

Logopedická intervence u dospělých osob po cévní mozkové příhodě

Diplomová práce

Studijní program: N7506 – Speciální pedagogika
Studijní obor: 7506T002 – Speciální pedagogika
Autor práce: **Mgr. Ivana Samohelová**
Vedoucí práce: PhDr. Michaela Kramerová



Technická univerzita v Liberci
Fakulta přírodovědně-humanitní a pedagogická
Akademický rok: 2015/2016

ZADÁNÍ DIPLOMOVÉ PRÁCE
(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: **Mgr. Ivana Samohelová**
Osobní číslo: **P15000793**
Studijní program: **N7506 Speciální pedagogika**
Studijní obor: **Speciální pedagogika**
Název tématu: **Logopedická intervence u dospělých osob po cévní mozkové
příhodě**
Zadávající katedra: **Katedra sociálních studií a speciální pedagogiky**

Z á s a d y p r o v y p r a c o v á n í :

Cíl: Popsat a následně analyzovat logopedickou intervenci v procesu terapie narušené komunikační schopnosti, která se rozvinula na základě poškození mozku.

Požadavky: Formulace teoretických východisek, příprava výzkumu, sběr dat, interpretace a vyhodnocení dat, formulace závěrů.

Metody: Pozorování, rozhovor.

Rozsah grafických prací:

Rozsah pracovní zprávy:

Forma zpracování diplomové práce: **tištěná/elektronická**

Seznam odborné literatury:

AMBLER, Z., a kol. Klinická neurologie. Praha: Triton, 2004. ISBN 80-7254-556-6

KLENKOVÁ, J., a kol. Terapie v logopedii. Brno: Pedagogická fakulta, 2007. ISBN 978-80-210-4463-0

LECHTA, V., a kol. Terapie narušené komunikační schopnosti. Praha: Portál, 2005. ISBN 80-7178-961-5

NEUBAUER, K. Neurogenní poruchy komunikace u dospělých. Praha: Portál, 2007. ISBN 978807367-1594

ŠECLOVÁ, S. Rehabilitace po cévní mozkové příhodě. Praha: Grada, 2004. ISBN 80-247-0592-3

ŠKODOVÁ, E., JEDLIČKA, I. Klinická logopedie. Praha: Portál, 2003. ISBN 80- 7178-546-6

Vedoucí diplomové práce:

PhDr. Michaela Kramerová

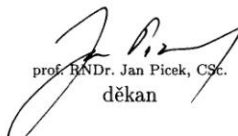
Katedra sociálních studií a speciální pedagogiky

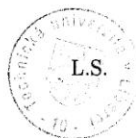
Datum zadání diplomové práce:


22. dubna 2016

Termín odevzdání diplomové práce:

29. dubna 2017


prof. RNDr. Jan Pícek, CSC.
děkan




PaedDr. ICLic. Michal Podzimek, Th.D., Ph.D.
vedoucí katedry

V Liberci dne 22. dubna 2016

Prohlášení

Byla jsem seznámena s tím, že na mou diplomovou práci se plně vztahuje zákon č. 121/2000 Sb., o právu autorském, zejména § 60 – školní dílo.

Beru na vědomí, že Technická univerzita v Liberci (TUL) nezasahuje do mých autorských práv užitím mé diplomové práce pro vnitřní potřebu TUL.

Užiji-li diplomovou práci nebo poskytnu-li licenci k jejímu využití, jsem si vědoma povinnosti informovat o této skutečnosti TUL; v tomto případě má TUL právo ode mne požadovat úhradu nákladů, které vynaložila na vytvoření díla, až do jejich skutečné výše.

Diplomovou práci jsem vypracovala samostatně s použitím uvedené literatury a na základě konzultací s vedoucím mé diplomové práce a konzultantem.

Současné čestně prohlašuji, že tištěná verze práce se shoduje s elektronickou verzí, vloženou do IS STAG.

Datum:

Podpis:

Poděkování

Velmi děkuji vedoucí diplomové práce PhDr. Michaelle Kramerové za její odborné vedení, podnětné rady, trpělivost, spolupráci a vstřícnost v průběhu zpracování diplomové práce.

Děkuji všem vybraným pacientům a jejich rodinám, které se zúčastnili mého výzkumu. Rovněž děkuji své rodině za podporu.

Název diplomové práce: Logopedická intervence u dospělých osob po cévní mozkové příhodě

Jméno a příjmení autora: Mgr. Ivana Samohelová

Akademický rok odevzdání diplomové práce: 2016/2017

Vedoucí diplomové práce: PhDr. Kramerová Michaela

Anotace

Cílem diplomové práce je popsat možnosti logopedické intervence po cévní mozkové příhodě. Práce obsahuje charakteristiku mozkových onemocnění, konkrétně pak cévní mozkovou příhodu. Soustřeďuje se na nejčastější následky narušené komunikační schopnosti u dospělých osob, které vznikly po prodělání cévní mozkové příhody. Uvádí jak symptomy, diagnostiku tak i komplexní terapii u vzniklých komunikačních poruch. Součástí diplomové práce je i vlastní šetření, které je zaměřené na popis logopedické intervence a následnou analýzu nejčastějších terapií na základě případových studií.

Klíčová slova

Cévní mozková příhoda, narušená komunikační schopnost u dospělých, logopedická terapie a diagnostika, komplexní rehabilitace.

Diploma Work Title: Speech Therapy Intervention to Adult Patients afflicted by Cerebrovascular Accident

Author: Mgr. Ivana Samohelová

Academic Year of Submission: 2016/2017

Diploma Work Supervisor: PhDr. Kramerová Michaela

Abstract

The diploma thesis aims to describe the possibilities of speech therapy intervention after a stroke. The paper characterizes brain diseases, particularly a stroke. The thesis concentrates on the most frequent consequences of impaired communication skills in adults, occurring after a stroke. It presents the symptoms, diagnostics and complex therapy of communication disorders. This is followed by the student's own research focused on the description of speech therapy intervention, and a subsequent analysis of the most common therapies, based on cases studies.

Keywords

Stroke, impaired communication skills in adults, speech therapy and diagnostics, complex rehabilitation

Obsah

Obsah	7
Seznam obrázků.....	9
Seznam tabulek.....	9
Úvod.....	10
TEORETICKÁ ČÁST	11
1 Cévní mozkové příhody.....	11
1.1 Symptomatologie.....	12
1.2 Klasifikace.....	13
1.3 Diagnostika a léčba cévních mozkových příhod.....	16
1.4 Léčba a intenzivní terapie.....	18
1.5 Kvalita života pacientů	21
2 Narušená komunikační schopnost jako následek cévní mozkové příhody.....	23
2.1 Onemocnění mozku.....	23
2.2 Afázie	26
2.3 Dysartrie	37
2.4 Dysfagie.....	42
3 Komplexní rehabilitace po cévní mozkové příhodě	45
3.1 Logopedická terapie v akutním stádiu.....	48
3.2 Logopedická terapie v chronickém stádiu.....	49
3.3 Podpůrné organizace zabývající se cévní mozkovou příhodou.....	50
EMPIRICKÁ ČÁST	52
4 Vymezení cíle práce a výzkumné otázky	52
4.1 Průběh šetření	52
4.2 Metodologie práce a zpracování dat.....	53
4.3 Vlastní šetření.....	56
4.4 Interpretace výzkumného šetření.....	79

Závěr	85
Navrhovaná opatření.....	86
Seznam použité literatury	87
Seznam příloh	91

Seznam obrázků

Obrázek 1: Arteriografie, aneurysma.....	16
Obrázek 2: Krvácení do mozku.....	17
Obrázek 3: Fáze emočních reakcí rodiny.....	22

Seznam tabulek

Tabulka 1: Diferenciální diagnostika afázie x dysartrie	33
Tabulka 2: Fáze výzkumu	52
Tabulka 3: Využité terapie p. Valérie.....	62
Tabulka 4: Využité terapie p. Luboš	70
Tabulka 5: Využité terapie p. Jaroslav	77
Tabulka 6: Souhrnný přehled využitých terapií.....	81

Úvod

Cévní mozková příhoda patří mezi jedno z nejzávažnějších onemocnění, které představuje závažnou problematiku napříč všemi obory. Objeví se náhle s doprovodnými příznaky jako je bolest hlavy, zvracení, motorická apraxie a neschopnost mluvit. Dříve se v odborné literatuře udávalo, že tímto onemocněním trpí spíše lidé po padesátém roku života. Nyní je však situace jiná a cévní mozková příhoda se objevuje u výrazně mladších lidí a to v důsledku užívání antikoncepce a návykových látek. Nejde konkrétně říci, čím vzniká. Zpravidla se jedná o spojení několika rizikových faktorů včetně dědičných nemocí. Následky této nemoci jsou fatální. Organické poškození mozku má vliv na fatické funkce, které umožňují číst, psát a ovlivňují řečovou produkci. V případě narušení se objevují problémy v produkci a reprodukci slov, porozumění, anomie, kalkúlie, alexie, agrafie a jiné. Cévní mozková příhoda mění životy nejen pacientům samotným, ale i jejich rodinám.

Důležité je včasné rozpoznání příznaků a rychlé zajištění odborné lékařské pomoci. V akutním stádiu je potřeba zahájit co nejdříve intenzivní, komplexní rehabilitační terapii. Zanedbání péče v tomto stadiu sebou nese velké riziko recidivy a neúspěšnost v nastavené terapii. Nedílnou součástí po dobu celé terapie je podpora rodiny. Aby léčba a následná terapie byla úspěšná, je nutná spolupráce několika odborníků z různých lékařských i nelékařských oborů.

Hlavním cílem této práce je popsat a analyzovat logopedickou intervenci, která je poskytována pacientům po cévní mozkové příhodě. Podrobným prostudováním odborných materiálů a vlastním šetřením budou zodpovězeny stanovené výzkumné otázky. Diplomová práce je dělena do dvou částí. První část obsahuje tři hlavní kapitoly, ve kterých se pojednává o vzniku a možných typech cévní mozkové příhody. Popisuje narušenou komunikační schopnost jako následek tohoto onemocnění a poukazuje na následnou komplexní rehabilitaci. V druhé části je zaznamenáno vlastní šetření. Bylo realizováno kvalitativním výzkumem a to konkrétně třemi případovými studii.

TEORETICKÁ ČÁST

1 Cévní mozkové příhody

Cévní mozková příhoda – CMP (apoplexie, iktus) je charakterizována akutně vzniklými klinickými fokálními či globálními příznaky poruchy funkce mozku trvající déle než 24 hodin. Mezi cévní onemocnění mozku, nebo cerebrovaskulární poruchy se zahrnují všechny mozkové poruchy, které jsou způsobeny poruchou cerebrální cirkulace. Cévní mozkové příhody patří mezi jedno z nejzávažnějších onemocnění, které představuje závažnou medicínskou, sociální i ekonomickou problematiku (Ambler, 2006).

Vznik cévní mozkové příhody je náhlý a jeho doprovodným příznakem je bezvědomí různě dlouhého trvání. Tento stav je urgentní a vyžaduje rychlou diagnostiku a včasné zahájení terapie (Seidl, 2008, s. 83). Jednodušeji řečeno, jedná se o dva patologické procesy a to o trombózu, která způsobí pevnou krevní sraženinu – tromb a ten blokuje arterie mozku. Jeho vývoj je pomalý a dá se včasné zachytit. Oproti tomu embolie je velmi nečekaná a náhlá. Embolie vzniká odloučením částí trombu, který může putovat za pomoci krevního proudu až do mozku (Waberžinek, 2007).

Po odeznění bezvědomí se objevuje typická symptomatologie způsobená mozkovou lézí. Tu přesněji určí moderní vyšetřovací metody jako počítačová tomografie a angiografie. Osoba postihnutá náhlou cévní mozkovou příhodou má ve většině případů značný defekt v hybnosti a řeči (Lesný, 1989).

Toto onemocnění se dotýká nejvíce dospělé a stárnoucí populace. Mezi rizikovou skupinu patří osoby ve věku 60–75 let, i když v posledních letech se posouváme do věkové kategorie od 45 let (Neubauer, 2014). **Rizikové faktory** cévní mozkové příhody jsou:

- hypertenze, cukrovka
- věk, pohlaví, dědičnost
- kardiovaskulární poruchy
- vysoký cholesterol a následná arterioskleróza

- cévní anomálie
- obezita, kouření
- stresy, nepravidelný spánek, špatná životospráva.

Většina odborníků udává podobný výčet ovlivňujících faktorů jen s malými obměnami. V dnešní době se přidává fenomén antikoncepčních pilulek, které mohou vyvolat tzv. hyperkoagulační stav. Mezi další fenomén řadí lékaři nadměrné užívání alkoholu a abúzus návykových látek – kokainu, heroinu, amfetaminu, kdy rizikovitost je zvýšena jejich kombinací. V důsledku náhlého vzestupu krevního tlaku po požití drog vznikají hemostatické a hematologické poruchy, které jsou příčinou zvýšené krevní viskozity a srážlivosti (Kalita, 2006, s. 137).

Veškeré faktory se mohou vzájemně propojovat a působit na sebe. Mají spíše kumulativní charakter. Cévní mozkové příhodě se dá předejít, pokud se včas identifikují rizikové faktory a je nasazená včasná medikace. Cévní mozková příhoda je třetí nejčastější příčinou smrti. V České republice je úmrtí až čtyřikrát vyšší než v USA. Nejčastější příčinou CMP je ateroskleróza (kornatění cév) extrakraniálních a intrakraniálních mozkových arterií a embolizace do srdce (Lippertová-Grünerová, 2005).

1.1 Symptomatologie

Klinicky hlavní příznakem je bolest hlavy. V začátku bývá prudká, zničující, difuzní i lateralizovaná. Většina pacientů bolest přirovnává k silnému ataku nastupující migrény. Mezi častými projevy vzniku CMP je náhlá ztráta schopnosti mluvit nebo rozumět řeči. V některých případech mluví lidé překotně nebo tvoří neologismy. Nápadným příznakem je ztuhlost, porucha hybnosti tváře – přestává se hýbat ústní koutek na postižené straně. Záleží, která tepna je zasažena. To samé cítí u horních či dolních končetin, může nastat totální plegie. Projevuje se porucha zraku – rozostřené vidění nebo výpadky na zorném poli. Viditelný je pokles víček. Náhle výpadky paměti či neschopnost se podepsat. V akutních případech jsou osoby naprosto dezorientovaní, zmatení, nejsou schopni reagovat, protože nevědí, co je to za lidi okolo nich, přestože je to jejich rodina (Nevšimalová, 2005).

1.2 Klasifikace

Z lékařského pohledu představují cévní mozkové příhody skupinu onemocnění s heterogenní etiologií, s variabilitou klinických projevů a s množstvím rizikových faktorů. Cévní mozková příhoda může vzniknout uzavřením cévy krevní sraženinou (ischemická cévní mozková příhoda) nebo v důsledku prasknutí mozkové cévy (hemoragická mozková příhoda). Jak už bylo zmíněno v kapitole 1. Oběma mechanismy dojde k přerušení průtoku krve mozkem a k jeho následnému poškození (Kalita, 2006). Iktové příhody představují 80 % ze všech CMP, hemoragické tvoří asi 15 % a zbylých 5 % tvoří cerebrální trombózy. Od místa lokalizace a následné léze se odvíjejí neurologické příznaky. V tuto chvíli je nejdůležitější správná diferenciální diagnóza mezi mozkovou ischemií a hemoragií, následně mezi jednotlivými subtypy, což je i v době moderních technologií a dostupných vyšetřovacích metod velmi složité (Dufek 2002, s. 7, 8).

1.2.1 Cévní mozková příhoda ischemická

Jedná se o nejčastější CMP, které vznikají především vlivem systémové hypoxie. Většina iktů vzniká v mozkových hemisférách, mozečku nebo mozkovém kmeni. Cévní příhody ischemické ohrožují průtok krve do mozku. Mozkové ischemie se dají klasifikovat dle různých kritérií nejčastěji však podle místa vzniku a podle délky trvání klinických příznaků.

Lokalizace – mozek je zásoben čtyřmi tepnami, v případě vzniku ischemií dochází k uzavěru cévy trombem, nebo embolem. Léze se mohou projevit v povodí karotickém (v přední části mozku) a vertebrobazilárním (v zadní části mozku) (Bauer in Nevšimalová, 2005). V rámci naší práce jsou vybrány jenom ty, které ovlivňují řečová a motorická centra. **Ischemie v povodí karotickém:**

- Arteria cerebri anterior (ACA) – v této tepně se ischemie manifestuje kontralaterální hemiparézou, zaměřená na dolní končetinu. Horní končetina nebývá tak často zasažena. Postižení levé části hemisféry se projevuje motorickou afázií a často dochází k velkým psychickým změnám.
- Arteria cerebri media (ACM) – tato tepna zásobuje mozkovou kůru, část frontálního, parietálního a temporálního laloku. Nachází se zde motorická a v dominantní sféře jsou řečová centra. Je nejčastějším

iktem. Způsobuje kontralaterální hemiparézu, zaměřenou na horní končetinu, atakuje mimické svalstvo. Objevují se dysartrie, postižení hlavového lícního nervu. Při iktu v dominantní hemisféře dochází k fatickým poruchám. Často se projeví afázie různého druhu. Zasažení nedominantní hemisféry se objevuje porucha prostorové orientace, apraxie a syndrom neglect (Kalvach, 2010).

