní výzkumnou otázkou, jsme si vytyčili další:

- *Jak přistupují osoby s neurogenními poruchami komunikace a jejich rodiny k logopedické práci?*
- *Jaký je přístup osob s neurogenní poruchou komunikace a rodinných příslušníků k sobě navzájem?*
- *Ovlivnily vzniklé řečové obtíže nějakým způsobem rodinné fungování?*

Abychom dokázali odpovědět na hlavní výzkumnou otázku, je nutno zodpovědět otázky dílčí. Při sledování první výzkumné otázky (*Jak přistupují osoby s neurogenními poruchami komunikace a jejich rodiny k logopedické práci*) jsme se zaměřili na monitorování těchto aspektů: vnímání potřeby logopedické práce, angažovanost rodiny v logopedické práci a způsob a čas nácviku. Výzkumným šetřením jsme zjistili, že rodinní příslušníci osob s neurogenními poruchami komunikace vnímají logopedickou péči, jako nezbytný předpoklad ke zlepšení komunikace členů jejich rodiny. Dále jsme zjistili, že do logopedické práce se zapojují pouze ti členové rodiny, kteří své rodinné příslušníky na logopedii doprovázejí. Z výzkumného šetření se domníváme, že rodinní příslušníci našich klientů k logopedické práci přistupují zodpovědně, dbají přitom pokynů klinického logopeda. Uvědomují si, že logopedická práce s osobami s neurogenními poruchami komunikace vyžaduje trpělivost, motivaci a také přiměřenou časovou náročnost.

Při sledování druhé výzkumné otázky (*Jaký je přístup osob s neurogenní poruchou komunikace a rodinných příslušníků k sobě navzájem?*) jsme zjišťovali komunikaci mezi partnery, komunikaci v rodině a pocity, které při ní osoby s neurogenními poruchami vnímají. Z výsledků šetření usuzujeme, že pro klienty, se kterými byl výzkum realizován, je dorozumívání s ostatními členy rodiny, mimo jejich partnery, obtížné. A to především z obav, že jim rodina neporozumí, nepochopí důvody jejich řečových obtíží a z důvodu nedostatečné pohotovosti při komunikaci s nimi. Dále jsme v průběhu šetření zjistili, že partnerky osob s neurogenními poruchami komunikace, přestože si uvědomují limity svých protějšků, k nim přistupují a komunikují bez zbytečných ohledů. Také jsme vyzorovali, že klienti v případě řečových obtíží spoléhají na komunikační výpomoc svých manželek.

Třetí výzkumnou otázku (*Ovlivnily vzniklé řečové obtíže nějakým způsobem rodinné fungování*) jsme sledovali především vztah osob žijících v jedné domácnosti k sobě navzájem, role a domácí povinnosti, které osoby s neurogenní poruchou zastávají a zastávali. Z výsledků

šetření se domníváme, že narušená komunikační schopnost se promítla do vztahu mezi osobou s narušenou komunikační schopností a jejím partnerem. U partnerů, z nichž jeden je osobou s afázií, z důvodu nedostatečného porozumění. Při zkoumání této výzkumné otázky jsme dále zjistili, že narušení rodinného fungování je jejich partnerkami posuzováno vzhledem k postavení v rodině a povinnostem, které osoby před získanou narušenou komunikační schopností zastávali. Oproti tomu z rozhovorů s klienty se usuzujeme, že osoby s neurogenními poruchami komunikace si neuvědomují, že by jejich domácnost fungovala jinak, než tomu bylo před onemocněním.

Po zodpovězení dílčích otázek, můžeme zodpovědět otázku hlavní (*Jakým způsobem probíhá logopedická práce u klientů s neurogenními poruchami komunikace v prostředí pro ně nejpřirozenějším, kterým je rodina?*). Výzkumným šetřením jsme zjistili, že v logopedické práci se angažují především partneři osob s neurogenními poruchami komunikace. Bez podpory, motivace a trpělivosti partnerů by pravděpodobně četnost logopedické práce selhávala. Rodinní příslušníci, kteří se v logopedické práci angažují, získávají důvěru svých členů s neurogenní poruchou komunikace, kteří se na ně v případě komunikačních obtíží obracují s žádostí o pomoc.

## **6.7 Doporučení pro praxi**

Rodiny, které s námi spolupracovaly na výzkumu, nám pomohly vytvořit si představu o možném průběhu logopedické práce s osobami s neurogenními poruchami komunikace v rodinném prostředí a také o přístupu všech zúčastněných k logopedické práci a přístupu rodinných příslušníků k sobě navzájem.

Z výsledků šetření se domníváme, že pro zkvalitnění logopedické práce osob s neurogenními poruchami komunikace v prostředí rodiny je důležité rodinné příslušníky seznámit s narušenou komunikační schopností jejich člena a obeznámit je s metodami a způsobem logopedické práce. Neméně důležité je při logopedické intervenci zapojení empatie, trpělivosti, respektu a znalosti specifik komunikace osob s neurogenními poruchami komunikace.

## ZÁVĚR

Rodina je nenahraditelnou institucí, která nám mnohdy poskytuje pocit bezpečí, sounáležitosti a vzájemnosti. Náhle vzniklá řečová porucha ovlivňuje celou rodinu a je na ní, jak se s danou situací vypořádá. Logopedická práce u osob se získanou řečovou poruchou je časově velmi náročná. To, zda a jak rychle se řečové obtíže osob s neurogenními poruchami komunikace upraví, závisí na čase a četnosti logopedických cvičení. Z důvodu časové náročnosti logopedické intervence je snahou logopedů zapojit do logopedické práce také rodinu osob se získanou neurogenní řečovou poruchou. Problematice realizace logopedické péče v prostředí rodiny se v našich podmínkách komplexně nevěnuje nikdo, na tuto skutečnost a na možný průběh logopedické práce se proto snažíme touto prací poukázat.

Diplomová práce pojednává o průběhu logopedické práce osob s neurogenními poruchami komunikace v prostředí rodiny. Teoretická část práce se snaží první kapitolou objasnit termín získaná neurogenní porucha komunikace. Krátce vymezuje, jaké řečové poruchy se pod tímto pojmem skrývají. Objasňuje nám etiologii, symptomatologii, specifika diagnostiky a zejména problematiku diferenciální diagnostiky. Druhá a třetí kapitola se věnuje vybraným typům narušené komunikační schopnosti – dysartrii a afázii, kterými se zabýváme také v praktické části. Odkrývá nám možnosti klasifikace, diagnostiky a specifika terapie těchto poruch. Čtvrtá kapitola je věnována rodině, zvláště pak dopadu poranění mozku na členy rodiny. Přitom hovoří o důležitosti spolupráce rodiny s klinickým logopedem a zapojení rodiny do logopedické práce. Praktická část zkoumá průběh logopedické práce v prostředí rodiny, přístup osob s neurogenními poruchami komunikace a rodinných příslušníků k logopedické práci, přístup těchto osob k sobě navzájem a v neposlední řadě zkoumá, zda vzniklé řečové obtíže nějakým způsobem ovlivnily rodinné fungování těchto osob. Výzkumné šetření proběhlo se souhlasem Karvinské hornické nemocnice a.s. ve spolupráci klinického logopeda Mgr. Ruth Mitrengové na jeho pracovišti. Během výzkumu jsme pracovali se třemi klienty s neurogenními poruchami řečové komunikace a jejich manželkami. Přitom dva ze tří klientů jsou osobami s afázií a třetí klient je osobou se získanou dysartrií. U dvou ze tří klientů jsme pro ověření diagnózy provedli vyšetření pomocí Vyšetření fatických funkcí. U třetího klienta jsme pro ověření diagnózy použili test 3F – dysartrický profil. Uvědomujeme si, že z důvodu použití malého výzkumného vzorku a lokálního šetření, nemůžeme výsledky šetření zobecňovat. Umožňují nám však vytvořit si určitou představu o možném způsobu logopedické práce s osobami s neurogenní poruchou