Ischemie v povodí vertebrobasilárním:

- Arteria basilaris (AB) – ischemie se projevuje závratěmi a poruchami rovnováhy. V případě, že se protnou obě pyramidové dráhy, dochází ke spastické kvadruplegii. Tím se naruší hlavové nervy, které způsobí poruchy polykání a artikulace, agnózie, alexie. V oblasti zasažení mozkového kmene, kromě parézy a poruchy čítí, může vzniknout obrna měkkého patra, diplopie, dysartrie z přerušení motorických vláken nebo smíšený senzomotorický deficit (Nebudová, 1999).

Profesor Zdeněk Seidl (2004, s. 190) uvádí **klasifikaci ischemické CMP** podle délky trvání klinických příznaků:

1. Transitorní ischemická ataka – TIA (Transient Ischemic Attac) je charakterizovaná neurologickým výpadkem v důsledku nedostatečného zásobení mozku krví trvajícím méně než 1 hodinu, maximálně 24 hodin. Zpravidla trvá několik minut. Jedná se nejen o CMP, ale zároveň ji lékaři řadí do rizikových faktorů, protože u třetiny pacientů dojde v průběhu následujících 15 let k závažné sekundární příhodě s vysokou mortalitou (Dufek, 2002).
2. Reversibilní neurologický deficit – RIND (Reversible Ischemic Neurologic Deficit) je obdobou TIA, trvá déle jak 24 hodin a méně než tři týdny. Vzniká posunutím embolu do užší části tepny. Menší trvalý funkční deficit, záleží na kolaterálním oběhu a plasticitě mozku.
3. Progredující iktus – MINOR STROKE, SE (Stroke in Evolution), znamená postupně narůstající fokální mozkovou hypoxii vznikající rostoucím trombem. Ohroženou skupinou jsou lidé trpící diabetem. Přetrvává zbytkový neurologický deficit.

4. Ireverzibilní iktus – MAJOR STROKE, CS (Completed Stroke), je kompletní, dokončená hypoxie mozku s trvalým neurologickým poškozením (Seidl, 2004).

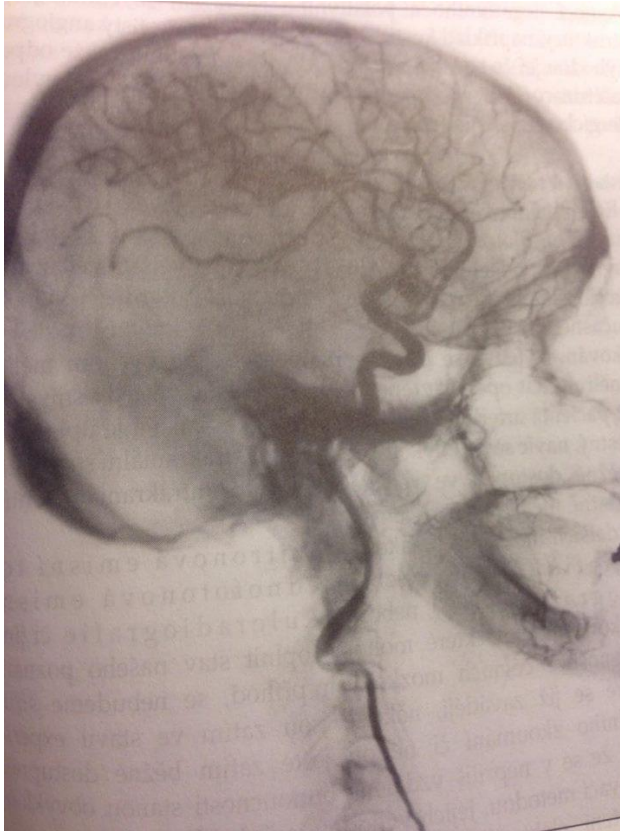
1.2.2 Hemoragická cévní mozková příhoda

Příčinou mozkové hemoragie (krvácení) je nejčastěji arteriální hypertenze, ruptura malých perforujících cév. Krvácení vzniká porušením stěny mozkové artérie. Klinicky se projeví supratentoriálně (na povrchu temporálního laloku). Vzniklé postižení může být zpravidla hemiparéza, afázie, ataxie, dysartrie a nystagmus. Krvácení vede k rychlé ztrátě vědomí. Průběh a prognóza je však velice vážná, jsou zde i častá úmrtí (Seidl, 2008, s. 87).

V České republice neurologové využívají **klasifikaci podle etiologie vzniku**. Hemoragické cévní mozkové příhody dělíme na dva typy – intracerebrální hemoragie a subarachnoidální hemoragie (Ambler, 2006).

Intracerebrální hemoragie vzniká prasknutím malých tepen s následným propuštěním krve do hlubokých struktur mozku, která s sebou nese fatální následky. Krvácení postupně utlačuje mozkovou tkáň a zvětšuje se objem mozku. Opět záleží na lokalizaci. V zasažené oblasti se vytvoří edém mozku, díky kterému stoupá nitrolebeční tlak. To se projeví ztrátou vědomí, parézou končetin, ať už hemiparézou, nebo kvadruparézou. Přítomný bývá **syndrom neglect** a nástup epileptického záchvatu. Syndrom neglect spočívá v neschopnosti orientovat se a vnímat podněty, v té části, kde není mozková léze. Pacient pak vráží do předmětů a při čtení vynechává počáteční písmena. Při krvácení do mozkového kmene upadá pacient do těžkého bezvědomí, kdy přestávají fungovat všechny funkce. Toto krvácení není tak časté přibližně postihne 5 %, ale úmrtí je 100 % (Kalvach, 2004, s. 527). Lidé, co přežijí intracerebrální hemoragii, bývají pak zcela závislí na ostatních. Příčinou této hemoragie je až v 90 % hypertenze. Dále jsou uváděny úrazy hlavy, cévních malformace, nádory a metastáze.

Subarachnoidální hemoragie znamená únik krve z mozkové cévy do subarachnoidálních prostor kolem mozku a míchy. Přítomnost krve v subarachnoidálním prostoru je až 80 % způsobena rupturou aneurysmatu, další příčinou tvoří krvácení z arteriovenózní malformace. V obrázku 1 je vidět záznam z arteriografie, která zaznamenává aneurysma.



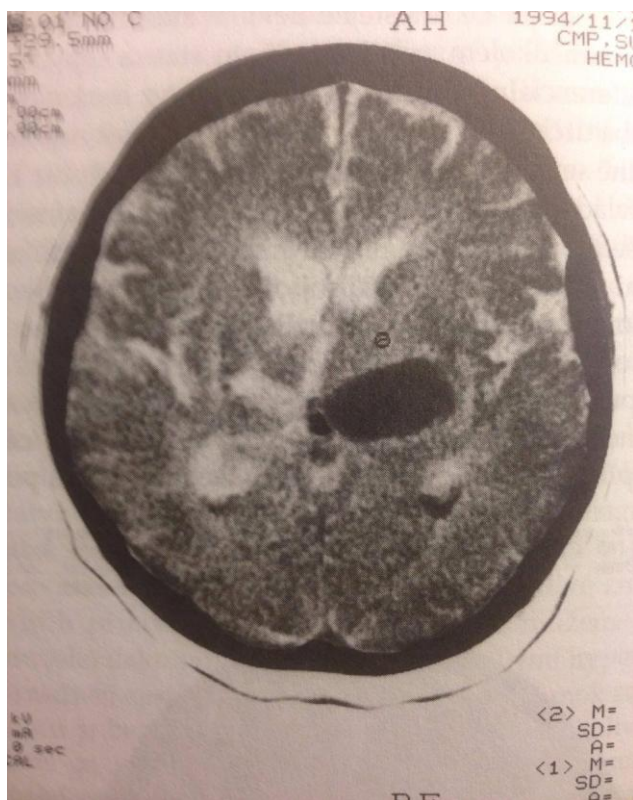
Obr. 1 Arteriografie, aneurysma (Országh, s. 75, 1995)

Krvácení může být tříštivé, ohraničené, globózní a to v závislosti na výši krevního tlaku, velikosti ruptury cévní stěny a odporu okolní tkáně. Příčinou tohoto stavu může být i velká fyzická zátěž, sportovní výkon. Jindy dojde ke zvýšení krevního tlaku při dlouhém pobytu na slunci nebo při konfliktu. Tento typ hemoragie zanechává těžké neurologické deficity (Seidl, 2008, s. 88). V prvních minutách krvácivého ataku umírá až 40 % pacientů. Mezi hlavní příznaky patří náhlá, intenzivní bolest hlavy pronikající až do šíje. Je doprovázena zvracením a závratí. Objevují se křeče až do febrilie, arytmie spojená s bolestí na hrudi (Kalita, 2006).

1.3 Diagnostika a léčba cévních mozkových příhod

Diagnostika CMP provádí lékař nejlépe neurolog a to co nejdříve od prvních příznaků. V základu vychází z anamnestických dat, následně má k dispozici klinický obraz a z něj pozná, zda-li se jedná o CMP ischemickou nebo hemoragickou. Anamnéza může být v případě CMP obtížně získávána, kvůli vzniklé afázii nebo poruše vědomí. Zásadní informace se můžou získat až od rodinných příslušníků, či jiného doprovodu. Při získávání informací je potřebné sepisovat si posloupnost příznaků, aby se mohly vyloučit jiné nemoci. Ke svojí přesnosti využívá lékař počítačovou diagnostiku

tomografii mozku. Většinou je známa pod pojmem CT. CT slouží k detekci stenózy či patologie tepen. Záznamy z CT jsou zachycené v libovolných rovinách – vrstvé snímky, takže lékař dostane obrázek mozku jakoby rozřezaný na jednotlivé vrstvy v různé hloubce. Tím získá přesnou představu o příčině, velikosti a lokalizaci postižení (Országh, 1995, s. 72). V obrázku 2 je zachycen výsledný záznam z CT, který zobrazuje právě krvácení do mozku.



Obr. 2 CT – krvácení do mozku (Országh, 1995, s. 72)

Hodně využívaná metoda při diagnostice je **magnetická rezonance**, která přesně identifikuje místo iktu. Magnetická rezonance trvá kratší dobu než tomografie a zpravidla se využívá pro přesnější diagnostiku rozlišení tumoru a ischemii nebo přesnějšímu typu iktu (Kalita, 2006). Vyšetření angiografické neboli vyšetření cév je u CMP velmi důležité. Do zavedené cévky se vstříkne kontrastní látka, která zachycuje průtok mozkem na rentgenových snímcích. Následně je vidět průchodnost a rychlost průtoku krve cévou či jakékoliv jiné cévní malformace. Využívá se při podezření krvácení do subarachnoidálního prostoru a při podezření na stenózu a trombózu (Országh, 1995).

Ultrazvuk vyhledává místo ucpané, nebo zúžené cévy. Hematologické vyšetření zjistí krevní obraz pacienta, trombocyty, hladinu glykémie, stav krvinek v těle. Provádí se též toxikologický screening. V klinické praxi a při diferenciální diagnostice se využívá sonografické vyšetření, digitální angiografie a elektrokardiografie. Elektrokardiografie známá pro všechny svoji zkratkou EKG poskytuje zápis o funkčnosti srdeční činnosti. U vyšetření CMP se používá k hledání důkazu abnormálního srdečního rytmu nebo srdečního onemocnění jako možné příčiny (Bauer in Nevšimalová, 2005).

Přes všechna tato vyšetření je určení diagnózy stejně komplikované, protože příznaky CMP mohou být přechodné. Nejdůležitější je však včasný zásah. Nutné je si všimnout prvotních příznaků CMP a to je: oslabený koutek rtu, při předpažení je jedna ruka výrazně nižší, silná bolest hlavy, dočasná ztráta komunikační schopnosti – na jakékoli úrovni, zmatenost člověka. Při těchto příznacích by se měla postižená osoba okamžitě dopravit na urgentní příjem nebo zavolat rychlou záchrannou službu.

1.4 Léčba a intenzivní terapie

Pacient po cévní mozkové příhodě je postižen jak ve významu fyzickém, tak i duševním. Po prodělané cévní mozkové příhodě je zapotřebí uplatnit **ucelenou rehabilitaci** jako souhrn všech metod, které povedou k nejrychlejší resocializaci pacienta (Kalita, 2006). Vyhlídky na terapeutický úspěch u ischemie má jen léčba nasazená včas. Volba chirurgické nebo konzervativní terapie závisí na lokalizaci a rozsahu poškození. Nezbytnou součástí je medikamentózní léčba zaměřena na zmírnění bolesti hlavy, potlačení tvorby volných kyslíkových radikálů. Včasnost hraje rozhodující roli při použití **systémové trombolýzy**. Systémová trombolýza neboli IVT se používá do 4,5 hodiny od vzniku příčin iktu. Jedná se o nitrožilní podání léčiv – trombololytik. Interval od vzniku iktu do stanovení diagnózy je tzv. terapeutické okno. Tato léčba umožňuje přímé rozpuštění již vzniklého trombu. Terapie a léčba cévní mozkové příhody má za cíl obnovit průtok krve a tím zmírnit již vzniklé poškození. Léčba vyžaduje i vhodné pracoviště nejlépe specializovanou jednotku intenzivní péče nebo iktovou jednotku (Seidl, 2008, s. 87).

O něco účinnější je kombinace intravenózní a intraarteriální trombolýzy – **kombinovaná trombolýza**, nebo její zrychlení za pomoci aplikace ultrazvuku – sonotrombolýza. Je prokázáno, že i samotné působení ultrazvuku má trombololytický

efekt. Ultrazvukovou sondu lze pomocí endovaskulárního katétru zavést až k samotnému trombu. Vzácně používanou a stále diskutovanou možností přemostění je urgentní chirurgické odstranění krevní sraženiny z karotické tepny. Nadějnou léčbou, i když zatím jen experimentální, je celková hypotermie se snížením teploty tělesného jádra na 32–33 °C (Bauer 2010, s. 444). **Hemoreologická léčba** zlepšuje mozkovou mikrocirkulaci. **Antiedematózní léčba** působí proti mozkovému edému, spočívá v polohování hlavy, pravidelném okysličování a odstranění všech bolestivých podnětů včetně normalizace tělesné teploty (Hutyra, 2011).

Po obnovení všech funkcí a stabilizaci pacienta přichází na řadu **intenzivní rehabilitace**, reedukace řeči, ergoterapie a psychoterapie. Rehabilitaci organizuje tým vedený lékařem. V jádru samotné terapie figuruje pacient a jeho rodina. Členy týmu jsou fyzioterapeut, ergoterapeut, logoped, neuropsycholog, sociální pracovník, sestra, protetik a další specialisté. Na základě vyšetření a testování je stanoven rehabilitační plán a cíl terapie. Cíl terapie by si měli stanovit všichni odborníci samostatně, ale směřovat ke společnému výstupu. Psycholog zhodnotí do jaké míry je postižení v oblasti fyzické a kognitivní. Klinický logoped vyšetří stav fatických funkcí a úroveň komunikační schopnosti pacienta. Je nutné a důležité začleňování rodiny do všech aktivit (Kalvach, 2004). Jedná se tedy o **komplexní rehabilitaci**.

Intenzivní terapie musí být zahájena co nejdříve a musí být poskytována po celou dobu akutního klinického stavu. Usiluje se o to, aby pacient po CMP byl co nejvíce soběstačný. Docílí se tím pravidelným a postupným cvičením. Polohování se musí zahájit již v akutní fázi a to v pravidelném časovém intervalu. Vychází se z **konceptu Bobath**, polohování ve třech základních pozicích. Vleže na zádech, na zdravé straně a na nemocné straně. Pokud to dovolí stav pacienta, nejpozději od třetího dne se začíná s pasivními pohyby, které se provádí na všech kloubech. Zamezuje se tím zkrácením svalů a vyvoláním spasmů. Jelikož se cvičí několikrát denně, je potřeba vhodná relaxace. Relaxace se provádí s pacientem z důvodu uvědomění si rozdílu mezi spastickým a uvolněným svalem. Při spasmech pacient nedokáže uvolnit sval, proto se při relaxaci využívají pomůcky například kartáček, kterým se pacient poklepává nebo štípe a tím se navodí uvolnění svalů. Následuje reedukace motoriky. Nacvičuje se správné dýchání a gymnastiku mluvidel. Speciální terapie se zaměřuje na ruku, protože je postižena téměř ve všech případech. K obnově jemné motoriky je přizván

ergoterapeut. Terapeutické odvětví logopedie se v první řadě zaměřuje na terapii poruch polykání, dále na podporu první možnosti komunikace (Lippertová-Grünerová, 2005).

V neposlední řadě se využívají **léčebné rehabilitace** pocházející z reflexního působení, které vedou k facilitaci volní hybnosti a současně k inhibici spasticity. Nejznámější je **Vojtova metoda** na bázi geneticky podmíněných reflexních lokomocí. Podstatou terapie je aktivace celého koordinačního komplexu. Facilitace koordinovaných pohybů spočívá v reflexním vybavení geneticky zakódovaných vzorů. Předpokladem k reflexu, jsou neporušené periferní výkonné orgány (Klenková, 2007). V metodě **podle Bobathových**, jde o systém komplexní péče o pacienta. Vychází z motorických návyků a jde o soustavné aplikování pohybových segmentů do žádané polohy. Cílem léčby je získání kontroly nad spastickými vzorci za pomoci inhibičních poloh (Kulišťák, 2011).

Pacientům je doporučena rehabilitace ve speciálních zařízeních. Mezi nejznámější rehabilitační zařízení patří Rehabilitační ústav Kladruby, dále pak Rehabilitační ústav Chotěboř, klinika Malvazinky, lázně Slatinice, Janské Lázně, Hrabyně atd. V rámci hospitalizace v nemocnici je prováděna rehabilitace spíše individuálně. Podle posledních studií se prokazuje, že nejdůležitějším faktorem klinické rehabilitace je motivace pacienta.