komunikace v prostředí rodiny. Pozorováním a prostřednictvím polostrukturovaného rozhovoru, který jsme vedli s klientem a jeho manželkou, jsme zjišťovali průběh logopedické práce vně rodiny, angažovanost rodiny v logopedické péči, způsob a časovou náročnost logopedické práce, informovanost o narušené komunikační schopnosti člena rodiny, vzájemnou komunikaci mezi členy rodiny a pocity klientů při komunikaci a dopad řečové poruchy na rodinné fungování. Výzkumným šetřením jsme zjistili, že logopedická práce je vnímána jako nezbytný předpoklad ke zlepšení řečové komunikace těchto osob. Dále jsme zjistili, že v logopedické práci se angažuje většinou pouze jeden člen rodiny, v našem případě manželky klientů. K těmto členům se osoby se získanou neurogení poruchou komunikace v případě komunikačních obtíží obracejí s žádostí o komunikační výpomoc. Dále jsme zjistili, že logopedická práce vyžaduje notnou dávku trpělivosti a motivace klientů ze strany členů rodiny a časová náročnost práce je přibližně hodina každý nebo každý druhý den. Pozoruhodné bylo zjištění, že v případě jednoho klienta rodinní příslušníci naprosto nepochopili řečové obtíže svého blízkého a chybně se domnívali, že jim jejich blízký nerozumí, k tomu také přizpůsobili i komunikaci. Snahou diplomové práce je mimo jiné těmto skutečnostem zamezit, proto jsme vytvořili informační leták, jehož cílem je rodinné příslušníky osoby s neurogení poruchou komunikace informovat o základních projevech dysartrie a afázie, možnostech komunikace a přístupu ke svým členům. Dále informuje rodinu o důležitosti návazné ambulantní péči a odkazuje je na server, kde mohou rodinní příslušníci získat podrobnější informace a kontakty na klinické logopedy v jejich regionu.

# SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY A INTERNETOVÝCH ZDROJŮ

- BAUER J. 2002. Cévní onemocnění mozku. In NEVŠÍMALOVÁ; S, RŮŽIČKA, E; TICHÝ J a kol. *Neurologie*. Praha: Galén. ISBN 80- 7262-160-2
- CSÉFALVAY, Z; KOŠTÁLOVÁ, M; KLIMEŠOVÁ, M. *Diagnostika a terapie afázie, alexie, agrafie: (manuál)*. Praha: AKL ČR, 2003. ISBN 8090331203.
- CSÉFALVAY, Z a kol. 2007. *Terapie afázie: teorie a případové studie*. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-316-1
- CSÉFALVAY, Z. Afazia. 2009. In KEREKRÉTIOVÁ, A. a kol. *Základy logopedie*. Bratislava: Univerzita Komenského v Bratislavě. ISBN 978-80-223-2574-5
- CSÉFALVAY, Z. MARKOVÁ, J. 2009 Dyzartria. In KEREKRÉTIOVÁ, A. a kol. *Základy logopedie*. Bratislava: Univerzita Komenského v Bratislavě. ISBN 978-80-223-2574-5
- CSÉFALVAY, Z. 2013. Diagnostika afázie. In CSÉFALVAY, Z; LECHTA, V. a kol. *Diagnostika narušené komunikační schopnosti u dospělých*. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-0364-3
- ČECHÁČKOVÁ, M. Afázie. In ŠKODOVÁ, E; JEDLIČKA, I. a kol. *Klinická logopedie*. Praha: Portál. 2007. ISBN 978-80-7367-340-6
- DUFFY, J. R. 2012. *Motor speech disorders: substrates, differential diagnosis, and management*. St. Louis, Mo. : Elsevier Mosby. ISBN 978-0-323-07200-7
- DVOŘÁK, J. *Logopedický slovník*. Žďár nad Sázavou: Logopedické centrum, 2001. ISBN 80-902536-2-8
- FREED, D. 2000. *Motor Speech Disorders. Diagnosis and Treatment*. San Diego: Singular Publishing Group. ISBN 1-565-93951-4
- HARTL, P; HARTLOVÁ, H. 2009. *Psychologický slovník*. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-569-1
- HENDL, J. 2012. *Kvalitativní výzkum: základní teorie, metody a aplikace*. vyd 3. Praha: Portál, ISBN 978-80-262-0219-6
- HRNČIAROVÁ, A; CSÉFALVAY, Z. 1987. Afazia. In LECHTA.V. a kol. *Logopedické repertorium*. Bratislava: Slovenské pedagogické nakladatel'stvo. ISBN 80-08-00447-9
- JANOVCOVÁ, Z. 2004. *Alternativní a augmentativní komunikace*. Brno: Masarykova univerzita v Brně. ISBN 80-210-3204-9



- KEJKLÍČKOVÁ, I. 2011. *Logopedie v ošetrovateľskej praxi*. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-247-2835-3
- KIML, J. 1978. *Základy foniatrie: vady a poruchy funkcií sdělovacího procesu; léčebná péče, výchova, reedukace a rehabilitace sluchu, hlasu a řeči*. Praha: Avicenum. ISBN neuvedeno
- KOŠŤÁLOVÁ, M., BEDNAŘÍK, J., MECHL, M., VOHÁŇKA, S. 2006. *Multimediální výukový atlas poruch řeči a příbuzných kognitivních funkcí*. [DVD], Brno: Masarykova univerzita
- KRÁL, M. a kol. 2012. *Neurologie pro speciální pedagogy*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, ISBN 978-80-244-3244-1
- LECHTA, V. 2003. *Diagnostika narušené komunikační schopnosti*. Praha: Portál. ISBN 80-7178-801-5
- LECHTA, V. 2013. Specifika diagnostika narušené komunikační schopnosti u dospělých. In CSÉFALVAY, Z; LECHTA, V. Diagnostika narušené komunikační schopnosti u dospělých. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-0364-3
- LESNÝ, I. 1989. Neurologie. In LESNÝ, I; ŠPITZ, J. *Neurologie a psychiatrie pro speciální pedagogy*. Praha: Státní pedagogické nakladatelství. ISBN 80-04-22922-0
- LOVE, R. J; WEBB, W. G. 2009. *Mozek a řeč: neurologie nejen pro logopedy*. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-464-9
- LURIJA, A. R. 1982. *Základy neuropsychologie*. Bratislava: Slovenské pedagogické nakladateľstvo. ISBN neuvedeno
- MAŘÍKOVÁ, H; PETRUSEK, M; VODÁKOVÁ, A. a kol. 1996. *Velký sociologický slovník*. Praha: Karolinum. ISBN 80-7184-311-3
- MINUCHIN, S. 2013. *Rodina a rodinná terapie*. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-0371-1
- MURRAY, L; COPPENS, P. 2013 Formal and informal assesment of aphasia. In PAPATHANASIOU, I; COPPENS, P; POTAGES, C. *Aphasia and Related Neurogenic Communication Disorders*. Burlington, MA: Jones and Bartlett Publishers, Inc. ISBN 978-0763771003
- NEUBAUER, K. 1998. Poruchy řečové komunikace – diagnostika a terapie. In PREISS M. a kol. *Klinická neuropsychologie*. Praha: Grada Publishing. ISBN 80-7169-443-6
- NEUBAUER, K. 2007. *Neurogení poruchy komunikace u dospělých: diagnostika a terapie*. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-159-4