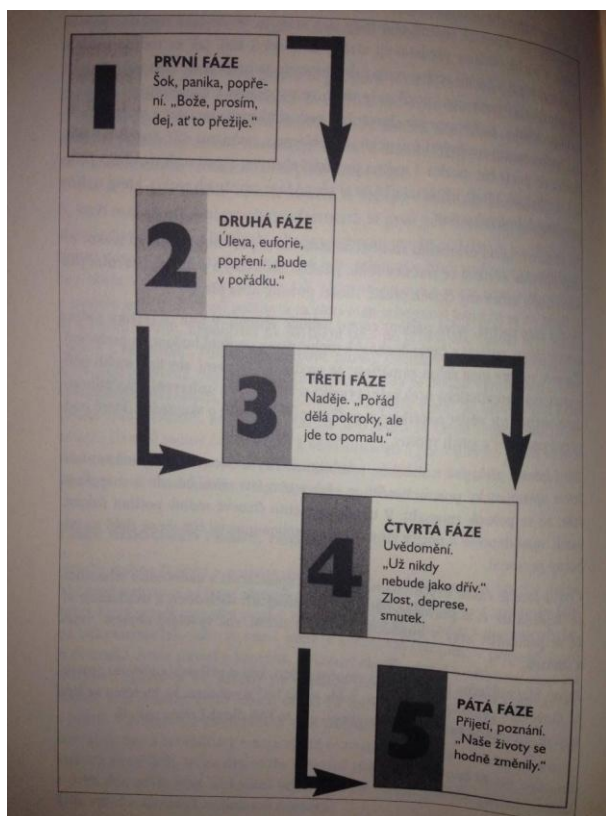
Když terapeut pouze udává cviky v naplánovaném sledu, motivace ze strany pacienta se nedostavuje. Proto terapeuti dávají nabídku cviků a pacient si sám vybírá. Zodpovědnost a aktivnější role rehabilitanta má pozitivní účinek na zlepšení jeho stavu, potažmo celého rehabilitačního výsledku. Komparace výsledku terapií z jiných zemí prokazuje, že **párová terapie** má lepší výsledky než individuální terapie. V klinické praxi využívají trénink nápodobou, právě u párové či skupinové terapie může pacient pozorovat na ostatních chybně provedený cvik. Dochází u něj k uvědomění si v čem je potřeba se zlepšit. Tento motorický feedback je pro průběh učení též velmi vhodný. Během terapie mohou vznikat drobné pauzy, které se při párových či skupinových lekcích vyplňují dialogem s partnerem, fyzioterapeutem a ostatními pacienty. Tato interakce je přínosná k podporování mluvního apetitu a zdokonalování se v řečovém projevu. Při těchto cvičeních se pozoruje i posílení motivace v rámci konkurence a vytrvalosti. (Lippertová-Grünerová, 2005).

1.5 Kvalita života pacientů

Při hodnocení kvality života, jde vždy o subjektivní záležitost. Každý člověk hodnotí svůj život na základě svých osobních hodnot, představ a očekávání. Křivohlavý uvádí (2002, s. 64) definici od Colemana: „*Kvalita života daného člověka je v určitém časovém a situačním bodě, je rozdíl mezi nadějemi a očekáváním tohoto člověka a současným stavem jeho života.*“

Poškození centrální nervové soustavy, ať vlivem úrazů, anebo onemocnění, může ovlivnit emocionální prožívání člověka. Časté jsou výkyvy nálad, kdy jsou lidé přecitlivělí nebo naopak reagují přehnaně podrážděně. Vyskytují se často deprese až u 40 % po CMP, kdy je vhodné nasadit farmakologickou léčbu v podobě antidepresiv. Psychika dělá u lidí velmi moc, pokud propadnou svému stavu a nebudou navazovat v navržené komplexní rehabilitaci, bude jejich stav v lepším případě stagnovat, nebo zhoršovat se. Pozorovat můžeme zvýšenou unavitelnost, poruchy paměti, špatné udržení pozornosti. Pro někoho se stává nepředstavitelným problémem přečíst noviny, natož knihu. Sama Bartoníčková (2009) popisuje ve své knize situaci, když po svém prvním iktu držela v ruce časopis. Nebyla schopna pochopit co se děje. Ve vteřině věděla, co je obsahem jedné stránky, ale ničemu nerozuměla. Dokonce se u ní projevila fotografická paměť, ale jen do určité míry. I když měla obraz stránky časopisu před očima, nebyla schopna přečíst jediné slovo natož ho říci. Musela se znovu navrátit ke slabikáři a začínat se vším znovu. Nejhorší pro ni bylo nepochopení ze strany svých dětí, které se nemohly vyrovnat s nemocí matky.

Nejužší rodina člověka po CMP se ocitá v **emoční bilanci**. Stejně jako nemocná osoba i rodina prochází různými etapami vyrovnávání se s nemocí. Neuropsycholog Powell (2010, s. 125) popisuje pět fází emočních reakcí rodiny. Pro přehlednost je uvedeno její grafické zpracování.



Obr. 3 Fáze emočních reakcí rodiny (Powell, 2010, s. 126)

Psycholožka Palmer (2013) popisuje, že nejčastěji dochází ke změnám rodinného systému. Když jsou děti již období adolescenci, stávají se oporou. V období pubescence mohou reagovat drze, vyhybavě právě z důvodu strachu z toho, co bude a též i z nedostatečného zájmu o ně samotné. Děti mladšího věku nedokáží nemoc úplně zcela pochopit. Partnerské vazby jsou narušeny po stránce interpersonální, sexuální a bohužel po stránce sociálně-ekonomické. Okruh přátel se značně sníží, zbydou jen ty nejtřetější, protože pacient bývá často depresivně laděný, objevují se i suicidální případy. Narušeno je chápání a motorické oblasti, tudíž kdo byl aktivní nebo rekreační sportovec, těžce se mu bude navracet. V souvislosti s motorikou se vychází i z faktu, že nácvik soběstačnosti může trvat i několik měsíců. Pokud nedojde konkrétně k nějaké plegii, objevují se poruchy rovnováhy a tak i triviální jízda na kole se stává nepředstavitelným. Pocity méněcennosti vyplývají ze sebehodnocení a srovnávání se, co bylo před onemocněním a jak to bude dál. Důležité je stanovit si vždy malé cíle, kterých se dá dosáhnout. Lidem po CMP je potřeba neustále nacházet nové motivace, aby měli sílu a chuť do života (Klenková, 2007).

2 Narušená komunikační schopnost jako následek cévní mozkové příhody

Komunikační schopnost je jedna z nejdůležitějších lidských schopností. Umožňuje nám vědomé používání jazyka, jako složitého komunikačního systému znaků a symbolů ve všech jeho podobách. Je těžké definovat narušenou komunikační schopnost, protože si nejprve musíme uvědomit tzv. normalitu. Jedná se o vymezení, kdy jde ještě o normu a kdy už se jedná o narušení. Existuje mnoho jazykových odlišností ve výslovnosti (nářečí, tempo řeči, nosové zbarvení) a to jen i v rámci České republiky. Při diagnostice daného jedince je potřeba brát ohled na jeho vzdělání, zaměstnání a místo kde žije (Klenková, 2006).

Narušená komunikační schopnost vzniká tehdy, když je jedna nebo více jazykových rovin narušených. Vzájemně se jazykové roviny prolínají, pokud však některá působí interferenčně, pak jejich propojení neodpovídá hlavním komunikačnímu záměru. Z lokalizačního hlediska k nejčastějším příčinám patří orgánová poškození receptorů, poruchy rozumění, poškození centrální části, poškození efektorů či narušení sociální interakce. Závažné řečové poruchy komunikace vznikají v období dospělosti především poškozením centrální nervové soustavy. Náleží sem cévní onemocnění mozku a cévní mozkové příhody, traumatická postižení, nádory a infekční onemocnění a degenerativní onemocnění centrální nervové soustavy. Narušení může být totální, nebo částečné, trvalé, přechodné a může být dominantním postižením, nebo se objevit jako symptom. Nejčastěji se však jedná o poruchy hybnosti mluvidel a poruchy fatických funkcí (Neubauer in Škodová, 2003).

2.1 Onemocnění mozku

Neurogenně podmíněné řečové poruchy komunikace způsobují 4 druhy poškození činnosti centrální nervové soustavy. Řadí se sem:

- Cévní onemocnění mozku a cévní mozkové příhody, které patří mezi jedno z nejobávanějších onemocnění na celém světě.
- Traumatická postižení CNS, úrazy mozku. Úrazy tohoto typu narůstají z důvodu častých dopravních nehod. Mezi nejčastější úrazy si můžeme uvést otřes a zhmoždění mozku nebo krvácení do mozkové tkáně, která může vytvořit problematický hematom.

- Nádory a infekční onemocnění CNS. Mozkové nádory se vyskytují asi do 3 % všech neurologických pacientů. Nádory a metastáze mohou mít různou lokalizaci, tudíž se komunikační poruchy můžou projevit v různých spektrech. Nejvíce nebezpečný si můžeme uvést astrocytom, který svým paprskovitým tvarem může zasahovat do více center. Poruchy funkcí se neobjevují náhle, jako u cévní mozkové příhody, ale jako narůstající komplikace. Právě z těchto tumorů vzniká primárně progresivní afázie. Záleží však na lokalizaci nádoru. Je nespočet možných infekčních onemocnění kupříkladu lymská borelióza, meningitida. Encefalitida a myelitida zanechávají chronické postižení v oblasti řečové a verbální paměti. Zpravidla vznikají po operačních výkonech a zpomalují rekonvalescenci (Seidl, 2008).
- Degenerativní onemocnění CNS a demence. Většina těchto nemocí zasahuje motorický systém – Parkinsonova choroba. Až 60 % případů demence způsobuje Alzheimerova choroba a Pickova choroba (Neubauer, 2007).

Následky výše uvedených nemocí mají fatální následky. Zpravidla jsou to těžké poruchy hybnosti těla a ztráta schopnosti řečové komunikace.

Pacient po prodělané cévní mozkové příhodě nemá deficit jen v motorické, nebo symbolické funkci, ale je ovlivňován následnými stavy, které mu navždy změni kvalitu života. Po CMP mají lidé různé následky, záleží na rozsahu a místě léze (Kalita, 2006, s. 516). Bezprostředně po CMP následuje fáze mozkového šoku. Tento šok může trvat různě dlouho dny i týdny. V tuto dobu jsou svaly hypotonické. Postupně se prostřídají tyto tři stádia, která trvají u každého pacienta jinak a mohou se vzájemně prolínat. Stadium hypotonické, stádium úzdravy – někteří v tomto stádiu končí a třetí fáze spasticity – kdy se obnovuje pohyb od dolních končetin (Pfeiffer, 2007).

Mozek je tvořen dvěma hemisférami, každá hemisféra má čtyři laloky, které odpovídají za různé funkce, ať už motorických, nebo sensorických. Z logopedického hlediska jsou velmi důležité **hlavové nervy**, kterých je celkem dvanáct. Pro schopnost řečové produkce, v rámci této diplomové práce, nás zajímá hlavně poškození těchto nervů:

- V. nervus trigeminus (nerv trojklanný) – je to smíšený senzitivní a motorický nerv. Při poškození dochází k ochablosti, až neschopnosti ovládat čelist, otevřít a zavřít ústa. Je narušeno obličejové čítí, funkce žvýkání a je nemožné správně artikulovat.
- VII. nervus facialis (nerv lícni obličejový) – oslabuje všechny pohyby v oblasti obličejových svalů – mimika. Autonomní vlákna vedou k podčelistním a podjazykovým slinným žlázám. Podílejí se i na vnímání v oblasti středouší, zevního zvukovodu a část boltce. Senzorická vlákna odvádí informace z chuťových receptorů předních dvou třetin jazyka.
- IX. nervus glossopharyngeus (nerv jazykohltanový) – tento nerv inervuje jazyk, hltan, hrtan a s ním svaly, které napomáhají při polykání. Stimuluje sekreci slin, čímž nám umožňuje i rozpoznání chuti. Autonomní vlákna vedou do nejvyšší slinné žlázy – glandula parotis. Při zasažení tohoto nervu, není možné artikulovat.
- X. nervus vagus (nerv bloudivý) – má motorická i senzoriclá vlákna. Senzorická vlákna inervují řadu vnitřních orgánů – hrtan, hltan, průdušnice, srdce, plíce a trávicí systém. Tento nerv se podílí na tvorbě hlasu a polykání.
- XII. nervus hypoglossus (nerv podjazykový) – hlavním úkolem tohoto nervu jsou pohyby jazyka. Senzorická vlákna přináší z proprioreceptorů, které slouží pro vnímání polohy a pohybu. Čtyři vnitřní svaly jazyka zapřičiňují jeho stahování, zvedání špičky a okrajů, zužování a zplošťování. Při postižení tohoto nervu je hybnost jazyka omezena, protože se nevytváří dostatečný svalový tonus. Všechny pohyby jazyka jsou velmi důležité při artikulaci a tvoření jednotlivých hlásek (Ambler, 2004).

Oblasti klinické diagnostiky neurogenických poruch řečové komunikace dominuje návaznost a posloupnost: stanovení léze CNS neurologem, klinické zhodnocení řečové produkce a následná klinická logopedická diagnostika symptomů poruch řečové

komunikace. Od ní se pak odvíjí terapeutický plán. Neurogení poruchy komunikace se vyznačují za širokospektrální skupinu typů narušení komunikační schopnosti v různém stupni a rozsahu. Mezi nejčastější typy narušení komunikace patří afázie, dysartrie, dysfagie (Neubauer, 2007).

Neubauer (2007) uvádí, že kromě diagnostikování podle lokalizace je možné dělit narušenou komunikační schopnost podle **poruch řečového procesu**:

- Motorické řečové poruchy.
- Poruchy na bázi jazykového systému.
- Poruchy kognitivně komunikačních schopností.
- Poruchy na bázi percepční bariéry.

2.2 Afázie

Afázie je získaná porucha produkce a porozumění řeči, která vzniká při ložiskovém poškození mozku. Jedná se o poruchu fatických funkcí. Rozlišují se různé stupně afázie, rozhodujícím faktorem je rozsah a lokalizace léze mozku. Postižení může být ložiskové nebo difúzní. Nejzávažnější afázie vznikají, když léze zasahují do fronto-temporo-parientální oblasti mozku. Nejčastěji při stenóze arteria cerebri media, viz kapitola 1.2.1. Afázie vznikají především v kortikální oblasti, ale léze spojené s korovými oblastmi participují na jazykové procesy (Cséfalvay, 2007). Klinický obraz se odvíjí podle povahy patologického nálezu (CMP, úraz hlavy, nádor), lokalizace a rozsahu léze a důležitý je věk pacienta.

2.2.1 Symptomatologie a klasifikace afázie

Afázie se projevuje zejména nemožností se srozumitelně vyjádřit pomocí verbální řeči, narušením schopnosti chápat význam slov. Člověk trpící afázií se potýká s obtížemi vyhledávat adekvátní výrazy pro danou věc. Není schopen gramaticky sestavit větu (Neubauer, 2014).

Afázie je složitá forma narušené komunikační schopnosti, projevující se bohatou symptomatikou, proto najdeme v odborné literatuře několik druhů dělení. Mezi **nejčastější symptomy** jsou řazeny **dysnomie** a **parafrázie**. Dysnomie je porucha pojmenování, nejde o ztrátu paměťové informace, ale obtíže s vybavováním. Na základě

diferenciální diagnostiky je potřeba odlišit kognitivně komunikační poruchu (demenci) a poruchu individuálního jazykového systému (afázii). Při parafrázi je narušen jazykový systém, který znemožňuje výbavnost pojmu. Parafrázie může být sémantická a fonemická (Neubauer, 2014).

Klenková (2006) k výše zmíněným symptomům dále přidává **perseverace**, což znamená ulpívání na předchozím podnětu. Jako příklad z praxe (afatik má vyjmenovat dny, jak jdou za sebou. Po vyjmenování dostane další úkol, pojmenovat prsty na ruce). Afatik začne znovu odříkávat dny, jakože jsou to názvy prstů).

Čecháčková (2003, s. 147) uvádí jako symptom **plynulost mluvy**. Konkrétně dva druhy a to fluentní a nonfluentní. Běžně produkujeme okolo 120 slov za minutu. V případě poklesu řečové produkce nad 50 slov za minutu označujeme řeč jako nonfluentní. Při produkci, která přesahuje nad 200 slov, se označuje hyperfluencí. Typickým symptomem u afázie je **logorhea**, kde postižený člověk vyprodukuje stovky slov, ale s nulovou informační hodnotou. Přítomny jsou gramatické chyby ve větách, záměny hlásek a slov, které vyúsťují v **neologismy**. Hlavním symptomem afatiků jsou **poruchy rozumění**. Při poruše zejména temporoparietálních (spánkových a temenních) lokalit mozku dochází k poruše vnímání, chápání a dekodování mluvené řeči. Afatik snadno vykoná jednoduchou výzvu správně, ale složitější úkol neprovede, protože nerozumí, nebo si ho nezapamatuje. Při vyšetření afatiků je toto jedno z nejdůležitějších kritérií hodnocení. Například při vyšetření pravo-levé orientace nemusí mít porušenou pravo-levou orientaci, ale jen nerozumí zadání (Čecháčková in Škodová, 2003, s. 149).

Klasifikace afází

Afázie je lingvistickou neurogení a kognitivní poruchou. **Klasifikace** se liší podle pohledu jednotlivých odborníků. Uvádíme výběr těch nejpoužívanějších (Čecháčková in Škodová, 2003).

- Bostonská klasifikace – opírá se o hodnocení spontánního projevu a jeho fluence. Významným kritériem je opakování a porozumění mluvené řeči.
- Kimlova klasifikace – vychází z lokalizace léze a je zaměřena na lingvistický deficit.

- Lurijova klasifikace – pohlíží na afázii jako na poruchu vyšších korových funkcí.
- Hrbkova klasifikace – zahrnuje afázii do poruch kortikálních funkcí a kromě lingvistického deficitu připouští poruchy grafie, lexie a gnozie.
- Olomoucká klasifikace – lokalizuje léze v určitém laloku, které mají typickou symptomalogii pro konkrétní mozkový lalok.

Bostonská klasifikace

Vznikla v 19. století a je uváděna jako klasická typologie afázie, jejichž autory jsou Broca a Wernicke.

U **Brocovy** (motorické) afázie je dominantní porucha v plynulosti a expresivní složce řeči. Řeč je pomalá, těžce utvářena s četným výskytem parafrází a agramatismy. Pacient mluví málo, ale s jasným komunikačním záměrem a sdělením informace. Mluva je nonfluentní. Vyskytuje se alexie a agrafie. V klinickém obraze bývá často paréza až plegie horní/dolní končetiny. Brocova afázie vzniká u léze, jež zasahuje oblasti Brocovy arey, zároveň z části leží před a za touto oblastí. Někdy zasahuje jak postcentrální oblasti mozkové kůry dominantní hemisféry, tak i subkortikální oblasti frontálního laloku (Cséfalvay, 2007, s. 19).

Wernickeho (senzorická) afázie má dominantní špatné porozumění, pojmenování a opakování. Objevuje se logorhea, neologismy a parafrázie. Projevy senzorické afázie se často upravují přes neologický žargon po sémantický žargon do anomie. Mluva je fluentní, ale na rozdíl od Brocovy afázie není postižena artikulace. Lexie je výrazně narušena, u některých pacientů může být zachováno hlasité čtení izolovaných slov, či slabik. Tato afázie vzniká při lézi temporálního laloku v oblasti Brodmanovy arey (Neubauer, 2014).

Konduktivní afázie vzniká lézí mezi motorickým a senzorickým centrem řeči. Produkce řeči je typická výskytem fonémickým parafrází ve slovech. Těžkosti se objevují při opakování předříkaných slov a vět. Kvalita reprodukce je ovlivněna náročností slov. Funkční porozumění řeči je na dobré úrovni.

Anomickou afázií lze označit za klinicky nejlehčí typ afázie. Pacienti mají plynulou mluvu, která je občasně přerušována tzv. anomickými pauzami. Problémy jim činí pojmenování předmětů a činností. Rozumění a pojmenování jsou na dobré úrovni. Psaní je mírně narušeno, objevují se sémantické paragrafie (Cséfalvay, 2007).

Transkortikální afázie se vyskytuje přechodně. Pacienti dokáží opakovat slova, ale často bez porozumění. Tuto afázií můžeme dělit:

- transkortikální motorická – vzniká lézí v oblasti řečiště arteria cerebri anterior – přední mozkové tepny. Spontánní řečová produkce je minimální. V řeči se objevují slova, která zazněla v předchozí otázce. Řeč má echolalický charakter. Porozumění slov je dobré, přiřazuje obrázky k mluveným slovům.
- transkortikální sensorická – léze se nachází v zadních oblastech temporálního laloku. Pacient dobře zopakuje větu, ale naprosto bez porozumění. Čtení je na výborné úrovni, ale bez porozumění. Psaní je narušeno, ale jsou schopni si opravit gramatické chyby ve větách. Tento typ afázie je přechodný a může odeznít do 24 hodin od vzniku (Čecháčková in Škodová, 2003, s. 151).
- transkortikální smíšená – vyskytuje se vzácně a její klinický obraz je podobný globální afázií, pouze s výjimkou schopnosti reprodukovat slova. Má nonfluentní projev s řečovými stereotypy. Narušené je i porozumění.

Nejhorší možný typ afázie je **globální**. Vzniká při rozsáhlých poškozeních dominantní mozkové hemisféry. Výrazné poruchy v expresivní složce, protože se léze nachází ve frontální oblasti mozku a ty zodpovídají za chování a řeč. Pacienti opakují stereotypně neologismy a perseverují slabiky (pa pa – ma ma). Deficity jsou vidět na první pohled, nezvládá jednoduché pokyny. V grafickém projevu je zachováno jen čmárání, perseveruje písmena i slabiky. Pacient je ale schopný mezi napsanými slovy najít své jméno (Cséfalvay, 2002, s. 305).

Kimlova klasifikace

Tato klasifikace je nejčastěji užívána ve foniatrii. Nevýhodou této klasifikace je, že nepohlíží na klienta z celkového postižení nervového systému. Čecháčková (2003, s. 152) uvádí toto rozdělení:

- **Motorická afázie** – typ jargon – vyskytují se neologismy, nelze popsat, o jaká slova jde. Je přítomna i akalkulie. Typ anartrie – pacient vydává skřeky, neartikulované zvuky. Chápání je uchováno.
- **Senzorická afázie** – typ jargon – u tohoto typu je nápadný výskyt žargonových parafrází, které nám umožní pochopit smysl výpovědi. Typ dyslogický – jedná se o těžkou poruchu řeči bez jakéhokoliv smyslu. Vzniká tzv. slovní zmatenost. Při amnestickém typu afázie není schopen pacient používat řeč ani si vybavit potřebný pojem.
- **Totální afázie** poukazuje na narušené všechny složky řeči. Není schopen porozumět řeči jako takové.

Lurijova klasifikace

Tato klasifikace zahrnuje komplexní pohled na fungování centrálního nervového systému a pohlíží na lokalizace léze. Rozděluje typy afázií podle místa léze a to na přední oblast mozku a na vzniklá poškození v zadní části mozku.

V precentrální části mozku se nachází **dynamická afázie** a je charakterizována neschopností vyslovit svoji myšlenku. Vše ostatní je zachováno. **Eferentní motorická afázie** se nachází ve stejné části mozku u ní je narušena schopnost artikulace a vázání hlásek na sebe.

V poscentrální lokalitě se nachází **aférentní motorická afázie**, která vyvolává neschopnost postavení mluvidel na potřebnou hlásku. Pacient neovládá rty. Dále pak **akusticko-mnestická** je spojena s narušením sluchově-řečové paměti. U **senzorické afázie** je narušené porozumění řeči a fonemická diferenciaci.

Hrbkova klasifikace

Hrbkova klasifikace vychází z teorie, že základní fyziologické mozkové mechanismy řeči tvoří soustava šesti korových okrsků. Rozdělení vychází z předpokladu, že mozkovou kůru tvoří komplex specifických analyzátorů a neuroefektorů. Do korových polí se dostávají vzruchy z ostatních analyzátorů a tam vznikají paměťové stopy. Hrbek klasifikuje těchto **šest okrsků**: propioceptivně logestetický, propioceptivně grafestetický, logomotorický, grafomotorický, akustický, optický. Dále rozděluje poškození na **nukleární**, které vzniká postižením jádra dané

kortikální oblasti a **disjunktivní**, kde vzniká narušení ve spojích mezi jádry (Čecháčková in Škodová, 2003).

Olomoucká klasifikace

Tato klasifikace se opírá o Hrbkovy teorie, ale jsou zde zúročeny zkušenosti z neurologické kliniky FN Olomouc, odkud tato klasifikace pochází. Afázie jsou děleny na expresivní, integrační, percepční, amnestickou a globální. Začne s nejllehčí formou.

- 1) Amnestická afázie – hlavním znakem, jak už z názvu vyplývá, je anomie, neschopnost pojmenování. Když má pacient pojmenovat nějakou věc, raději popíše funkci uvedené věci. Tento jev nazýváme sémantickou parafázií. Projevují se deficity v grafii, kdy nedokončují věty, nepíší interpunkční znaménka. Rozumění je zachováno, akorát je pro ně obtížnější opakování delších vět. Vzniká v parientálním laloku.
- 2) Expresivní afázie – se vyznačuje častým výskytem parafázií. Podle míry deformace slov je možné hodnotit závažnost postižení. Řeč je pomalá, těžce tvořená. V těžkých případech se objevují pouze slovní trosky. Porozumění řeči zachováno, nesmí mluvit ale více lidí. Při jednoduchých otázkách odpovídá nesmysly. Lexie a grafie je narušena, neporozumí obsahu čteného textu ani větných celků. Léze se nachází zpravidla ve frontálním laloku (Obereigner, 2013).
- 3) Integrační afázie – vzniká při poškození v parientálního laloku nebo na jeho pomezí. Integrační poruše dochází při zpracovávání informace na podkladu paměťových záznamů. Zpravidla bývá narušeno čtení, při mluvě je problém s výbavností slov, není jasný komunikační záměr. Primárně rozumí mluvenému slovu. U této afázie se projevuje Gerstmannův syndrom, který má čtyři prvky. Agnozie prstů ruky, porucha rozeznání levé a pravé strany těla, agrafie disociovaná, porucha kalkulie.
- 4) Percepční afázie – manifestuje oslabení funkce dekodování a rozumění řeči. Mluví snadno, ale pochopení a informační hodnota je nulová. V řeči jsou časté perseverace a postrádá kontrolu nad svojí řečí. Objevuje se rozpad logicko-gramatického rozumového ustrojení řeči. Čecháčková (2003) ji nazývá afatickou

pseudodemenci. Percepční afázii způsobuje léze v zadní části horního temporálního závitu a jeho pomezí.

- 5) Globální (totální) afázie – nejtěžší typ, který postihuje všechny kortikální funkce. Afatik je naprosto dezorientovaný a ničemu nerozumí. Při rozsáhlé lézi je tento stav neměnný (Čecháčková in Škodová, 2003).

2.2.2 Diagnostika afází

Důležité místo v diagnostice jazykových a kognitivních poruch u afází zaujímají testové metody neuropsychologické, kterou jsou speciálně zaměřené na detekci lézí v CNS. Uvedeme si pouze výběr těch nejčastěji používaných a podrobně popíšeme logopedickou diagnostiku. Z široké nabídky neuropsychologických metod a testových baterií jsou u nás nejčastěji využívány tyto (Preiss, 1998):

Lurijovo neuropsychologické vyšetření (Lurja, Christensenová, 1975) – provedení testu 2,5 hodiny je kvantitativně zaměřený kdy se číselně hodnotí příznaky a z nich se pak spočítá průměr, který určí stupeň afázie.

Neuropsychologická baterie Halstead – Reitan (Preiss a Hynek, 1991) – jedná se o screeningové vyšetření afázie. Psychologické testové metody jsou nezbytné pro jasné určení intelektové úrovně a paměťových schopností. Jsou součástí většiny testů (Neubauer, 2007).

Western Aphasia Battery – WAB (Kertezs, 1982) – testová baterie je tvořena osmi subtesty, kde se zkoumá spontánní projev, porozumění slyšené řeči, opakování, pojmenování, čtení, psaní, praxi, kalkule a prostorové vidění. Klasifikace je jednoduchá. Pacient získává body za každé cvičení, které v závěru určí typ afázie (Čecháčková in Škodová, 2003).

Boston Diagnostic Aphasia Examination – BDAE (Goodlas – Kaplan, 1972) jde o komplexní neuropsychologický a afaziologický test, který obsahuje barevné Ravenovy matrice. Matrice vykazují souvislosti mezi mluvním a verbálně-paměťovým výkonem. Jejich subtesty zachycují úroveň jazykových a mluvních schopností (Preiss, 1998).

Token test (DeRenzi, Vignolo, 1962) – tento test a test WAB je v ČR nejvíce používán pro logopedickou diagnostiku. V Token testu se vyhodnocují percepční schopnosti vyšetřovaného pacienta. Vyšetřovaný manipuluje se sadou barevných obrazců, podle verbálních pokynů testovatele. Zjišťuje se míra porozumění mluvené řeči (Neubauer, 2014).

Sreeningová zkouška afázie Aphasia Sreening Test – AST (Halsted, Wepman, 1959). Původní verze obsahovala 51 položek pokrývající většinu projevů afázie. Česká verze má 14 diagnostických kategorií a 32 položek. Je časově nenáročný a hodnotí i nelingvistické projevy (Obereignerů, 2013).

Mississippi Aphasia Screening Test – MAST/MAST-CZ (Nakase Thompson a kol, 2005, česká verze Košťálová a kol., 2008) je to screeningový test vhodný pro akutní fázi afázie. Patří mezi nejčastěji používané testy, zvláště kvůli krátkému časovému průběhu. Je rozdělen do devíti oblastí (viz příloha A), každá oblast se vyhodnocuje pomocí bodování. V závěru se získá index produkce, index slovního porozumění a celkový jazykový index (Lechta, 2005).

Při diferenciální diagnostice afázie je nutné si dát pozor na dysartrii. V případě dysartrie se vždy jedná o motorické narušení mluvidel, fonace a respirace. Též není narušeno porozumění řeči. Mutismus má projevy jako globální afázie. Také apraxie se dá snadno zaměnit za totální, nebo percepční afázii. Agnozie má podobný záměr, vyšetřovaný nereaguje na pobídku, protože věc nepoznává – ne proto, že by nerozuměl. Pro ucelnější představu přidáváme přehlednou tabulku.

Tabulka 1 Diferenciální diagnostika afázie x dysartrie

Afázie	Dysartrie
Porucha porozumění	Porozumění není narušeno
Agrafie – po obsahové (někdy i po formální) stránce je psaní narušené	Agrafie – po formální stránce narušené, obsah by měl být v pořádku
Poruchy vnitřní řeči	Bez poruch vnitřní řeči (korigují špatně napsaná slova, přeřeky)
Parafázie	Bez parafázií (poruchy artikulace se tak ale mohou jevit)
Artikulace hlásek někdy správně, někdy nesprávně	Konstantní poruchy artikulace
Léze v jedné hemisféře (kontralaterální postižení hybnosti poloviny těla)	Většinou při bilaterálních poškození mozku
Porucha individuálního jazykového systému	Porucha motoriky řeči (narušení polykání, artikulace, fonace, respirace a rezonance)
Alexie	Bez alexie

(archiv autora)

Logopedická diagnostika se opírá o výsledky lékařského a psychologického vyšetření. Zajišťuje propojení diagnostického a terapeutického procesu v oblasti řečových poruch. Úplně na začátku je potřeba navázat kontakt s pacientem. Pokud to stav pacienta dovolí, provede logoped alespoň orientační, screeningové vyšetření. V orientačním logopedickém vyšetření se zhodnotí aktuální stav řečové komunikace a identifikují se zachovalé komunikační schopnosti. Z nich bude vycházet při sestavování terapeutického plánu. Logoped může iniciovat další lékařské vyšetření jako je oční, otolaryngologie, oddělení protetiky a fyzioterapeut. Nejdůležitější je motivovat nejen pacienta, ale i jeho rodinu, která tvoří důležitý článek v ucelené terapii (Neubaer, 2014).

Pražské afaziologické vyšetření PAV (Budínová-Smělá, Mimrová 1964) vychází z původní Hrbkovy psychofyziologické koncepce vyšetření fatických funkcí. Vyšetřovaných oblastí je jedenáct. Průběh se zaznamenává grafickou křivkou s procentuálním výsledkem pro řečová centra.

- 1) Spontánní řeč – zaznamenává se v šesti stupních od úplné ztráty a výbavnost slov.

- 2) Reprodukce – od slabik až po souvětí.
- 3) Rozumění mluvenému slovu – porozumění gramatickým strukturám ve větě, reakce na úkoly a slovní pokyny.
- 4) Pojmenování – podle reálných předmětů a pak ve spojení s obrázky.
- 5) Automatické řady – počítání, dny v týdnu, text písně.
- 6) Čtení – slova, písmena, reprodukce čteného příběhu, obrázkové čtení.
- 7) Zpěv – melodie, rytmus, aktivní zpěv.
- 8) Počítání ústně – početní vztahy, numerace.
- 9) Počítání písemné.
- 10) Kreslení – opis slov, malování podle předlohy, spontánní projev, grafomotorika.
- 11) Psaní – podpis, své jméno, adresa, diktát slov, opis věty (Preiss, 1998, s. 295).

Vyšetření fatických funkcí VFF (Csévalvay, Košťálová, Klimešová, 2002) jedná se o kvalitativní vyšetření na určení typu afázie, které navazuje na Bostonskou klasifikaci. Nejenže získáme vyhodnocením typ afázie, ale výsledek přesně určí narušenou složku jazykového systému a charakterizuje úroveň komunikace. Testování začíná rozhovorem a skládá se z šesti částí.

1. Spontánní řeč – (rodina, těžkosti, záliby, automatické řady).
2. Porozumění větám, lexikální usuzování (významy slov).
3. Schopnost reprodukce slov, vět včetně pseudoslov.
4. Konfrontační pojmenování (20 obrázků, včetně sloves, odpovědi na otázky).
5. Čtení písmen a slabik, čtení pseudoslov, lexikální posuzování slov/ pseudoslov).
6. Psaní (opis písmen, slabik, slov, pseudoslov, jméno, adresa, diktát) (Neubauer, 2007).