- NEUBAUER, K. 1996. *Poruchy řečové komunikace u dospělých osob*. Praha: Asociace klinických logopedů ČR. ISBN neuvedeno
- OBEREIGNERŮ, R. 2013. *Afázie a přidružené poruchy symbolických funkcí*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci. ISBN 978-80-244-3737-8
- PEUTELSCHMIEDOVÁ, A. Afázie. 2005. In VITÁSKOVÁ, K; PEUTELSCHMIEDOVÁ, A. *Logopedie*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci. ISBN 80-244-1088-5
- POWELL, T. 2010. *Poškození mozku*. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-667-4
- ROUBÍČKOVÁ, J. 2011. *Test 3F: dysartrický profil*. Praha: Galén. ISBN 9788072627141
- SOBOTKOVÁ, I. 2007. *Psychologie rodiny*. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-250-8
- ŠLÁPAL, R. 2007. *Vývojová neurologie pro speciální pedagogy*. Brno: Paido. ISBN 978-80-7315-160
- ŠPLÍCHAL, J; ANGEROVÁ, Y. 1998. Dlouhodobá komprehenzivní rehabilitace pacientů po traumatickém nebo jiném poškození mozku. In PREISS, M. a kol. *Klinická neuropsychologie*. Praha: Grada Publishing. ISBN 80-7169-443-6
- ŠVARŤÍČEK, R; ŠEĐOVÁ, K. 2014. *Kvalitativní výzkum v pedagogických vědách*. vyd. 2. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-0644-6.
- VÁGNEROVÁ, M. 2014. *Současná psychopatologie pro pomáhající profese*. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-0695-5

#### Internetové zdroje

Zákon č. 96/2004 Sb. Zákon o podmínkách získávání a uznávání způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povolání a k výkonu činností souvisejících s poskytováním zdravotní péče a o změně některých souvisejících zákonů (zákon o nelékařských zdravotnických povoláních). [online]. [cit. 2015 03-04]. Dostupné z:

<http://portal.gov.cz/app/zakony/zakon.jsp?page=0&nr=96~2F2004&rpp=15#seznam>

Mezinárodní klasifikace nemocí: Mezinárodní statistická klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů. Desátá revize (MKN-10). [online]. Praha: Ústav zdravotnických informací a statistiky, 2008, 1. 4. 2014 [cit. 2015 03-04]. ISBN 978-80-904259-0-3. Dostupné z: <http://www.uzis.cz/cz/mkn/index.html>.

## SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK

<b>CMP</b>	cévní mozková příhoda
<b>CNS</b>	centrální nervová soustava
<b>JIP</b>	jednotka intenzivní péče
<b>NKS</b>	narušená komunikační schopnost
<b>ZNPŘK</b>	získaná neurogenní porucha řečové komunikace

## **SEZNAM TABULEK**

**Tab. č. 1** Klasifikace a základní vyšetřovací algoritmus afázie (Obereignerů, 2013, s. 111)

**Tab. č. 2** Funkce hlavových nervů podílející se na realizaci řeči (Cséfalvay, Marková, 2009)

**Tab. č. 3** Přehled nejdůležitějších charakteristik různých typů dysartrie (Cséfalvay, Marková, 2009)

**Tab. č. 4** Výzkumný soubor

**Tab. č. 5** Výsledky vyšetření klienta 1

**Tab. č. 6** Výsledky vyšetření klienta 2

**Tab. č. 7** Výsledky vyšetření klienta 3

**Tab. č. 8** Srovnání vybraných výpovědí respondentů

**Tab. č. 9** Rozhovor s klientem 1 a jeho manželkou

**Tab. č. 10** Rozhovor s klientem 2 a jeho manželkou

**Tab. č. 11** Rozhovor s klientem 3 a jeho manželkou

## SEZNAM OBRÁZKŮ

**Obr. č. 1** Grafické znázornění výsledků vyšetření klienta 3 testem 3F (Dysartrický profil)

## **SEZNAM PŘÍLOH**

**Příloha č. 1** Žádost o umožnění výzkumu v Karvinské hornické nemocnici a.s.

**Příloha č. 2** Rozhovor s klientem 1 a jeho manželkou

**Příloha č. 3** Rozhovor s klientem 2 a jeho manželkou

**Příloha č. 4** Rozhovor s klientem 3 a jeho manželkou

**Příloha č. 5** Informační letá pro rodiny

## Příloha č. 1 Žádost o umožnění výzkumu v Karvinské hornické nemocnici a.s.

Bělicová Taťána  
Zakladatelská 975/22  
Karviná - Nové Město  
735 06

Věc: **Žádost o umožnění výzkumu v souvislosti se závěrečnou diplomovou prací**

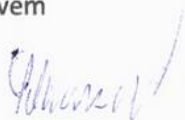
Vážená paní,

jsm studentkou navazujícího magisterského oboru Speciální pedagogika – andragogika na Univerzitě Palackého v Olomouci.

Píši Vám s prosbou o umožnění výzkumu v rámci mé diplomové práce s názvem: *Průběh logopedické práce u klientů s neurogenními poruchami komunikace v prostředí rodiny*, který bych realizovala pod odborným dohledem paní magistry Růth Mitrengové. Výsledky budou zpracovány anonymně a použity pouze pro účel diplomové práce.

Tímto Vás prosím o svolení.