2.2.3 Terapie afázie

Cílem logopedické terapie při afázii je co nejvíce ovlivnit, nebo kompenzovat komunikační deficit. Při diagnóze se neuvádí jen popis symptomů, ale současně prognózuje i výběr vhodné terapie a její očekávané výsledky. Dříve v rámci logopedické terapie fungovala pouze klasická stimulace. V současnosti probíhá řada

výzkumu na efektivitu terapie afatiků. Je mnoho směrů a přístupů v terapii, kdy každá směřuje k jiné oblasti komunikačních dovedností. Například Cséfalvay (2005) uvádí skupinovou techniku PACE, která se k nám přišla z USA. PACE se zacíljuje na zlepšení efektivitu komunikace u osob s afázií. Funguje na principu simulace běžné komunikační situace, při které dochází k výměně nové informace, kterou sděluje terapeut, nebo klient s možností volného výběru komunikačních prostředků. Rychlou zpětnou vazbou pro logopeda je porozumění informaci. Technika PACE umožňuje konverzovat na jakémkoliv téma. V rozhovorech se vždy odráží zájmy dané skupiny. Terapeut to samozřejmě může ovlivnit a funguje tam částečně jako moderátor (Lechta, 2005). Úkolem facilitátora je vymyšlení tématu a částečné promyšlení lekce. Pozoruje a podporuje ostatní afatiky, aby se zapojili do konverzace jakoukoliv modalitou jazyka. Vytváří podpůrné komunikační strategie a utváří pozitivní atmosféru. Při této skupinové terapii se doporučuje maximálně 6 účastníků, z toho je jeden terapeut a jeden logoped. Rodinný příslušník může být facilitátor. V současnosti máme v afaziologii dva hlavní terapeutické směry.

Kognitivně-neuropsychologický směr se soustřeďuje na vyhodnocení konkrétního deficitu a zpracovává strategické postupy. Obnovuje a kompenzuje zachované jazykové schopnosti. V ČR se s tím setkáváme sporadicky. Na Slovensku zkušebně testuje Cséfalvay (Klenková, 2006).

Pragmatický – funkcionální směr vychází z faktu, že pacienta je potřeba co nejdříve zařadit zpět do společnosti. Podstatou tohoto směru je obnovit schopnosti užívat jazyk a rozumět mu. Terapie vychází z faktu, že řeč v pragmatické rovině je zasažena nejméně, proto zde afatici zažívají pocit úspěchu, když vidí drobné pokroky v konverzaci (Klenková, 2007).

Klinický logoped na základě standardizovaných testů a jeho zkušeností vybere vhodný přístup k pacientovi. V praxi logopedů se přístupy kombinují a hledají co možná nejefektivnější prvky z nich, aby byla terapie co nejvíce přínosná a zkvalitnil se jeho budoucí život. Vhodné je zařadit o skupinové terapie, které se nyní dostávají do popředí. Lidé po CMP bývají často sociálně izolováni a tím nemají dostatek komunikačních příležitostí. Skupinové sezení přirozeným způsobem stimuluje interakci mezi zúčastněnými, vzájemně si vyměňují komunikační role, což přispívá k jejich sebevědomí (Lechta, 2005).

V rámci terapie se využívá i multimediálního zařízení. Nejznámější v českém jazyce je soubor program **Mentio**. Tento soubor zahrnuje osm různých titulů – základní slovní zásoba a cvičení pro logopedickou praxi, dějové posloupnosti, procvičování paměti, zraková percepce, matematické operace s penězi, sluchová paměť, fonace a modulace hlasu a nahrávání zvukových nahrávek. Při reedukaci řeči musí logoped brát v potaz ovlivňující faktory, kterými jsou rozsah a lokalizace léze, socioekonomický status pacienta, časové stádium poruchy v rámci regeneraci a prognózy (Neubauer, 2014).

Hudba dokáže jít dál, což je právě u afázií podstatné. **Melodicko-intonační terapie (MIT)** se v praxi využívá k reedukaci komunikačních schopností po CMP. Pacient si je schopen zpravidla vybavit text na základě zazpívané jednoduché písně. Následně dokáže zazpívaná slova aplikovat do spontánní řeči. Zpíváním známé písně se aktivizují funkce pravé hemisféry, zatímco při mluvení se aktivizují levohemisferální procesy mozku. Tudíž pacienti s lézí na levé straně budou schopni zpívat texty naučených písní (Cséfalvay, 2007).

Podle Mimrové by měli využívat logopedi tyto doporučené zásady a postupy v terapii. Maximální využití obrazového a názorného materiálu kvůli rozvoji pojmové zásoby. Obrázky by měly v afatikovi vyvolat spontánně verbální či psaný nebo čtený projev. Zkouší dokončování neúplných vět a odpovědí na možné otázky. V případě sensorické afázie je potřeba provádět činnosti dle pokynů, rozvíjet a podporovat schopnosti vnímat mluvenou řeč. V případě alexie se začíná znovu s analyticko-syntetickou metodou čtení (Preiss, 1998).

2.3 Dysartrie

Jedná se o organické poškození centrální nervové soustavy a je velmi často spojeno s poruchou řečové komunikace. Je to nejtypičtější motorické narušení řeči. Nejtěžší stupeň dysartrické poruchy se nazývá anartrie a projevuje se absolutní neschopností verbálního projevu. Při dysartrii jsou porušeny v různých stupních základní modalita motorické realizace řeči – respirace, fonace, rezonance a artikulace (Klenková, 2006). U dospělých osob vzniká zpravidla po cévní mozkové příhodě, nebo po operacích, infekcích mozku, úrazech hlavy, či toxických poškozeních centrálního nervového systému. Dysartrie se projevuje také u degenerativních onemocnění, především u Parkinsonovy nemoci, nebo roztroušené skleróze. Bývá typickým znakem

pro řeč dětí s dětskou mozkovou obrnou. Forma a stupeň dysartrie se odvíjí podle lokalizace a velikosti léze. Narušeny jsou pyramidové dráhy a extrapyramidový systém. Pro tvorbu řeči mají primární význam hlavové nervy. Nervy mohou být porušeny jednostranně, nebo oboustranně. U dysartrií bývají narušeny tyto nervy: trojklaný nerv, lícní nerv, jazykohltanový nerv, bloudivý nerv, podjazykový nerv (Preiss, 1998).

2.3.1 Symptomy a klasifikace dysartrie

Typické symptomy pro dysartrii jsou narušené motorické projevy mluvních orgánů a jejich hybnost, artikulace, respirace, kdy hlavně kolísá výdechový proud, fonace, prozodické faktory řeči, salivace. Uvedeme **neurologickou klasifikaci**, která vychází z umístění lézí v nervovém systému a z jejich projevu (Petrovský, 1996, s. 5).

Dysartrie periferní, flakcidní

Vzniká poškozením jader mozkových nervů inervujících řečové mechanismy. V případě CMP se nachází léze v oblasti mozkového kmene. Projevy dysartrie jsou monotónní a nezřetelný projev, narušeno dýchání, hypernazalita. Doprovodným symptomem je chraptivost a porucha polykání.

Dysartrie spastická, centrální

Postižení vzniká mezi prodlouženou míchou a bílou hmotou hemisfér mozku, nejčastější příčinou je CMP. Objevuje se centrální paréza, poruchy polykání, snížená mobilita, narušeno sekundární patro a dávivý reflex. Nepřesná artikulace konsonantů. Hlas je chraptivý, bývá přítomna fonační stenóza. Dýchání je mělké – redukováná vitální kapacita.

Dysartrie ataktická, cereberální (mozečková)

Poškození je přímo v mozečku a v nervových drahách s ním spojených tvoří tzv. neurologicky cereberální syndrom. Je narušena koordinace všech svalových skupin. Vyskytuje se otevřená huhňavost, nepřesná artikulace, řeč je pomalá, prodlužují se intervaly mezi hláskami, slabiky jsou vyráženy, neudrží tempo mluvy. Tento typ dysartrie je častý u roztroušené sklerózy. Kolísá v dýchání i intenzitě hlasu.

Dysartrie extrapyramidová – hypokinetická

Vzniká poruchami činností bazálních ganglií, především u parkinsonismu. Přítomen je klidový třes a ztráta pohybových automatismu. Narušené je dýchání, některé hlásky jsou vyrážené, jako by docházel dech. Kompletně narušena prozódie. Orální pohyby jsou malé a tempo řeči rychlé. Mezi odříkanými slabikami v důsledku tempa nejsou žádné mezery a řeč asociuje brumlání či bzučení.

Dysartrie extrapyramidová – hyperkinetická

Vzniká v rámci choreatického, či atetoidního syndromu, Huntingtonovy choroby, kde se dostavují mimovolní pohyby. Řeč je hlasitá, drsná a je v ní výrazný tremor. Řečové mechanismy mohou být přerušovány náhodnými pohyby, či trvale rušeny neovladatelnými pohybovými automatizmy včetně prolongů. Končetiny jsou hypotonické a pacient není schopen stabilního držení těla.

Dysartrie smíšená

Projevuje se známkami periferních i centrálních paréz, vzniká buď kombinací více lézí CNS, nebo při degenerativních onemocněních. Tato dysartrie může být přechodná z důvodu intoxikací léky, nebo drogami. Nejviditelnější projev je v hlasu – jeho intenzita, přízvuk, frázování a verbální apraxie (Love, 2009).

2.3.2 Diagnostika dysartrie

Logopedická diagnostika se opírá o výsledky neurologického vyšetření a zhodnocuje projevy poruch řečové komunikace. Hlavním cílem je zjistit poruchu, která je zodpovědná za nesrozumitelnost řeči. Využívají se k tomu kvalifikované testy a škály. Nejznámější škála je od terapeutky **Robertson – Dysarthria Profile**, která hodnotí tyto oblasti: respirace; fonace; faciální svalové činnosti; diadochokinéza; reflexní činnosti spjaté s polykáním, žvýkáním a kašláním; artikulace; srozumitelnost četby; tempo a prozódie řeči. Má orientační hodnocení, dá se aplikovat i u vývojové dysartrie. Test je kvantitativní. Při hodnocení testu, je důležité si poznačit zdravotní stav pacienta a zaznamenat datum a čas. Každá položka testu je hodnocena: dobré – přijatelné – špatné (Neubauer, 2014).

V oblasti diagnostiky dospělých osob používáme **Test 3F – dysartrický profil**. F1 – Faciokineze, F2 – Fonorespirace, F3 – Fonetika. Vyhodnocuje se níže zapsaným bodováním.

0 bodů – pacient úkol neprovedl nebo jen náznakem

1 bod – potíže s provedením úkolu, ale zvládne ho

2 body – správně provedený úkol

Tento test zařazuje a diferencuje pacienta do výše zmíněné klasifikace. Dále je umožněno identifikovat zachované řečové schopnosti využitelné pro kompenzační postupy. Další jsou tyto **logopedické testy** Gutzmanova A-I zkouška, Heidelberský protokol vyšetření dysartrie. V rámci diferenciální diagnostiky je odlišena vývojová dysfázie, při které vzniká centrální porucha zpracování řečového signálu. U dyslalie je sice nerušena artikulace, ale je v pořádku respirace a rezonance. U dysartrie oproti afázii nejsou postiženy fatické funkce (Neubauer in Škodová, 2003).

2.3.3 Terapie dysartrie

Pro úspěšnou terapii je zásadní včasný a neodkladný začátek. U náhle vzniklých dysartrií umožní maximální obnovení narušených funkcí. Po poúrazových stavech, nebo CMP by měl být pacient již v kontaktu s logopedem a zahájit stimulaci klidovým prostředím. V rámci terapie je nutné nepodcenit stav pacienta a neustále ho přiměřeně k věku motivovat. Stimulují se spontánní motorické řečové schopnosti. Nacvičuje se správný svalový tonus a relaxaci celého těla. Relaxační cviky se dělají pro navození sebekontroly nad stavem svalového tonu celého těla, zvláště pak mluvidel. Doporučuje se nácvik autogenního tréninku. Stimulace zahrnuje vytvoření a udržení očního kontaktu. Napodobování motorických činností včetně artikulačních postavení. Využívá se orofaciální masáž. Od jednoduchých artikulačních postavení se zkouší aktivní napodobování slov, včetně větné vazby. Procvičuje se fonemický sluch, kdy pacient vybírá za pomoci předmětů správné slovo. Opět je využíván program Mentio a Speech-Viewer (viz kapitola 2.2.3). V terapii dysartrie jsou modifikována různá respirační, fonační, rezonanční a artikulační cvičení. Stěžejní oblastí globálních metod je spojení s pohybem. Jelikož se jedná o komplexní terapii, logoped úzce pracuje s fyzioterapeutem:

- Bobathova metodika – tato metodika je pro práci s logopedickou terapií nejvíce motivující. Má široký koncept rozvoje hybnosti. Logopedi jí využívají zejména při práci s dětmi s DMO. Základem rehabilitačního postupu je využití reflexně-inhibičních poloh, které tlumí nežádoucí tonické reflexy a umožňují facilitaci vývojové řady hybnosti. V rámci této terapie se zaměřují na celkové zacházení s dítětem a jeho sociálních problémů (Neubauer in Preiss, 1998).
- Kabatova metodika – metodika je založena na diagonálách, z nichž se skládá otáčení a plazení, následuje vzpřimování. Toto cvičení je možné využít i u menších dětí.
- Vojtova metoda – nejdůležitější součástí terapie je rehabilitační pracovník. Tato metoda, jako jedna z mála, přesně rozlišuje svalové funkce reflexní lokomoce, odpovídající svalové diferenciaci aktuálního motorického vývoje člověka. Je to nejčastější uplatňovaná metoda po cévní mozkové příhodě. Reflexní lokomoce je vybavitelná v každém věku. Spoušťové zóny aktivují řečový rozvoj, jde především o obličejové oblasti. V konceptu logopedické intervence potřebujeme znát vývojové stupně motoriky (Klenková, 2007).
- Metoda Castillo-Morales – pochází z praxe rehabilitačních lékařů z Argentiny. Při této terapii se dráždí (pohlazením, tlakem, tahem, vibrací) motorické body v obličeji, které působí na aktivaci potřebných svalů. Opět je na bázi reflexů.
- Myofunkcionální terapie — odstraňuje svalové nerovnováhy v orofaciální oblasti. Vyvozuje řečově motorické prvky za pomoci správného dýchacího vzoru, zvýšené síly retního uzávěru a správné motoriky jazyka. U získaných dysartrií má velmi dobré výsledky (Bytešníková in Klenková, 2007).
- Myofunkční terapie podle Kittel – metodika je modifikací myofunkční terapie profesora Garlinera. Na základě své osobní zkušenosti sestavila německá logopedka, soubor cvičení pro odstranění poruch polykání. Terapie se zaměřuje na reedukaci svalové nerovnováhy v orofaciální oblasti. Doporučená je hlavně při artikulačních obtížích jako dysartie, dyslalie a myofunkční porucha. Pracuje se zvýšenou silou retního uzávěru, nastavení správné polohy jazyka a dýchání nosem (Lechta, 2005).

2.4 Dysfagie

Dysfagie je porucha polykání. Vyskytuje se po náhlé CMP a je spojena s narušenou komunikační schopností. Dochází k ní oboustrannému narušení hlavových nervů. Při dysfagii je znemožněn příjem stravy a tekutin. V nejhorších případech ohrožuje pacienta na životě, z důvodu vdechnutí stravy, nebo tekutin do dýchacího ústrojí. Objevuje se u roztroušené sklerózy, obrny mozkových nervů, Parkinsonovy nemoci, refluxního onemocnění jícnu a nádorovitých onemocnění. Dysfagie je přesahující obor klinické logopedie. Využíváme interdisciplinární přístupy, které propojují tyto obory: otorinolaryngologie, foniatrie, neurologie, radiologie, chirurgie, psychiatrie, interní lékařství, fyzioterapie, klinická logopedie, neuropsychologie, ergoterapie.

Samostatné polykání zajišťuje šest hlavových nervů (viz kapitola 2.1) – nerv trojklanný, nerv lícní, nerv jazykohltanový, nerv bloudivý, nerv přídatný a nerv podjazykový. Samostatné polykání má čtyři fáze – přípravná, fáze orální, fáze faryngeální, fáze ezofaryngeální. Při polykání chrání dýchací cesty před vniknutím potravy tři mechanismy – epiglottis; ventrikulární řasy; kašel. V případě, že tyto mechanismy nefungují, může dojít k tiché respiraci, která recidivuje CMP. Z hlediska vůle rozdělujeme polykání na fázi vědomou a nevědomou.

Fáze vědomá – potrava je v ústech zpracovávána za pomoci zubů, slin a jazyka. Vytvoří se bolus, který je vpraven do hltanu.

Fáze nevědomá – začíná vzruchem v receptoru v hltanu, což je reflexní podnět k procesu polykání. Hrtan se zvedne a hrtanová příklopka zabrání vstupu potravy do hrtanu. Dýchání se pozastaví a potrava vstoupí přes hltan do jícnu (Dobias in Neubauer, 2014).

2.4.1 Diagnostika dysfagie

Vychází se z radiologického a endoskopického vyšetření, které nám zobrazí anatomické, či fyziologické změny. Dále je důležité mít foniatrické a ORL vyšetření, které napomůže při diferenciální diagnostice mezi dysartrií, afázií a dysfagií. Při diagnostice využíváme modifikovaný **test Dysfagie-Bedside-Test**. V něm se zjišťuje pohyblivost spodní dutiny ústní, způsob žvýkání a polykání pevné a tekuté stravy, délka a fáze polykání, reflex kašláni a dávivý reflex, koordinace dýchání, žvýkání a polykání.

Z 90 % pacientů, se příčiny poruchy zjistí již ze sestavení anamnézy. Logoped za pomoci sond a doteků pacient dovyšetří.

Screeningové vyšetření **GUSS (The Gugging Swallowing Screen) Trapl et al 2007**. Používá se nejčastěji po CMP v akutní fázi. Vyšetření probíhá na lůžku a prvně ho provádí zdravotní sestra z neurologie. Test je rozdělen na přímou a nepřímou část. V přímé části pacient zkouší 3 subtesty polykání – zahuštěná tekutina, tekutina a pevná strava. Všechny činnosti se bodují o 0 až do 5. Všechny informace se zaznamenávají do archu (viz příloha B). Nepřímá část testu vychází z bdělosti pacienta, schopnosti zakašlat, nebo odkašlat, polykání slin. Hlas by měl být beze změn. Výsledek testu je získán součtem přímého a nepřímého testu polykání. Maximální počet je 20 bodů, což je normální schopnost polykání. Následnou terapii provádí klinický logoped (Fakultní nemocnice Brno 2017).

2.4.2 Terapie dysfagie

Terapie se odráží podle příčiny a lokalizace poruchy. Nejčastěji jsou využívány kompenzační a terapeutické strategie. Kompenzační strategie vychází ze správné techniky držení těla, posílení sensorických podnětů, změnu objemu, rychlosti a konzistence stravy. Terapeutické strategie vychází z nabídky cvičení motoriky mluvidel. Stimuluje se sensorická integrace a polykací manévry (Kaulfussová in Škodová, 2003).

Během terapie se soustřeďuje na eliminace hypersalivace. Zacílená terapie učí pacienty sebekontroly nad salivací. Stimuluje se pacient tappingem a posilováním retného uzávěru. Důležitost má nosní dýchání, které zpřesní kontrolu slin v ústech. Po úrazech hlavy a CMP se doporučuje dechová terapie. Pravidelné a vědomé dýchání včetně zesíleného výdechového proudu a prodloužené dechové fáze, vedou nejen ke správné artikulaci, ale umírní svalové napětí. Tím se pak zvýší kontrola v dutině ústní nad množstvím slin. Také se využívá terapie ledovými tyčinkami a drážděním dávivého reflexu a zatínání proti pevné podložce (Klenková, 2007).

Facioorální terapie FOT – terapie je prováděna zejména logopedy a ergoterapeuty. V poslední době má velký rozvoj a je nedílnou součástí každého rehabilitačního konceptu. První část terapie spočívá v aktivaci krční páteře, při mobilizaci páteře umožňujeme lateralizaci i flexi. Dalším prvkem je aktivace mimických svalů. Stimuluje se kinesteticky a taktilně. Využívá nejen povrchovou stimulaci, ale také vnitřní, v dutině

ústní. Posledním bodem je právě dutina ústní – začíná se masáží dásní, hýbáním svaloviny ve tvářích, pasivním pohybováním jazyka. Podmínky započetí orálního příjmu potravy je aktivní držení hlavy, pravidelné polykání slin, odkašlávání a jasné vědomí (Lippertová-Grünerová, 2015). V rámci kompenzačních metod se cvičí polykací techniky, které slouží k posunu sousta do jícnu a zabraňují aspiraci. Využívají se pomůcky k pití (brčka, kojenecké lahve, sondy). Pokud nestačí terapie polykání a medikamentózní léčba, bývá nutný chirurgický zákrok a to v podobě zavedení výživové žaludeční sondy (Kejklíčková, 2011).

3 Komplexní rehabilitace po cévní mozkové příhodě

Léčba osob po CMP by měla být vždy **komplexní**. To znamená, že se na ní podílejí všichni odborníci z lékařských i nelékařských oborů. Rehabilitace nastává hned v nemocnici, kromě lékařů je do ní zapojen fyzioterapeut, ergoterapeut, klinický logoped, psycholog, sociální pracovník. Nejdůležitějším aspektem, který tvoří velkou část terapie, je **rodina a domov**.

Smyslem **léčebné rehabilitace** u osob po cévních mozkových příhodách je napomoci úpravě hybnosti a kompenzovat následky poškození mozku. „*Rehabilitace je činnost, jejímž cílem je optimální znovuobnovení fyzických, psychických, sociálních a pracovních schopností jedince, které byly sníženy v důsledku úrazu nebo onemocnění*“ (Obenberger, 2004, s. 342).

Na **komplexní rehabilitaci** je pohlíženo jako na interdisciplinární obor, který zahrnuje péči nejen zdravotnickou, ale také sociálně – právní a pedagogicko-psychologickou. Jesenský (1995) užívá pro komplexní rehabilitaci převzatého termínu komprehensivní rehabilitace a dělení ji na čtyři hlavní složky – rehabilitaci léčebnou, pracovní, sociální a pedagogickou (Jankovský, 2001).

Jak je již napsáno v předchozích kapitolách, rehabilitace pacientů po CMP je velice důležitá. Nutností je, aby byla včasná. Základní rehabilitační tým by měl být složen z lékařů, fyzioterapeutů, ergoterapeutů, klinického logopeda a psychologa. Potřebný je i sociální pracovník a zdravotnický personál.

Cílem léčebné – rehabilitační terapie je maximální obnovení hybnosti, řeči a nácvik soběstačnosti. V rámci léčebné rehabilitace je potřeba i sekundární prevence CMP, která spočívá v navržených lékařských postupech – kontrola hypertenze, procvičování hemiparetických částí, dodržování farmakologické léčby, využívání kompenzačních pomůcek. Fyzioterapeuti nabízejí různé druhy fyzikální terapie, která se odvíjí podle zasažené léze v CNS. Využívají termoterapii, koupele, elektroterapie, hydroterapie, fototerapie a kinezioterapie. **Léčebná terapie** neprobíhá jen ambulantně, ale pacientům jsou nabízené rehabilitační a lázeňské pobyty. Návrh na lázeňský pobyt sepisuje neurolog po konzultaci s interním lékařem, který zároveň potvrzuje, že pacient může mít zatížen kardiovaskulární systém. Nejvhodnější pobyt je hned po odeznění

akutního stádia, pobyt trvá zpravidla tři týdny. Po dvou letech od vzniklé CMP může pacient znova požádat o pobyt (Országh, 1995).

Ergoterapie svým způsobem zasahuje do všech oblastí výše jmenovaných. V základu má ergoterapie čtyři oblasti. Výchova soběstačnosti – pacienti si znovu fixují základní činnosti, jako je osobní hygiena, stravování, samostatné vylučování. Probíhá nácvik v instrumentálních činnostech, jako je manipulace s penězi, cestování, nakupování a péče o domácnost. Ergoterapie cílená na postiženou oblast procvičování jemné a hrubé motoriky, orofaciální oblast. Procvičování úchopů a grafomotoriky, včetně rozvíjení kognitivních funkcí – všechny typy paměti, orientace v čase a prostředí. Činnosti vycházejí vždy z praktických potřeb pro život např. zapamatování si nákupního seznamu, vybavení si telefonního čísla na rodinného příslušníka. Tato cvičení se realizují i v nácviku pracovního postupu – fáze přesazování květin. Pracovní ergoterapie zajišťuje následné začlenění do pracovního procesu, včetně potřebných úprav prostředí. Soustřeďuje se i na trvalé následky pacientů a hledá možná východiska pro jiné uplatnění. Postupná zátěž při rekonvalescenci usnadňuje pracovní návrat (Krivošíková, 2011).

Když člověk onemocní, změní se mu náhle život. Postupně ztrácí všechny sociální vazby a kontakty. Stává se z něj sociálně vyloučený jedinec. Není to však pravidlem. Mezi **sociální péčí** po CMP, můžeme zařadit konzultace se sociálním pracovníkem, který pacientovi vše vysvětlí a nabídne mu potřebné služby. Sociální pracovník by měl být od počátku ve spojení s rodinou a sledovat sociálně ekonomický status rodiny. Pokud pacient zůstal na své postižení sám, může využít službu denních, nebo týdenních stacionářů, domovy pro osoby se zdravotním postižením, chráněná bydlení, centra denních služeb, nebo osobní asistentku. **Sociální rehabilitace** poskytuje ekonomické zajištění, integraci a resocializaci osobám se zdravotním postižením. Její snahou je zvýšit kvalitu života pacienta. Na sociální rehabilitaci se podílí zdravotnická a školská zařízení, orgány a zařízení sociálního zabezpečení státu, nestátní organizace, občanská spolky a rodina.

V rámci občanských spolků a rodiny jako takové, je potřeba rozvíjet zájmové činnosti pacienta. Pacient si může žádat o invalidní důchod v případě, když nedosáhl věku 65 let, nebo důchodového věku. Dále pak může dostávat příspěvek na péči, mobilitu a kompenzační pomůcku (Votava, 2005).

Logopedická intervence zahrnuje jednu z nejdůležitějších terapií po CMP. Cílem logopedické intervence u dospělých osob je rozvoj a obnovení narušených řečových oblastí a zachování dobré kvality sociálního kontaktu s okolím (Neubauer, 1997). Terapii zajišťuje klinický logoped, který po komplexním vyšetření a stanovené diagnóze, sestavuje logopedický terapeutický plán. V rámci intervence využívá tyto pomůcky: obrázky k rozvoji slovní zásoby, slabikář, zrcadlo, logopedické sondy a špachtle, rotavibrátor, magnetofon, mikrofon, knihy a časopisy, tablet a počítačové programy. Vybírá vhodný druh komunikace **AAK** – Bliss, Makaton, Piktogramy. Logopedická intervence u pacientů po CMP vychází z těchto metod a možností cvičení.

Polohováním se docílí stabilizaci svalového napětí – využívá se Jacobsonova progresivní relaxace nebo autogenní trénink. Při závažných poruchách hybnosti asistuje fyzioterapeut a využívají se polohovací pomůcky. Terapie orofaciální oblasti a obnovování hybnosti svalové síly. Cvičení proti odporu. Vyvozování správné polohy mluvidel pro přípravu artikulace.

U dysfagie se masíruje měkké patro a patrohltanový uzávěr, trénink polykání. Vdechování do balonku, sání a foukání do brčka. **Dechová cvičení** – zvláště pak nácvik měkkého hlasového začátku, plynulost výdechového proudu. **Artikulační cvičení** – využívá sluchovou a vizuální kontrolu v zrcadle. Zařazuje se **myofunkční terapii** podle Kittel. Neapeluje se na přesné výslovnosti, ale snaží se, o co největší srozumitelnost. Následují různá slovní cvičení na větnou prozódii a intonaci. **Rytmizačně intonační cvičení** – využívá se mutimediální techniku s vhodným programem například Visible Speech. Procvičuje se i neverbální složka řeči (Neubauer, 2007).

Huber, Springer a Willmes (1993) doporučují projít v rámci **logopedické terapie** tyto tři fáze:

1. Fáze aktivační – obnovení narušených řečových funkcí. Stimulace všemi dostupnými prostředky.
2. Fáze symptomově-specifická – reedukace lingvistických poruch a reaktivizace kompenzačních strategií.
3. Fáze konsolidační – trénink konverzace s využitím gest a neverbálních projevů (Cséfalvay, 2007).

Stejně jako u rehabilitačních poruch je doporučovaná skupinová logopedická terapie. U pacientů s přijatelnou srozumitelností řeči, je vhodné využít skupinová sezení pod vedením logopeda, který koordinuje nově obnovené motorické a řečové schopnosti pacientů. Terapeut se snaží o vytvoření co nejširší škály sociálních situací. Při tvoření **skupinové terapie** dodržujeme tyto tři důležité cíle.

- Tvořit pro pacienty interaktivní prostředí, stimulující ke komunikaci.
- Zahajovat sezení vždy typickou skupinovou činností jako je PACE.
- Vhodný prostor pro všechny členy terapie.

Kromě typických jazykových aktivit se doporučuje hrát společenské hry a tvořit památníky. Nepochybně potřebná je primární, individuální logopedická péče, ale vzhledem k nesporným výhodám skupinových terapií, se mnoho odborníků přiklání, právě ke skupinové logopedické intervenci. Kromě skupinových terapií pro pacienty po CMP mají logopedi potřebu vytvářet tzv. podpůrné skupiny pro rodinné příslušníky, kde se příbuzní dozvědí informace o jejich problematice a naučí se s nimi komunikovat (Lechta, 2005).

3.1 Logopedická terapie v akutním stádiu

V případě, že pacient je včas hospitalizovaný na jednotce intenzivní péče, nebo přímo na iktové jednotce, je mu poskytnuta logopedická péče již druhý den po vzniku CMP. Terapie v akutní fázi je nejintenzivnější a je prováděna individuálně zaměřená na obnovu fatické poruchy a zjištění psychické rovnováhy. Během tohoto stádia se musí pacient polohovat vždy po dvou hodinách. Stěžejní roli hraje stabilizace. Pokud pacient není ve stabilní poloze, vyvolává se spascitita. Když pacient vydrží komunikovat s logopedem alespoň 15 min, je možné provést základní vyšetření, ze kterého utvoří východiska pro terapeutický plán. **Ergoterapeut** začíná pravidelně s nácvikem sebeobsluhy. **Logoped** si u nejtěžších pacientů na základě svých zkušeností rozdělí do těchto třech skupin

- Pacienti komatózní, soporózní – doporučují se pouze doteky se slovním doprovodem. Možné využít i bazální stimulaci.
- Pacienti somnolentní – vycházíme opět z doteků a dechových cvičení. Pacient si potřebuje hlavně uvědomit sám sebe a polohu svého těla. Vnímat kde má ruce,

nohy, hlavu. Zkouší hýbat jmenovanou částí těla. Zkoušet různé techniky dýchání, pokud zrovna nejde o senzoryckou afázii, může pokračovat např. muzikoterapii. Dbá se, aby pacient měl naprostý klid.

- Pacienti s adekvátní odezvou – jako první vyšetřujeme kortikální funkce, podle kterých určíme typ a stupeň poruchy. Včasná stimulace předchází vzniku logofobie, depresivních stavů a špatných řečových návyků.

Ztráta, nebo jakékoliv omezení komunikační schopnosti znamená obrovské trauma nejen pro pacienta, ale i pro rodinu. Kromě logopedické péče je na místě i **psychoterapie**. Pokud to stav dovolí, logoped pracuje s pacientem několikrát za den. Jako podpůrnou stimulaci využíváme neverbální komunikaci a práci s dechem. Logoped veškerou terapii konzultuje s rodinou a oznamuje jim prognózu, následně jim navrhuje ambulantní docházení nejlépe s doprovodem.

Následuje stádium subakutního stavu. V této fázi se učí pacient sedět na lůžku, důraz je kladem na udržení rovnováhy vsedě. Postupně se přechází na polohu vleže na břiše s oporem o předloktí. Procvičuje se jemná motorika, dlaňový úchop až po grafomotorická cvičení (Škodová, 2003).

3.2 Logopedická terapie v chronickém stádiu

Terapie v chronické fázi je organizovaná **individuální** i **skupinou**. Současně by mělo probíhat poradenství s rodinnými příslušníky. Skupinová terapie se zařazuje až po odeznění akutní fáze. Cílem chronického stadia je obnova porušených sociálních kontaktů vznikající narušenou komunikační schopností. V případě, že pacient se dostává k logopedovi až v chronickém stadiu, musí logoped stanovit nižší cíle, kterých je pacient schopných dosáhnout. Nadále se rozvíjejí oblasti komunikace, které pacient užije v praktickém životě. Logoped nesmí dávat rodině zbytečné naděje a nereálné cíle, protože to pacienta může následně frustrovat. Klinický logoped dbá na svůj přístup k pacientovi a nechová se k němu jako k dítěti. V případě přetrvávajících potíží se volí kompenzační strategie v podobě AAK. Jako motivaci pro pacienty se nabízí rekondiční pobyty a různé volnočasové aktivity v občanských sdruženích (Kutálková, 2007).

3.3 Podpůrné organizace zabývající se cévní mozkovou příhodou

Logopedickou intervencí po CMP zajišťují logopedi z těchto rezortů. V rezortu Ministerstva zdravotnictví poskytují péči kliničtí logopedové v poradnách a ambulancích. Též zajišťují odbornou péči ve specializovaných odděleních v nemocnicích, foniatrii a rehabilitačních ústavech. V rezortu Ministerstva práce a sociálních věcí je logopedická intervence součástí komplexní rehabilitace v ústavech. V rámci udržování a navazování nových sociálních kontaktů existuje řada spolků a organizací věnující se péči lidem po CMP. Jejich náplně jsou různé, sdružují se celé rodiny někdy jen samotní jedinci. Pořádají různé volnočasové akce, pobyty, odborné semináře poskytují ucelenou terapii. Nyní si uvedeme ty nejznámější, které mají i pobočky v jiných městech v České republice.

CEREBRUM – Sdružení osob po poranění mozku a jejich rodin, které bylo založeno v roce 2007 se sídlem v Praze. Nabízí rehabilitační a rekondiční programy, svépomocné aktivity pro rodinné příslušníky poskytující vzájemnou podporu pečujících blízkých osob, poradenství a vzdělávání a podávání informací formou přednášek, svých publikací a půjčováním knih. Zaměřují se na obnovu a rozvíjení ztracených, nebo poškozených schopností a dovedností a také na posílení samostatnosti. Mají vlastní poradenský servis ve všech podobách. Takže se opravdu dorozumí každý (Cerebrum 2013).

ICTUS je společnost sdružující lidi po CMP. Byla založena v roce 2007 se sídlem v Praze. Jejím hlavním cílem je navrátit pacienta po CMP do běžného života. Poskytují rekondiční pobyty, poradenství s výběrem možných terapií. Ictus má vlastní koncept metodiky, která vychází z plavání (Ictus 2016).

KLUB AFASIE je občanské sdružení sídlící v Praze, které podporuje osoby s afázií. Napomáhá jim k efektivnímu užívání mluvené řeči. Poskytuje sociální integraci. Svoji aktivitu se snaží dát do povědomí laické veřejnosti. Nabízí skupinové logopedické terapie, pobyty, ostatní terapie. Na jejich stránkách je možné stahovat si pracovní listy na rozvoj slovní zásoby a grafomotoriky (Klub afasie 2017).