S pozdravem



Bc. Michaela Schwarzová



**BĚLICOVÁ Taťána**  
Náměstkyně  
pro ošeffovačskou péči

Lázeňská 306/88

Karviná – Lázně Darkov

735 03

Tel: +420 737 762 945

e-mail: m.schwarzova@email.cz

## **Příloha č. 2 Rozhovor s klientem 1 a jeho manželkou**

Datum: 23. 6. 2014

### **Kolik členů má Vaše domácnost?**

**Respondentka:** „*My jsme jako sami dva doma teďka. A když jsem jako v práci, tak přicházejí synové, kteří se střídají. My to jako máme na směny. Děláme všichni na třísměnný provoz. My se sejdeme, že máme všichni ranní směnu, takže on tam to dopoledne je sám a čeká, až odpoledne přijde ten nejstarší syn.*“

### **Kdy vznikly komunikační obtíže v řeči?**

**Respondent:** „*Co?*“

**Respondentka:** „*19. 8. 2014.*“

**Respondent:** „*14?*“

**Respondentka:** „*Teda 2013.*“

**Respondenti:** (smích)

### **Kdy byla zahájena logopedická péče a kdo Vás na ni upozornil?**

**Respondentka:** „*Myslím, že to bylo hnedka na oddělení, si pamatuji, jak tam paní logopedka přišla a učila ho tarzana. On ani neuměl pusu otevřít. Ani „Á“ neuměl říct, že?*“ (směrem ke klinickému logopedovi)

### **Jak jste vnímali potřebu logopedické práce před jejím zahájením?**

**Respondent:** „*Co?*“

**Respondentka:** „*Co? Ty nevíš nic.* (směrem k manželovi s úsměvem). *On si to ani nepamatuje, že tam ležel, že byl v lázních, že nosil plenky. On to vůbec neví, takové věci. My jsme fakt za ním chodili každý den a učili jsme se tam s ním, co nám logopedka řekla. Taký něco navíc, i slabikář jsem tam donesla. Takže očekávání od toho určitě bylo.*“

### **Povězte mi něco o tom, jakým způsobem probíhá logopedická práce u Vás doma?**

**Respondent:** „*Tady to je.*“ (ukazuje v sešitě). „*Toto.*“ (vytahuje kartičky a ukazuje na ně).

### **A co s těmi kartičkami děláte?**

**Respondent:** „*Tady toto. JéžišMária. Toto.*“

### **Učíte se poznávat, také nějaké tvary?**

**Respondent:** „*Toto a tady toto.*“



**Respondentka:** „A prostě od začátku, co viděl tenhle obrázek, tak je to anděl a ten druhý obrázek je namísto Ameriky USA.“ (vysvětluje, že se jedná o kartičky s obrázky k písmenu A)

**Respondent:** „Abeceda.“

**Takže podle těchto kartiček cvičíte doma?**

**Respondentka:** „Ano.“

**Respondent:** „No.“

**Kolik času věnujete nácviku (společně/ samostatně)?**

**Respondentka:** „On vždycky musí čekat...“

**Respondent:** „Alergie.“ (ukazuje na obrázky).

**Respondentka:** „Počkej, tatko. On vždycky musí čekat, až za ním někdo přijde. Samotného ho to nenapadne. Já mu třeba předepíšu do sešitu něco a nachystám mu to a on vidí, že je sám doma a musí to napsat. Ale samotného ho to nenapadne. Takže on musí čekat, až někdo přijde a bude to s ním opakovat (sklíčeně).“

„Cvičíme každý den, jedenkrát denně. Když na něm vidím, že už nemůže, má ty vrásky a hlavně se mu to plete, mluví páté přes deváté, tak vím, že už je to dlouho a skončíme. Anebo si dáme 10 minut pauzu a pokračujeme. Jak těch úkolů přibývá, tak to trvá déle. Dřív to bylo 10 minut, teď je to 15 až 20 minut.“

**Kdo všechno se do logopedické práce u Vás doma zapojuje?**

**Respondentka:** „Já a synové. Na logopedii do nemocnice manžela doprovází jen ten starší. Ten mladší churaví, takže on ne.“

**Jak se k sobě navzájem chováte při nácviku?**

**Respondentka:** „Musím ho nutit a motivovat. On by raději cvičil na kole. To on rád cvičí až 3x denně.“

**Máte pocit, že je s Vámi zacházeno stejným způsobem, nebo jinak. Cítíte, že se k Vám členové rodiny chovají stejně, nebo se k vám chovají jinak např. jako k dítěti?**

**Respondent:** „No. Normalně. no.“

**Ovlivnily vzniklé obtíže v řeči nějak Vaše rodinné fungování? Změnil se Váš denní režim, povinnosti a zájmy?**

**Respondent:** „Už se tak nedomluvíme. Takže je to velký zásah. Protože on nedopoví větu. On řekne: „já jsem viděl,“ ale už to nedopoví a já to musím

*hádat. A jak to uhodnu, to on je moc šťastný, že jsem na to přišla. Ted' už si docela rozumíme, ale když jsme venku, tak ten druhý mu vůbec nerozumí. To on se snaží a ukazuje na ruce, ale to nevíte, jestli to jsou dny, hodiny, měsíce. Dříve byl on tím chlapem v domácnosti, kdo se o všechno staral, nakupoval. A teďka je to všechno na mě. Ted' maximálně udělá vodu se šťávou, že?“(smích).*

### **Jak probíhá váš běžný den?**

**Respondentka:** *„Když já mám odpolední, tak vstáváme spolu o půl 8. Nasnídáme se společně. Já mu připravím pastu a tak dál. Pak cvičí na kole. Pak si odpočine. Potom cvičí, tady tyto věci (ukazuje na logopedické kartičky). Já uvařím a společně se najíme. Já potom jdu do práce a on pak čeká do tří hodin, až přijde ten starší syn. Ale co oni tam dělají, že? No taky chodí spolu na plavání teda, že?“*

### **Díváte se na televizi? (směrem k respondentovi)**

**Respondent:** *„No, furt.“*

**Respondentka:** *„On hodně sleduje ty soutěže v televizi, jako jsou Kolotoč, Riskuj, A-Z Kvíz. Kdysi to nenáviděl a teďka se na to dívá. Sport kdysi milovat a teďka se na to vůbec nedívá. Přitom na sport sázel a hodně a teď už nic.“*

### **Jakým způsobem spolu navzájem komunikujete?**

**Respondentka:** *„Já na něj mluvím normálně a on se mě třeba několikrát zeptá, co po něm chci, protože nerozumí, že? Snažíme se. On toho totiž moc nenamluví. Ráno vstane a já se ho ptám, kam jde a on mi řekne: „na záchod“ nebo mi řekne: „dones mi to.“, a pak přemýšlí, co a já se ho ptám, jestli chce kávu, on na to: „ne, Já se ptám:“ mléko?““, on na to: „ne“, čaj a nakonec z toho vyleze, že chce vodu se šťávou. (oba manželé se zasmějí). On umí říct jen takové základní věci: mám hlad, chci na za záchod atd. On neřekne žádnou dlouhou větu. I děti, jak přijdou tak je to stejné. Když přijde ten starší syn Jenda, ten co chodí na tady na logopedii, tak on úplně ožije. Já nevím proč. Přitom, když přijde ten mladší syn, který s o něj taky stará, tak on si jde lehnout a čeká, až odejde, potom vstane, že? Nevím proč to je, že?“ (směrem k manželovi).*

### **Navštěvujete se i s širší rodinou? Jakým způsobem probíhá komunikace během návštěv?**

**Respondentka:** *„K nám nikdy moc návštěvy nechodily. Jako mamka přijde. Ted'ka za ním chodí jednou za čtrnáct dní kamarád z práce, co spolu na šachtě dělali, že Péťa Dxxx.“ (směrem k manželovi).*

**Respondent:** „*Tak pět lidí tam bylo. Šest.*“ (ukazuje na prstech).

**Respondentka:** „*Jako kdy?*“

**Respondent:** „*Tak Vánoce no.*“

**Respondentka:** „*Ty myslíš Láďu?*“

**Respondent:** „*No.*“

**Respondentka:** „*No jo, ale to bylo ještě v prosinci. To přišel švagr, švagrová, synovec a já nevím další synovec. Ale oni tam byli ani ne čtvrt hodiny. Oni jsou z Orlové a on ukázal: „ty, ty a ty ven,“ a oni šli a od té doby nepřišli že (smích)?“  
*Ještě sestra z Bystřice pod Hostýnem za ním jezdí hodně. Ta jezdí co čtrnáct dnů. A teď přijeli pozdě večer příbuzní, vzali mě z odpolední. On vstal, pozdravil se s nimi a šel si lehnout. Nevím, nepovídá si tak s nimi. Ale těší se na ně, když mají přijet, že?**

**Respondent:** „*No.*“

**Nevadí vám mluvit s ostatními lidmi? (směrem k respondentovi)**

**Respondent:** „*Nevím, co to je?*“ (dívá se na manželku).

**Když se třeba potkáte se sousedem, mluvíte s ním?**

**Respondent:** „*No to. Řekni ji to (směrem k manželce). Roman. Nechodím s ním.*“

**Respondentka:** „*Nemluvíš s ním no.*“

(chvilka ticha)

**Když na procházce venku někoho potkáte, mluvíte spíše vy paní DXXX (směrem k respondentce), nebo se do rozhovoru zapojí i manžel?“**

**Respondentka:** „*Taky se zapojuje. Teď jsme potkali kolegu z práce a on mluví, ale on se taky neumí moc vyjádřit. Vždycky se na mě otočí a řekne: „mluv“.  
*Vždycky řekne nějaké slovo a já to za něj musím doříct všechno no. Ale že by se bál mezi lidmi nebo se styděl, tak to ne. A když někoho potkáme, koho ještě neviděl, tak vysvětluje a ukazuje na ruku: „toto,“ aby věděli, že se mu něco stalo.*“*

**Jaký komunikátor byl Váš manžel dříve? Pane DXXX, byl jste kdysi hovornější, mluvil jste hodně, nebo ne?**

**Respondent:** „*No jasně. No furt v robotě.*“ (s úsměvem).

**Respondentka:** „*My jsme chodili co čtrnáct dní s partou do hospody a to se mu pusa nezavřela. To já jsem spíše taková, že moc nemluví. On by tak moc teď chtěl něco říct, ale nemůže. Nejde mu to.*“

### **Příloha č. 3 Rozhovor s klientem 2 a jeho manželkou**

Datum: 17. 6. 2014

#### **Kolik členů má Vaše domácnost?**

**Respondent:** „*Ne u nás jsou dva. Páč oni jsou, oni oni jsou, jako jsou dvě (pauza cca 4 sekundy), byly dvě děti. Oni teď bydlí někde jinde. Jedna jako bydlí v Ostravě. A oni jezdí... jezdívají k nám vždycky, za týden vždycky. Z práce. Protože dělají celý týden v práci a potom přijedou někdy k nám na sobotu, neděli.*“

#### **Kdy vznikly Vaše komunikační obtíže v řeči?**

**Respondent:** (nemluví, dívá se bezradně na manželku)

**Respondentka:** „*Vznikly 10. Srpna. Bylo to myslím, že v roce 2012.*“

#### **Kdy byla zahájena logopedická péče a kdo Vás na ni upozornil?**

**Respondentka:** „*Hned na začátku.*“

**Klinický logoped:** „*Pan Sxxx. ležel tady u nás v nemocnici, tak jsme spolu začali hned cvičit a poté co ho propustili z nemocnice, jsem si ho vzala hnedka do ambulance.*“

**Respondent:** „*Ano, tak jsme začínali vlastně.*“

#### **Jak jste vnímali potřebu logopedické práce před jejím zahájením? Přistupovali jste k ní s důvěrou, nebo jste měli obavy? (směrem k manželům)**

**Respondentka:** „*Tak já vám to řeknu takhle. Pravnuk chodil na logopedii a měli jsme s tím dobré zkušenosti, takže jsme se nebáli. Jenom jsem si myslela, že mu to půjde trošku líp, ale bohužel.*“

**Respondent:** „*No měli jsme dvakrát... jsem byl nemocnej dvakrát po sobě.*“  
Dost těžko jsem se jako začal jako rozkupovat jako a nevěděl jsem jak číst jako, mluvit taky. Ale ze začátku se mi to jako celkem dobře dělalo jako. Jenom bohužel jsem podruhé se stalo, a tak jsem se těžko. Já nemůžu mluvit.“ (se slzami v očích).

#### **Povězte mi něco o tom, jakým způsobem probíhá logopedická práce u Vás doma?**

**Respondentka:** „*Já Vám to řeknu jednoduše, tak jako tady v ordinaci.*“

**Respondent:** „*Ano tak jako tady.*“

**Respondentka:** „Já mu ukážu obrázky. Třikrát po sobě mu ty obrázky ukážu a potom píšeme. Vždycky nepíšeme, ale když už se mi zdá, že mu to vůbec nejde, tak musí psát (se smíchem). Tak asi tak.“

#### **Kolik času věnujete nácviku (společně/ samostatně)?**

**Respondentka:** „No tak snažíme se cvičit denně, ale když třeba má jinde lékaře a musí tam jít ráno, tak odpoledne se s ním už těžko pracuje. Takže občas vynecháme jeden den.“

**Respondent:** „No sem tam se to stane no.“

#### **Jak dlouho Vám to cvičení trvá?**

**Respondentka:** „Záleží na tom, jak mu to jde. Někdy to má raz dva, jo? A někdy mu to trvá aji hodinu a půl. Lepší je cvičit ráno, protože odpoledne už je to složitější. Pak už je větší únava a jde to těžko.“

#### **Ted' jste mi řekli, že cvičíte společně, ale cvičíte někdy sám? (směrem k panu Sojkovi)**

**Respondentka:** (rozhořčeně) „Kdysi procvičoval sám, ale ted'kom je línej. Má prý jiný starosti, jak předělat obývací, jak přestěhovat ložnici.“

**Respondent:** „No ted' jsme stěhovali nábytek jako z ložnice. No jako já uvažuju nad tím, co vylepšit jako. Ten nábytek jsme měli předělaná jako celý, protože jsme kupovali celý nový jako. A tak jsme to jako udělali všecko, jenomže synek se mnou mi pomáhal, protože já bych to sám jako neudělal A tak se to jako udělá za jeden dva dny a už nic pak neděláme jako zase. To jako dělat furt, to nejde.“

**Respondentka:** (současně na klinického logopeda). „Jako já mám o něj strach. Já bych ho někdy tak nejradši praštila.“ (se smíchem).