LOGO je občanské sdružení se sídlem v Brně. Pomáhá osobám s poruchami komunikace a hybnosti nejenom formou terapeutického působení, ale také prostřednictvím cenných informací o možnostech výhod a příspěvků, které mohou výrazným způsobem usnadnit život. Klientů je k dispozici sociální pracovník. Poskytují

pomoc při hledání vhodného pracovního místa. Jako jedny z mála mají službu domu a kroužky pro dospělé. Logopedi dochází za klienty na terapii domů, právě z důvodu omezené hybnosti po CMP. Mají vlastní divadelní spolek GO, který navštěvují lidé s různými poruchami řeči (Občanské sdružení logo 2017).

SDRUŽENÍ CMP – jak už z názvu vyplývá, zabývá se rehabilitací osob po CMP. Jedná se o občanské sdružení, které funguje od roku 1990. Mají po celé republice své kluby – odloučená pracoviště, která organizují sociální rehabilitaci. Poskytuje poradenskou činnost, vzdělávací a volnočasové aktivity, socioterapeutické činnosti, například nácvik jemné motoriky, arteterapii, trénink paměti a koncentrace, fyzioterapii. Sdružení CMP můžeme hledat v těchto městech: Brandýs nad Labem, Havlíčkův Brod, Brno, Liberec, Orlová, Poděbrady a Teplice. Pravidelné a velmi oblíbené jejich klienty, jsou rekondiční pobyty (Sdružení CMP 2016).

EMPIRICKÁ ČÁST

Teoretická část práce představila možné typy narušené komunikační schopnosti po cévních mozkových příhodách, jejich diagnostiku i následnou terapii. Empirická část práce navazuje na teoretickou část a zabývá se analýzou logopedické intervence pacientů po cévní mozkové příhodě. Tato část obsahuje cíle práce a výzkumné otázky, popis výzkumného vzorku a výsledky vlastního šetření.

4 Vymezení cíle práce a výzkumné otázky

Cílem praktické části je popsat a následně analyzovat logopedickou intervenci v procesu terapie dospělých osob po cévní mozkové příhodě, dále už jen CMP. Analýzou zjištěných skutečností poukážeme na nutnost včasné logopedické intervence a potřeby komplexní terapie. Využíváme kvalitativní výzkum, jehož nedílnou součástí jsou **výzkumné otázky**:

- Vo1** Jak a kde probíhá logopedické vyšetření u osob po CMP v akutním stádiu?
- Vo2** Jak probíhá terapie po CMP u osob s afázií v akutním stádiu?
- Vo3** Které metody se u osob po CMP s afázií uplatňují nejčastěji, bez ohledu na typ afázie?
- Vo4** Jaká je úspěšnost terapie a co jí podmiňuje?

4.1 Průběh šetření

Abychom mohli získat odpovědi na výzkumné otázky a mohli objektivně data analyzovat, potřebovali jsme získat vhodné respondenty, nejlépe v akutním stadiu po CMP. Oslovila jsem několik nemocnic v okolí Havlíčkovobrodsko a Prahy. Odpovědi z nemocnic byly spíše negativní s argumentací, že nejsem studentkou lékařského oboru či fyzioterapie. Nakonec mi vyhověla jedna nemocnice v Praze, kde byla velmi milá logopedka. S tou jsem pak absolvovala terapii v ambulanci klinického logopeda. V nemocnici jsem mohla být přítomná jen jeden týden od 24. 10. – 29. 10. 2016. Další setkání proběhlo jednorázově v lednu a v únoru 2017. Vlastní šetření probíhalo v několika etapách. Pro přehlednost přikládáme vlastní tabulku s časovostí výzkumu.

Tabulka 2 Fáze výzkumu

Fáze výzkumu	Časové období	Činnost
Fáze přípravná	9/2016 – 10/2016	nastudování odborné literatury výběr nemocnice výzkumného vzorku (diagnostika a terapie v akutním stadiu)
Fáze realizační	11/2016 – 2/2017	sběr dat pro výzkum (terapie v ambulanci chronické stádium) analýza dokumentů
Zpracování výsledků	3/2017 – 4/2017	případové studie otevřené kódování

Charakteristika výzkumného vzorku

Pro výběr respondentů jsem zvolila **metodu účelového výběru**, který se využívá při výběru účastníků, kteří jsou nositeli určitých vlastností a rysů (Patton in Miovský, 2006).

Konečný soubor činili tři pacienti, kteří byli přijmutí na jednotku intenzivní péče na oddělení neurologie v době mojí stáže. Jedná se o jednu ženu a dva muže. Tito tři pacienti museli splnit předem stanovené požadavky:

- Prodělání CMP jakéhokoliv typu.
- Hospitalizace na oddělení jednotky intenzivní péče.
- Moje přítomnost v akutní fázi po CMP.
- Podepsaný informovaný souhlas k nahrávání terapií.
- Následná péče u klinického logopeda.

4.2 Metodologie práce a zpracování dat

Hlavním výstupem praktické části je kvalitativní výzkum. Kvalitativní výzkum používá především induktivní formy vědeckých metod, hloubkové studium jednotlivých

případů, různé formy rozhovorů a pozorování. Cílem takového výzkumu je získat popis zvláštností případů, vytvořit nové hypotézy a rozvíjet již existující teorii (Hendl, 2005). K naplnění stanoveného cíle a zodpovězení výzkumných otázek jsem využila:

- obsahovou analýzu (analýza odborné literatury),
- přímé i zúčastněné pozorování pacientů,
- otevřené kódování,
- analýza dosažených výsledků u jednotlivých pacientů z výzkumného vzorku.

Hlavním zdrojem pro získání dat byla metoda pozorování. Během terapie s pacienty bylo prováděno **zúčastněné pozorování**, které bylo zaměřeno zejména na logopedickou diagnostiku, druhy terapií, chování a úspěšnost pacienta. Každé vstupní vyšetření trvalo maximálně 45 minut podle zdravotního stavu pacienta. Šetření probíhalo v nemocnici a v logopedické ambulanci. Diagnostika a terapie v akutní fázi se uskutečnila v lůžkové části neurologie a na rehabilitační klinice. Následné terapie probíhaly v ambulanci klinického logopeda. Uvedené případy pacientů jsou zpracovány jako případové studie. Kazuistika nebo také případová studie, popisuje jednotlivé případy, tedy jejich vznik, průběh a vyléčení choroby. Obsahuje zpravidla rodinou a osobní anamnézu, diagnózu a nápravná opatření (Hartl, Hartlová, 2004).

Z důvodu zachování osobních dat, jsou všechna jména pacientů změněna. Pro splnění výzkumné otázky Vo3 využijeme metodu **otevřeného kódování**. Terapie byly zaznamenávány na diktafon a v dalším kroku byly upraveny do písemné podoby pomocí tzv. transkripce (Miovský, 2006). Před nahráváním terapie byl dán písemný souhlas pacientem, nebo jeho rodinou. Vzor písemného souhlasu uvádíme v přílohách (viz příloha C). Přepsané terapie byly dále pomocí barev v textu analyzovány prostřednictvím kódování, které dle Miovského (2006) umožňuje systematické označování významových celků a sekcí, při kterých se přiřazují klíčová slova k těmto celkům. Na základě kódování bylo vytvořeno deset kategorií logopedických terapií, které byly následně interpretovány za účelem získání odpovědí na výzkumnou otázku. Pro přehlednost výsledky kódování uvádíme v tabulce u každého případu. Nyní si uvedeme základních jedenáct kategorií, ze kterých je vycházeno při kódování. Níže

popisujeme i subkategorie terapií a cvičení, které jsou zařazeny do hlavní kategorie 1–11.

1. motorika mluvidel
2. anomie a výbavnost slov
3. automatické řady
4. porozumění
5. slovní zásoba
6. respirace
7. skupinová terapie
8. polykání
9. metodicko-intonační terapie
10. grafie
11. lexie

Motorika mluvidel – do této kategorie řadíme veškerá artikulační, mimická cvičení a masírování orofaciální oblasti. Terapie orální praxe. **Anomie a výbavnost slov** zařazujeme sem obrázková cvičení, pexesa, určování věcí denní potřeby, třídění a řazení. Například tři obrázky jehličnatých stromů a čtvrtý obrázek je listnatý strom. Dále pak pět druhů zeleniny a jedno ovoce. Dále pak dějová posloupnost (semínko, rostlinka, rozkvetlá květina).

Automatické řady – počítání do pěti, dny v týdnu, roční období, či měsíce včetně grafické stimulace. **Porozumění** v prvopočátku kódování jsme chtěli udělat jednu kategorii s názvem slovní zásoba, ale šetření by bylo zkruseno z důvodu rozdílných druhů afázií. Do terapie porozumění zahrnujeme odpovědi na všechny typy otázek – alternativní, jednoslovné ANO x NE. Reakce na čtený úryvek, plnění jednoduchých i náročnějších pokynů. Cvičení na sluchovou diferenciaci, poznávání prvního písmene. Předvádění činností – pantomima. **Slovní zásoba** – do této kategorie zahrnujeme vše, co patří do pragmatické roviny řeči. Doplnování sloves za pomoci obrázku. Využití počítačových programů Mentio (podrobněji jsme popisovali v kapitole 2.2.3). Určování a využívání slov nadřazených a podřazených, synonym a přídavných jmen.

Respirace kódujeme k ní různé typy dechových a fonačních cvičení. **Skupinová terapie** podle řad výzkumů, je nedílnou součástí při terapiích po CMP. Záleží však na pacientovi, zdali v sobě najde motivaci a překoná sám sebe. Mnohým pacientům je nabízená, ale oni jí odmítají. **Terapie a nácvik polykání** je velmi specifickou kategorií. Poruchu polykání v různých stupních má v akutním stádiu po CMP až 60 % pacientů (Tedla, 2009).

Melodicko-intonační terapie neboli MIT, tato terapie má velmi dobré výsledky u Brocovy afázie, konkrétně pak na výrazném zlepšení řečové produkce (Cséfalvay, 2007). Na tuto terapii poukazujeme v kapitole 2.2.3. Zaznamenáváme ji v jakékoliv fázi, či jen její prvky. Do této kategorie vkládáme i rytmizační cvičení a hru na hudební nástroje.

Grafie – procvičování psaní čísel, obkreslování a dokreslování obrázků. Nácvik psaní jména, opis v lepším případě i přepis. Psaní diktátu, dopisování vět, slovní hry – šibenice. Spontánní a řízená kresba. Orientace v prostoru. Skládání slov, slabik z izolovaných hlásek. Do **lexie** přiřazujeme cvičení na zrkové vnímání, obrázkovou abecedu, cvičení na stimulaci lexikálního rozhodování, cvičení na posilování lexikálně-sémantické cesty čtení pomocí kontrolních otázek. Hlasité čtení textu.

4.3 Vlastní šetření

Výzkum probíhal v nemocnici v Praze a pak následně v ambulanci klinického logopeda. Výběr vzorku proběhl v říjnu 2016 po dobu stáže v nemocnici. Jednalo se o účelový výběr respondentů, tudíž museli splňovat určité požadavky, kterými bylo prodělání CMP jakéhokoliv typu, hospitalizace pacienta na jednotce intenzivní péče a poskytnutí akutní péče. Naše přítomnost při logopedické diagnostice a následných terapiích. Konkrétně se v praktické části zaměřujeme na popis logopedické intervence, jak v akutní, tak i chronické fázi. Chronickou fází máme na mysli následné tři měsíce po iktu a akutního stádia. Pro přesnější zpracování přehledu možných logopedických terapií po CMP využíváme otevřené kódování. Pro sběr dat využíváme pozorování, rozhovor s rodinou a prostudování osobních dokumentů. Na základě těchto třech metod sestavujeme případové studie. Konečný počet respondentů jsou tři. Dva muži a jedna žena. Každá případová studie obsahuje osobní a rodinnou anamnézu, logopedickou diagnostiku a popis logopedické intervence v akutním (říjen 2016) i chronickém stádiu leden, únor 2017). Cílem je analyzovat využití nejčastější logopedických terapií

a zjištění jejich úspěšnosti. V závěru zodpovídáme všechny stanovené výzkumné otázky.

4.3.1 Případové studie 1

Osobní anamnéza

Jméno: Valérie

Pohlaví: žena

Věk: 58 let

Vzdělání: vysokoškolské

Diagnóza: Intracerebrální hemoragie, smíšená fatická porucha, těžká pravostranná hemiparéza

Paní Valérie je vdaná a má dvě děti. Vystudovala pedagogickou fakultu a je učitelkou na střední škole. Má jednoho bratra, který žije ve stejném městě jako ona. Otec již nežije, zemřel na anginu pectoris. Matka se léčí s diabetes melitus II. stupně a bydlí se svou dcerou v jednom domě. Paní Valérie je obézní a užívá léky na vysoký krevní tlak. Silná kuřačka. Má dvě vnoučata, která ji plně zaměstnávají. Manžel je nyní ve starobním důchodu, ale pracoval též jako učitel, ale na střední odborné škole. Psychická onemocnění ani úrazy hlavy nejsou přítomny. Bratr podnikatel byl 2krát v protialkoholní léčbě. Manžel paní Valérie dodává, že žena měla před sedmi roky trombózu v pravé paži. Pravidelně užívala léky na ředění krve.

Manžel říká, že si paní Valérie stěžovala na silný tlak v hlavě, opakovaně zvracela. Když odcházela na toaletu, všiml si, že je celkově nakloněná na pravou stranu. Volal na ni, ať jde rovně, ale dělala jako, když ho neslyší. Sám přiznává, že mu trvalo několik minut, než ho napadlo dojít se za ní podívat na toaletu. Odhaduje, že tam mohla ležet 5 – 7 minut. Když ji nakládali do sanitky, vůbec nereagovala a oči měla zalité krví. Po vyšetření v nemocnici bylo zjištěno, že šlo o krvácení do mozku.

Logopedická diagnostika

Logopedické vyšetření se uskutečňuje až pátý den po hospitalizaci. Vyšetření je uskutečněno 24. 10. 2016. Logopedka zahajuje rozhovor představením nás obou a pokládá pacientce otázku, jestli poznává, kde se nachází. Paní Valérie pohotově

reaguje kýváním hlavy, mluvená řeč vychází s obtížemi. Na rtech je vidět motorický neklid. Následuje otázka, jestli si pamatuje, co se jí stalo a kdo jí sem přivezl. Neverbálně reaguje opět rychle, snaží se říci slovo sanitka a pohotově ukazuje z okna ven, kde je vidět parkoviště rychlé záchranné služby. Dodává, že manžel jí pomáhal. Na den, který to byl a na čas si nevzpomíná. Neví, co je dnes za den. Logopedka jí říká, že je půl jedenácté dopoledne. Pacientka odpovídá, že neví co a kolik je to hodin. Viditelné známky padlého koutku nevidíme ani asymetrii ve tváři. Dávivý reflex vyvolán špachtlí a je zachován. Na pokyn „podívejte se nahoru“ chvíli pacientka zaváhá, ale podívá se správně. Spíše to působí, že zaváhala kvůli bolesti, ne kvůli tomu, že by neporozuměla. Motorická cvičení se snaží napodobit, ale jazyk se plazí stranou. Následuje test MAST (viz kapitola 2.2.2), dysartrický profil test 3F (kapitola 2.3.2) a test GUSS (kapitola 2.4.1).

***Test MAST**

Při vyšetření spontánní řeči, pozorujeme, že si pacientka uvědomuje svoji poruchu. Řeč je nonfluentní s patrnými perseveracemi, fonemické parafráze, neologismy – „hádžo“ má být manžel.

Expres

Spontánní projev: 1b/50b

Opakování slov: těžké narušení, 0b/10b

Pojmenování: těžké narušení 0b/10b

Automatické řady: napočítá do 10, jmenování dnů a pojmenování barev se nedaří, těžké narušení 1b/10b

Fluence: těžké narušení 0b/10b

Recepce:

Rozuměním slovu: v naprosté normě 10b/10b

Rozumění alternativním otázkám: v normě 18b/20b

Rozumění mluvené instrukci: středně těžké narušení 6b/10b, ale vzhledem k rozsahu a umístění léze je možné, že má na výsledek vliv přítomná ideomotorická apraxie

Rozumění čtené instrukci: nelze, těžké narušení 0b/10b

Lexie a grafie: nelze akorát u grafie, je pokus o podpis, který je velmi nekonstantní

Kalkulie: mechanické počítání do 10 zvládla, jednoduché matematické operace se nedaří

***Dysartrický profil – Test 3F**

Faciokineze – rty jsou klidné ale retrakce a protruze rtů se nedaří, retní uzávěr není kompletní. Úsměv vyvodit nejde. Diadochokineze též nelze. Čelistní otevření a zavření se nedaří. Posouvání čelisti do stran či jeho kroužení nelze. Jazyk je nehybný, nedaří se vysunutí ani zasunutí. Krouživé pohyby nejde uskutečnit, elevace (vyzdvižení) hrotu též neúspěšné.

Fonorespirace – dýchání je klidné, síla výdechového proudu nelze vyvodit a změřit 0s/15s. Dýchání při fonaci je narušené též i fonace.

Fonetika – artikulace a srozumitelnost jsou narušené.

***Test GUSS**

Kašlání nelze uskutečnit, výrazná apraxie. Polykání slin je úspěšné bez salivace. Taktéž je to u zahuštěné tekutiny i u tuhé stravy. Viditelné potíže, kvůli rozmělnění boltusu – zapříčiňuje omezenost jazyka. Změna hlasu není zaznamenána.