#### **Když přijedou děti, rodina, zapojuje se do logopedických cvičení ještě někdo jiný?**

**Respondentka:** „Nene. Na to musí být totiž klid. Ale ukáže, co dělá, vnučce, pravnučce. To on se chlubí zase rád.“

**Respondent:** „Ta byla jako šťastná zase, když ukážu, jako co s čím se učím.“(s úsměvem).

**Respondentka:** „Protože dcera pracuje s dětma, které jsou prostě poškozený, ona dělá v tom zařízení, co jsou tam ty děti přes týden.“

#### **Jak se k sobě navzájem chováte při nácviku?**

**Respondentka:** „No já se snažím být trpělivá, ale když mu ti nejde. Totiž mu to někdy opravdu nejde, teď hlavně, jak byly ta tepla, tak jsem ho do práce ani moc nenutila. Ona ho totiž hned pálí žáha. Běžně nevypěním jen když je to opravdu náročné. Snažíme se pracovat v poklidu.“

**Respondent:** „No jo.“

**Respondentka:** „On je na nervy, když má na papíře béčko a já ho upozorním, co to tam má, že dědo.“

**Respondent:** „Co?“

**Respondentka:** „Místo áčko, béčko, že.“

**Respondent:** „No se někdy tak trochu spletu, ale většinou jako dobře.“

**Respondentka:** „Si říkám, že on za to vlastně nemůže.“

### **Jaké máte informace o této narušené komunikační schopnosti?**

**Respondentka:** „Tak my víme, že měl mozkovou příhodu a že je to vlastně tím.“

**Respondent:** „Tak já jsem měl vlastně nemocnou hlavu jako. A teď mám obtíže a přemýšlel jsem o tom. Abych se naučil s tím jako žít. Teď už mi to prostě nejde jako, jak to bylo před tím. Třeba když se dívám na televizi, tak někdy nechápu, co v té televizi jako je ze začátku není to jako tak, jak by to jako mělo být. Snažím se myslet nad tím, co tam všechno jako píšu do sešitu, abych zjistil, třeba je jich v tom sešitě 20 slov, co tam je. Abych přišel rozumně nad tím, co to je všechno za čísla. A píšu si je do toho sešitu.“

**Respondentka:** „To nejsou čísla, ale písmena.“ (směrem k manželovi).

**Respondent:** „Písmena teda. Píšu si je do toho sešitu, abych věděl, že každé to slovo, teda jméno, co tam je, abych věděl, o co jde. Čím více toho napíšu, tím více jako vím, že se naučím čím víc tam slova napsat.“

### **Ovlivnily vzniklé obtíže v řeči nějak Vaše rodinné fungování? Změnil se Váš denní režim, povinnosti a zájmy?**

**Respondentka:** „Je to změna chování manžela.“

**Respondent:** „No tak já myslím, že to ne.“

**Respondentka:** „No ano ovlivnilo.“ (skočí do řeči).

**Respondent:** ( udiveně) „Co?“

**Respondentka:** „No, že nás to ovlivnilo.“

**Respondent:** „No to jako jo. To když jsem já měl po té nemoci.“

### **A v čem Vás tyto obtíže ovlivnily?**

**Respondentka:** „Líp jsme si rozuměli dřív. Ted' už to není takové.“

**A ovlivnily vzniklé obtíže také vaše denní povinnosti.**

**Respondentka:** „To se nezměnilo. My jsme už předtím měli rozdělené, co kdo bude dělat a to se nezměnilo, ale zas to není takové. On se prostě zaměří na určitou věc třeba ložnici, obývací a už je konec., dokud se to nevyřeší.“

**Respondent:** „Ještě mám hodně práce, musím přemýšlet, protože když jdu do obchodu koupit něco tak.“

**Respondentka:** „A to mu právě dělá zle, když má jít do obchodu. On byl zvyklý, když si chtěl něco koupit, tak chodil na procházky, a jak se vrátil, vždycky si něco přinesl koupené. Ted'kom se bojí sám něco kupovat. A já s ním pokaždé nemůžu chodit.“

**Respondent:** „Na kole jsem taky jezdil často. Ted' už něco jako.“

**Respondentka:** „To on se už taky bojí. Chodí si ho prohlížet, čistí ho a tak.“

**Respondent:** „Na procházky chodívám též sám, ale někdy se stane, že jdeme spolu. Ale ona též nemůže chodit. Ona má problémy s těmi kolenama jako. Takže už moc nechodíme jako.“

**Jak jste se zmiňoval o tom, že se bojíte sám nakupovat, tak proč se sám chodit nakupovat bojíte?**

**Respondent:** „No z toho důvodu, že ty peníze, se kterými bych se rád jako naučil. Protože kdybych si něco koupit, ta já bych ty peníze tam, jako neumím počítat.“

**Respondentka:** „Ale on umí počítat, ale on má strach že ho ošidí, protože on neumí rychle.“

**Respondent:** „Umím, ale ne tak dokonale jako.“ Neumím platit s drobněma. Nedám jako ty peníze dohromady jako. Takže já to dělám takovým způsobem, že když mám platit s drobněma, tak nevím jak s nimi platit, tak bych tam musel dát těch peněz víc. A ta paní říká, že dávám jako těch peněz málo jako. A já si je právě neumím spočítat.“

**Máte strach komunikovat s ostatními lidmi, nebo ne?**

**Respondentka:** „To on se baví s každým.“

**Respondent:** „Né, to nee.to ne.“

**Jaká byla Vaše komunikace před nehodou?**

**Respondentka:** „Ježišmarja. To on mluvil se všemi ve vchodě.“

**Respondent:** „*No to ale nebylo jistý se všema v tom vchodě. Takže já chodím do obchodu jen s ní.*“

**Pane SXXX pozorujete rozdíl v komunikaci, když se mluví na Vás, a když se mluví na ostatní?**

**Respondentka:** „*Vůbec ne. Když něčemu nerozumí, tak se mu to potom snažím vysvětlit. Ale nemluvím na něj jinak než na ostatní.*“

**Respondent:** „*Těžko říct, protože já když něco chci říct, protože já když něco chci to, tak se mi to zdá, že už to není pro mě jako. Že když někdo mluví na mě, tak vidím, že už nejsem takovej dravej, jako jsem byl předtím jako.*“

**A když něco nevíte, doptáváte se, nebo naopak mlčíte?**

**Respondentka:** „*On se snaží porozumět, ale když něčemu nerozumí, tak se pustí do hovoru on, protože je prostě hrozně komunikativní a on kecá všechno a stejně je z toho, že neví nic.*“

**Respondent:** „*No prostě není to už ono, jednoduché. No prostě to no. My když jsme sami spol, tak si rozumíme jako všechno. A co se týče těch dětí našich, tak oni to nepochopí, proč jako jsme takový.*“

**Respondentka:** „*On myslí ty malý děti jako, ty to prostě tak nechápou samozřejmě. Třeba Mates - vnuk, ten mu kolikrát nerozumí.*“

**Respondent:** „*Já jsem s ním jako tak mluvil, ale on nechápe. Co jako chci mu říct jako. To už je právě horší. Že když mu řeknu něco, tak on neví, co tím vším myslím.*“

**Respondentka:** „*Nekomunikuje s ním tak, jak předtím. Předtím byli velcí kamarádi, teď už tolik nejsou.*“

**Respondent:** „*Ano no.*“

**Respondentka:** „*I když on má Matýska rád jenže Matýsek bohužel.*“

**Respondent:** „*Hráli jsme. Tak jsme chodívali ven. Na písek. On se snažil cvičit chápat mě, ale už byl se mnou. Chápal to tak, že už nejsem tak, jak jsem byl kdysi, když jdeme ven. Když jsem chápal, tak jsem m koupil kolo malý, takže s ním jako pohraju venku, doma, aby jako když chtěl třeba chodit ven. Potom už přešel k dcerce, tak už to snaha, když jsme spolu byli venku. Potom už on do té školy šel, tak už to bylo něco jiného a tohleto všechno už opadlo.*“



## **Příloha č. 4 Rozhovor s klientem 3 a jeho manželkou**

Datum: 3. 7. 2014

### **Kolik členů má Vaše domácnost?**

**Respondent:** „*Sedm.*“

**Respondentka:** „*V jedné domácnosti ne, my tam máme dvě domácnosti, bydlíme totiž v rodinném domku. My máme bydlení nahoře a dcera se zetěm a s dětmi bydlí dole.*“

**Respondent:** *A s vnoučaty.*“

**Respondentka:** „*No však jo, to jsem říkala.*“

### **Kdy vznikly Vaše komunikační obtíže v řeči? (směrem k respondentovi)**

**Respondentka:** (chvíle ticha) „*Byla tam ta mozková příhoda, kdy on vlastně přišel o hlas a o řeč.*“

**Respondent:** „*Ano.*“

**Respondentka:** „*Takže to bylo hlavní příčinou. Ochrnul na jednu stranu a odnesly to i hlasivky. Chodíme tady vlastně už skoro dva roky, že? Od 18. Září roku 2012, takže skoro dva roky.*“

### **Kdy byla zahájena logopedická péče a kdo Vás na ni upozornil?**

**Respondentka:** „*Bezprostředně po tom, co skončil na oddělení, tak jsme se domluvili s paní logopedkou.*“

**Klinický logoped:** „*Prvně jsme společně docházeli na rehabilitaci, pane Lxxx, a potom, když jste šel domů, tak jsme se domluvili, že budete ještě docházet na ambulanci.*“

**Respondent:** „*No ano.*“

**Respondentka:** „*Zlepšilo se to od té doby.*“

**Respondent:** „*Ne. Já, ale neumím moc mluvit.*“

**Respondentka:** „*Ale zlepšilo se to, on neuměl mluvit vůbec.*“

**Respondent:** „*No jde to lépe.*“

**Jak jste vnímali potřebu logopedické práce před jejím zahájením? Přístupovali jste k ní s obavami? Nevěřili jste, že to pomůže, nebo naopak jste k ní přístupovali s důvěrou?**

**Respondent:** „*Jo, jo, jo.*“

**Respondentka:** „My jsme si právě byli jistí v tom, že to musí pomoci, protože on nemluvil vůbec.“

**Respondent:** „Nemluvil jsem vůbec. Já se se snažil, ale to nešlo.“

**Respondentka:** „On se nedorozuměl s nikým, ani se sestřičkami.“

**Respondent:** „Já jsem dělal...“ (ukazuje rukama na všechny strany).

**Respondentka:** „Ze začátku se dorozumíval rukama, nohama. Ukazoval na věci, které chce, nebo se dorozuměl s tím, kdo uměl trochu odezírat.“

**Respondent:** „Já jsem musel dělat... (ústý ukazuje některé oromotorické cviky) a už je to lepší.“

**Povězte mi něco o tom, jakým způsobem probíhá logopedická práce u Vás doma?**

**Respondentka:** (pobízí manžela) „No? Mám mluvit já, nebo budeš mluvit ty? No tak se snaž.“

**Respondent:** „Takže mluvení procvičujeme spolu. Cvičím cviky, co cvičím tady.“

**Respondentka:** „No dělá cviky, já mu to počítám, jak dlouho jednotlivé cviky dělá.“

**Respondent:** „Ležím a dělám ty cviky, a potom nemůžu vstát.“

**Respondentka:** „U jiných cviků, sedím naproti němu, tak jak tu sedí naproti zrcadlu, ale my zrcadlo nemáme, takže to musíme dělat takhle a všechna ta cvičení probereme postupně stejně, jak cvičíme tady.“

**Respondent:** „Půl hodinu.“

**Respondentka:** „Nejmiň. Někdy to trvá aj dýl.“

**Takže se jedná o přibližně půl hodinové cvičení denně?“**

**Respondentka:** „Ne cvičíme tak obden. Denně ho totiž k tomu nedonutím. Ale obden děláme všechna cvičení poctivě.“

**Respondent:** „Ale teď každý den.“

**Respondentka:** „No teď zrovna každý den.“

**Klinický logoped:** „Teď cvičíte každý den polykat s jazykem?“

**Respondent:** „No jo, ale s jazykem nahoru to nejde.“

**Respondentka:** „Vždyť to budeme ještě trénovat (směrem k panu L) To se, ale ještě natrénuje.“

**Pan L:** „Většinou.“

**Respondentka:** (zároveň) „Většinou společně, ale když já nemám čas, tak mu řeknu, ať si to už připraví a ať už si něco nacvičí.“

**Respondent:** „*No a zkusí mě.*“

**Respondentka:** „*A pak ho vyzkouším.*“

**A co děti a vnoučata, zapojují se také do cvičení?**

**Respondentka:** „*Ne.*“

**Respondent:** „*Ne, vůbec. Já bych nic asi neřekl.*“

**Respondentka:** „*To akorát my sami dva, jak jsme nahoře sami dva, tak trénujeme.*“ (smích).

**A ví rodina o tom, že chodíte na logopedie a co na to říkají?**

**Respondent:** „*Ví.*“

**Respondentka:** „*Jo, jo, ví. Říkají, ať chodí. Ze začátku mu vůbec nerozuměli, a teď už aspoň jo. On byl zlý sám na sebe, protože mu nikdo nerozuměl a on si chtěl s někým popovídat.*“

**Jak se k sobě navzájem chováte při nácvičce?**

**Respondent:** „*Někdy se nervuju.*“

**Respondentka:** „*Někdy se vzteká to je fakt. Když mu řeknu, že je to třeba tak se uklidní. Někdy nechce, ale já ho donutím, že musí trénovat.*“

**Respondent:** „*To jen občas.*“

**Respondentka:** „*Za odměnu dostane někdy desítku, nebo dvojku bílého.*“ (smích s nadsázkou).

**Respondent:** (s úsměvem) „*Nebo dostanu půllitr.*“

**Ovlivňují vzniklé obtíže v řeči vaše rodinné fungování?**

**Respondentka:** „*To ani ne.*“

**Respondent:** „*To vůbec.*“

**Respondentka:** „*Jako tak, fungujeme stále stejně.*“

**Takže se nezměnily vaše denní povinnosti a zájmy?**

**Respondentka:** „*Tak jako zájmy má pořád stejné: televize a gaučink.*“ (s úsměvem).

**Respondent:** „*To ne. Moc povinností jsem neměl ani předtím.*“

**Respondent:** „*Nějaké peníze, placení účtu o to se nestaral ani předtím. To všechno je, a bylo v mé režii. Takže režim zůstal, tak jak byl. Domácnost jsem*

*vedla a starala se o ni vždycky já. Ale zase vysával, na zahradě něco dělal a dělá. Ted' to má jako rehabilitaci. Abych mu nekřivdila, neleží celej den u té televize.“*

**Respondent:** *„stačí dvě hodiny.“*

**Respondentka:** *„Dvě hodiny televize, nebo práce.“*

**Respondentka:** *„Práce.“*

**Pane Lxxx, jaká je Vaše komunikace s ostatními lidmi?**

**Respondent:** *„Oni mi nerozumí nic. Já chci mluvit, ale oni mluví.“*

**Respondentka:** *„Protože, když se mluví normálně, tak oni tě překřičí a ty se do toho nemůžeš vlézt, že jo.“*

**Takže spíše rozhovor posloucháte, nebo se snažíte zapojovat?**

**Respondent:** *„Jo, poslouchám“*

**Respondentka:** *„Ale když se tě zeptají, tak taky odpovíš, ne že jenom kýveš hlavou. Třeba, když tvůj brácha přijede tak se domluvíte normálně.“*

**Respondent:** *„Jo, ale pomalu. Pomáhá mi.“*

**Respondentka:** *„No však jo, musíš se soustředit a musíš mluvit pomalu.“*

**Máte strach komunikovat s ostatními lidmi? Vyhledáváte komunikaci s ostatními lidmi, nebo spíše jste stáhnutý a čekáte, až Vás do komunikace zapojí druzí?**

**Respondent:** *„Jsem stáhnutý.“*

**Respondentka:** *„Ale když potká souseda, tak to se on i zapojí do hovoru. On je totiž taky po mrtvičce, takže to i chápe.“*

**Když se sejdete, jako rodina, tak máte pocit, že na vás příbuzní mluví zcela stejně, jako na vaši manželku?**

**Respondent:** *„Pomalu mluví.“*

**Respondent:** *„Pomalu a vícekrát to opakujou.“*

**A vadí Vám to?**

**Respondent:** *„Ne, hlavně, že rozumí.“*

**Respondentka:** *„Hlavně, že rozumíš, nebo spíše oni pak tobě rozumí, protože ty jim rozumíš. Ty víš, co oni po tobě chtějí.“*

**Respondent:** *„Ale já se snažím.“*

**Respondentka:** *„Kolikrát v noci mi něco říká a já se mu snažím vysvětlit, že musí na mě mluvit pomalu. On mi to totiž vždycky chce říct rychle a já mu říkám, že se*

*musí soustředit. Raději ať mluví po slabikách, než to potom všechno zkomolit dohromady. A on už ví, že se musí snažit.“*

### **Jak a s čím pracujete doma?**

**Respondent:** *„Musím dýchat.“(představuje zadržení dechu, prodloužený výdech do bránice).*

**Respondentka:** *„Vše máme od logopedky. Kromě dechových cvičení, máme i hlasové a pak máme obrázky se slovy. Ale ta hlasová cvičení a dechová mu vždycky řeknu a on to potom opakuje.“*

**Klinický logoped:** *„ Ty obrázky se slovy pan L procvičuje cíleně hrdelním hlasem, protože tam ten hlas má už zvučnější. Nejprve pojmenuje obrázky a potom se pan L snaží tvořit věty.“*

### **Jaká je intenzita cvičení?**

**Respondent:** *„ Stejná.“*

**Respondentka:** *„Ze začátku jsme na logopedii chodili každý týden a teď chodíme co čtrnáct dní. Takže jsme cvičili určitě i ve větší intenzitě protože ze začátku to trvalo, než se to zlepšilo. On totiž nemluvil vůbec. Domlouvali jsme se rukama nohama. A pak se to zlepšilo, takže teď chodíme co čtrnáct dní. Ještě je stále, co zlepšovat.“*

**Respondent:** *„ Jo. Pořád dokola. Zpívat nikdy nebudu. Učil jsem se mluvit. Pepa má pivo. Pepa papá.“*

### **Jakým komunikátorem jste byl dříve? (směrem k respondentovi)**

**Respondent:** *„Jsem furt stejný. Nikdy jsem nebyl aktivní.“*

**Respondentka:** *„Moc toho nenamluvil, i když byl zdravý. Mluvení mu moc nešlo, ani tak.“*

### **Jaké máte informace o této narušené komunikační schopnosti? Myslíte si, že jsou dostačující?**

**Respondent:** *„Logopedka nám je řekla.“*

**Klinický logoped:** *„ A co o té diagnóze teda víte?“*

**Respondent:** *„No, že nemůžu mluvit. A musím se to učit znovu. Víím, že když mluvíím, tak chrápu. Když piju, tak se mi špatně mluví.“*

# ZÍSKANÁ NEUROGENNÍ PORUCHA ŘEČOVÉ KOMUNIKACE

*Informační leták pro RODINY*

## Nejčastější poruchy

**DYSARTRIE** = porucha motorické realizace řeči

*Projevuje se* narušenou artikulací, ztíženou tvorbou hlasu, neadekvátní rezonancí spojenou s dýcháním.

**AFÁZIE** = porucha porozumění řeči a její produkce

*Projevuje se* narušením spontánní řeči, porozumění, pojmenování, opakování, ale i čtení a psaní.

## Důležité!

Nejpozději po ukončení hospitalizace člena vaší rodiny je nezbytné, kontaktovat klinického logopeda ve vašem okolí a zajistit tak vhodnou ambulantní péči.

## Zásady práce a komunikace s osobou se získanou řečovou poruchou

- Je vhodné podporovat snahu o komunikaci a motivovat své blízké k rehabilitaci.
- Je žádoucí dopřát svému blízkému dostatek času k vyjádření svých myšlenek.
- Nedoporučuje se doplňovat projev svého blízkého, aniž vás o to požádá.
- Je vhodné vyslechnout vašeho blízkého a být trpěliví k pomalosti a omezení ve vyjadřování.
- Snažte se přizpůsobit komunikaci a didaktický materiál k věku vašeho blízkého. Rozhodně nemluvte na něj jako s dítětem (Neubauer, 2007).

*Bližší informace o řečové poruše vašeho blízkého a kontakty na pracoviště klinických logopedů naleznete na:  
<http://www.klinickalogopedie.cz/index.php?p>*