Logopedická diagnóza: Brocova afázie, Těžká centrální dysartrie, orální apraxie a lehká dysfagie.

Logopedická terapie v nemocnici

Kromě terapie logopedické je nutná terapie od fyzioterapeuta a ergoterapeuta. Společně s fyzioterapeutem a ergoterapeutem se tedy setkáváme u lůžka paní Valérie, kde se domlouvají následné postupy. Zároveň tímto rozhovorem podávají terapeuti informace pacientce a jejímu manželovi. Ten mezi tím dává písemný souhlas k nahrávání terapii na diktafon.

Logopedická terapie v akutním stádiu – logopedka mi nechává samostatný prostor na vyzkoušení některých cvičení. Terapie trvá okolo 20 minut.

Den první – nácvik orální praxe před zrcadlem. Jednoduchá motorická cvičení se v době akutního stavu se stále opakují s drobnými obměnami, aby došlo k automatizaci. Motorika čelistí – pohybování ze strany na stranu, předsouvání zasouvání. Zkoušíme obtisk rtů, špulení a úsměv. Opět se posiluje retný uzávěr. Zkoušíme automatismy – počítání, dny v týdnu. Popis části těla, zopakování a pojmenování. Popis těla paní Valérie činí problémy – postupujeme tím, že si nejprve osaháme danou část, po té pojmenujeme a pak to zkoušíme opakovat. Dodržujeme pořadí od hlavy dolů. Jednoduché pokyny – porozumění mluvené řeči. Konkrétní zkoušíme – ukažte si prstem na nos, pohlad'te si tvář, podejte mi hřeben.

Den druhý – terapie se opakuje jako předchozí den. Motorická cvičení, posilování retného uzávěru. Orální praxe je opět dělaná před zrcadlem – zkoušíme malé i kapesní zrcátko. Automatismy – počítání mechanické, dny v týdnu u středy se paní Valérie zasekne a odpovídá stále devět, devět, devět. Porozumění mluvených instrukcí – podívejte se na okno, ukažte si na srdce – zde nastal problém v orientaci, kde se srdce nachází. Popis částí těla, využíváme obrázky.

Den třetí – začínáme orální apraxii, pozorujeme výrazné zlepšení, procvičujeme nadále jazyk proti odporu špachtlí, snažíme se odbourat souhyby. Posilování retného uzávěru. Dechové cvičení za pomoci brčka, kdy se foukáme do vody. K dechovému cvičení využíváme vibrační pomůcku acapella, která napomáhá k terapii výdechového proudu. Automatismy zůstávají stejné. Přidáváme pojmenování 10 věcí z denního užívání. Zkoušíme těžší pokyny – položte pomeranč vpravo od hřebenu.

Den čtvrtý – procvičujeme orální apraxii, posilování jazyka za pomoci odporu špachtlí. Z motoriky mluvidel vybíráme jen problematické cviky, zejména cviky s jazykem. Dechová cvičení činí pacientce stále problémy. Předměty denní činnosti zvládá dobře, využíváme zrakovou oporu. Přidáváme dalších deset slov, včetně sloves – například kartáček čistí, hřeben češe.

Den pátý – dnes byla paní Valérie velmi veselá. Spolupracuje vždy aktivně, ale dnes ji byla navštívit její milovaná vnoučata. Sama se snažila mluvit a ukazovala nám rodinné fotky a výrobky dětí, které ji přinesly. Rodina je pro Valérii velkou motivací, dokonce dostala dopis od své třídy, který jsme zkoušely číst nahlas. Tak moc ho chtěla přečíst a ono to nešlo, až se rozbrečela. Musím podotknout, že to byly opravdu velmi emotivní chvíle. Po lékařské stránce je stabilizovaná. Od neurologů dostala vidinu jít

během dvou dnů domů a docházet do logopedické ambulance a na fyzioterapii. Pokračujeme posilováním retného uzávěru a cvičení s jazykem. Dnes se nám daří foukání brčkem i práce s acapellou, daří se už 8s prodlouženého výdechu. Procvičujeme nová slova denní potřeby se slovesy.

Logopedická terapie v ambulanci období leden, únor 2017

Do ambulance klinické logopedky přicházím na konci ledna. Stáž jsem měla dlouhodobě naplánovanou a na vybrané termíny objednala logopedka vybrané respondenty/pacienty. Po odborné poradě s neurologem a ostatními logopedy z nemocnice je doba třech měsíců po CMP rozhodující a zlomová. Buď vše stagnuje, nebo naopak přechází na jiný druh afázie. Když vcházím do ordinace, paní Valérie je již nachystaná u stolu. Jsou to tři měsíce po prodělání iktu. Pacientka má za sebou poskytnutí logopedické terapie v akutní fázi a pravidelné návštěvy v ambulanci klinického logopeda. Dnes se jedná o několikáté sezení v ambulanci od propuštění z nemocnice. Velmi spontánně se přivítáme. Po krátkém rozhovoru, pozoruji výrazné zlepšení ve fluenci řeči. Paní Valérie mi ukazuje deník, který si vede s problematickými slovy. Na doporučení logopedky ji dcera ji přihlásila do klubu Afasie, kde se dvakrát do měsíce setkává s lidmi se stejnými obtížemi. Právě v klubu si tvoří, deníky a památníky. V památnících mají společné fotografie z akcí s ostatními lidmi po CMP. Vždy je vložena fotografie s krátkým popiskem, či obrázkem od jiného klienta. Ve svém deníčku mi ukazuje fotografie se svými vnoučaty. Děti a její manžel ji vždy k fotografii něco krátkého napíší, nebo udělají smajlíka, podle toho jak se babičce činnost podařila.

Leden – Motorika čelistí a rtů – osobně vidím posun v motorických cvičeních zvláště u motoriky mluvidel. Zkouší nácvik zdvižení jazyka, izotonická a izometrická cvičení – zatnutí čelistí na pár vteřin. Dechová cvičení jsou kromě foukání do brčka ještě zadržování dechu, přerušované expirace. Výdechový proud s acapellou trvá již 13 s. Zkouší opis nových slov, sama už zvládá psát několik slov denní potřeby. Procvičují slovní zásobu – doplňování vhodných slov do vět, tvorba vět s daným slovem. Například slovo káva. Paní Valérie vytvořila větu. „Dnes půjdu na kávu do kavárny.“ Logopedka zmiňuje, že minulou terapii započaly melodicko-intonační metody. Nyní ji budou též procvičovat. Doprovodný materiál jsou nakreslené noty – nízké a vysoké tóny. Tato terapie pacientce velmi vyhovuje, melodií uklidní svůj tremor v hlase.

V závěru terapie mi zkouší automatické řady – měsíce v roce. Zkouší vypsát všechny měsíce, které patří do období zimy. Paní logopedka ještě přimíchá další dva měsíce, které zkouší paní Valérie přečíst a zařadit do ročního období. Paní Valérie dodává, že ji doma zkouší nejčastěji vnuk, který chodí do druhé třídy. Často si hrají na školu.

Únor – zkouší myofunkční terapii podle Kittel (viz kapitola 2.3.3), hrot jazyka už je nasměrovaný, ale elevace se moc nedaří, pouze s dopomocí. Dechová cvičení přetrvávají, zvláště pak s přerušovanou exspirací. Motorika čelisti, posloupnost cviků už je paní Valérie dělat sama pouze se slovním doprovodem. V terapii MIT přidávají nová slova. Automatické řady – dny v týdnu, měsíce, roční období – řazení, opis a čtení. K vázání problematických slabik, jako je slabikotvorné R, L, M využívají kopírované listy ze slabikáře. Paní Valérie odříká celou abecedu i s doprovodným obrázkem.

Shrnutí a navrhovaná opatření

Paní Valérie se dostala do intenzivní logopedické péče pátý den po iktu. Než byla schopna logopedického vyšetření, docházela za ní logopedka a ergoterapeut na jednotku intenzivní péče, kde probíhalo polohování a masírování pravé strany těla – zejména ramene. Rehabilitační terapie probíhala podle konceptu Bobath. Koncept této terapie jsme již zmiňovali v kapitole 1.4. Léčba a intenzivní terapie po CMP. V rámci logopedického vyšetření – diagnostiky, byl přítomen její manžel, který od prvopočátku jí se vším pomáhal a podporoval. Byla jí diagnostikovaná Brocova afázie, těžká centrální dysartrie, orální apraxie a lehká dysfagie. Prvopočátky terapie byly náročné a výsledky minimální. Paní logopedka sestavila terapeutický plán, který začínal od jednoduchých motorických cvičení až po čtení a psaní. Uvádíme přehlednou tabulku s využitím všech logopedických terapií u paní Valérie.

Tabulka 3 Využité terapie p. Valérie

<i>Pan Valérie</i>	<i>Terapie je/byla prováděna</i>
Motorika mluvidel	✓
Anomie a výbavnost slov	✓
Automatické řady	✓
Porozumění	✓
Slovní zásoba	✓
Respirace	✓
Skupinová terapie	✓
Polykání	✓
MIT	✓
Grafie	✓
Lexie	✓

Tabulka znázorňuje využité terapie u pacientky Valérie. Vidíme, že logopedka využila všechny vytypované kategorie terapii, které jsme si stanovili. Když paní Valérie započala logopedickou terapii, měla těžkou orální apraxii, nyní je již bez jakýchkoli projevů. Její spontánní produkce se také zvýšila. Při vstupním vyšetření dosáhla paní Valérie 1b/50b při únorovém vyšetření dosáhla 21b/50b. Neologismy se v řeči již tolik neobjevují, přetrvává nonfluentnost a perseverace včetně fonemické parafázie. Opakování a pojmenování bylo těžce narušené. Nyní má výrazné zlepšení v obou oblastech, po opětovném vyšetření testu MAST, má index 6b/10b u obou testovaných oblastí. Automatické řady původně 1b/10b, nyní 4b/10b. Fluence byla těžce narušena v této oblasti udělala pacientka též velký pokrok z původní 0b/10b má nyní 5b/10b.

Rozumění mluvené instrukci – původně středně těžké narušení s výsledkem 6b/10b, nyní 8b/10b. Čtení bylo těžce narušené, teď se daří číst lépe potichu. Popletené věty hůře rozluští, skládání slabik je pro ni obtížné. U hlasitého čtení jsou časté neologismy a domýšlení různých slov. Grafie – opis zvládne, ale psaní diktátu či

spontánní psaní je s projevy paragrafie. Přiřazení psané věty a věty napsané tiskací, zvládá téměř bez obtíží.

Též u kalkule bylo těžké narušení, nyní napočítá s jistotou do 13 a daří se jednoduché matematické operace. Psaní čísel je horší i kvůli výbavnosti jejich podoby.

Faciokineze – retní uzávěr je již kompletní, zaostření koutků do úsměvu je též vytvořeno. Retrakce a protroze rtů je dotvořena a její tvorba se daří i bez vizuální kontroly. Žvýkání a pohyby čelistí do stran i krouživé jsou vyvozené. Manipulace s jazykem včetně elevace obnovena a prakticky využívána.

Fonorespirace – výdechový proud zůstává stále oslaben, ale za pomoci terapie s acapellou se podařilo prodloužit klidovou expiraci na 14 vteřin. Fonace a respirace při fonaci, zůstává stále oslabena. Dysfagie již není přítomna, pacientka dodržela přesné postupy terapie – jídlo výhradně vsedě a v kašovitě podobě. Dysfagie byla odbouraná již po skončení akutního stádia.

V rámci komplexní terapie a změnou životního stylu, který vyvolala cévní mozková příhoda, se podařilo pacientce zhubnout. Dokonce se dostala pod hranici obezity. Můžeme zhodnotit, že paní Valérie má výrazné zlepšení ve všech oblastech. S tímto zlepšením se přesouvá do transkortikálně motorické afázie a velmi lehké centrální dysartrie. Nadále ji doporučujeme navštěvovat ambulantní péči klinického logopeda, se kterým by se měli soustřeďovat na izotonické a izometrické cvičení mluvidel, dechová cvičení se zaměřením na výdechový proud. A pokračovat v melodicko intonační terapii zaměřenou na zvýšení řečové produkce. Podpora grafie je též nutná – dokreslování obrázků, opis a případně i přepis slov a jejich čtení. Doporučujeme čtení ve ztišené podobě a krátké rýmovačky číst hlasitě.

Podpora rodiny a blízkých přátel je pro pacientku velmi důležitá. Její rodina dodává, že byla vždy velmi společenská a oblíbená, po CMP se stala introvertem. Nejprve se s tím musela vyrovnat sama. Muselo nastat velké smíření, že se nikdy nevrátí do svého zaměstnání. Musíme ještě podotknout, že paní Valérie učila jazyky a matematiku. Oba dva předměty po obsahové stránce jí samotné činí problémy. Z tohoto důvodu zmiňujeme, že se nikdy nebude moci vrátit na své původní místo.

Když skončilo toto období, dcera jí přihlásila do klubu Afasia. Tam začala pravidelně navštěvovat skupinové terapie. Zpočátku tam s ní chodil manžel a dcera.

Nyní to už zvládá sama. V rámci komplexní terapie a změnou životního stylu, který vyvolala cévní mozková příhoda, se podařilo pacientce zhubnout. Dokonce se dostala pod hranici obezity. Vzhledem k poškození hlavového nervu IX. Nervus glossopharyngeus (viz kapitola 2.1) přestala nejen mít chuť na sladké, ale i chuť kouřit. Její manžel s úsměvem dodává, že něco zlého je pro něco dobrého. Pokud celé její rodině vydrží tento nadhled a optimistické smýšlení, určitě se její stav ještě změní.

4.3.2 Případová studie 2

Osobní anamnéza

Jméno: Luboš

Pohlaví: muž

Věk: 52 let

Vzdělání: střední odborné s maturitou

Diagnóza: Intracerebrální hemoragie, vícetázové krvácení z předchozího poškození, nefrontální syndrom, pravostranná hemiplegie

Muž jménem Luboš je ženatý, bezdětný. Dlouhou dobu žil jako svobodný mládenec, současná žena má z prvního manželství dvě dcery v dospělém věku. Manželka pana Luboše pochází z Ukrajiny. Komunikace v českém jazyce jí trochu činí problémy. Pan Luboš pracuje jako podnikatel v lesnictví. Jeho práce je fyzicky i psychicky náročná, bývá v častém odloučení od manželky. V roce 2008 se léčil s depresemi. Rodiče pana Luboše již nežijí. U otce propukla v jeho 63 letech Alzheimerova choroba, následně po čtyřech letech umřel. Matka pana Luboše se léčila se srdečními obtížemi. Na jaře loňského roku prodělala rozsáhlý oboustranný infarkt myokardu. Následkem této události po pár měsících zemřela.

Pan Luboš byl přijat do nemocnice s akutní bolestí hlavy a neschopností mluvit. Následně zjistil vyšetřující lékař, že byl pan Luboš již před patnácti dny hospitalizován v oblastní nemocnici severních Čechách. Podle lékařských zpráv, které dodala jeho manželka, vyplývá, že měl již vícetázové drobné krvácení do mozku. Logopedickou zprávu nemají, protože mu prý terapie nebyla nabídnuta.

Logopedická diagnostika

Logopedické vyšetření probíhá 25. 10. 2016, třetí den po přijetí pacienta do nemocnice. Pacient se snaží při vyšetření spolupracovat, neverbální projevy mu činí značné problémy. Stále si stěžuje na špatné, rozostřené vidění. Sluch nelze vyšetřit, pacient velmi těžce komunikuje. Jazyk se plazí vpravo, dávivý reflex je přiměřený. Prvotně sledujeme perseverace a echolálii. Přítomná je ideomotorická apraxie, orální i verbální.

Logopedka si připravila test MAST, ale pravděpodobně ho celý ani nevyužije pouze některé body.

***Test MAST**

Fatické funkce

Expres: řeč je nonfluentní, jakékoliv opakování se nedaří. Automatické řady jsou nevýbavné.

Recepce: je výrazně narušená. Manželka pláče, protože nejsou schopni se spolu domluvit. Manželka přemýšlí o tlumočení do jejího rodného jazyka.

Lexie a grafie: nejde vyšetřit. Viditelné narušení v kalkulii. Čísla nepoznává, nerozumí jejich funkci.

***Dysartrický profil – Test 3F**

Faciokineze – musíme brát v potaz přítomnost apraxie, proto je to těžko hodnotitelné. Pohyby čelistí a rty nenapodobí. Pohyblivost jazyka je též značně omezená.

Fonorespirace – respirace vázne na pokyn i nápodobou. Respirace při fonaci nelze vyhodnotit. Pan Luboš si myslí, že produkuje řeč. Dysfonie není přítomna. Artikulace a srozumitelnost též nejde hodnotit.

***Test GUSS**

Pacient je bdělý, snaží se soustředit, spolupracuje spíše nápodobou. Odkáslání je slabší. Polykání slin je úspěšné bez změny hlasu a slinění. Zahuštěnou tekutinu polyká úspěšně bez salivace (slinění). U polykání tekutin mu dávka 10 ml činí problémy, kašel

je opožděný. Polykání pevné stravy – zvládl půl piškotu, objevuje se reflexní kašel, zde není opožděn polykací reflex. V testu získává 16b/20b.

Logopedická diagnóza: globální afázie, verbální, orální apraxie, dysfagie – lehký stupeň.

Logopedická terapie v nemocnici

Logopedka sestavuje terapeutický plán za asistence fyzioterapeuta a ergoterapeuta. Nařízenou má kašovitou stravu a tekutiny se podávají v konzistenci pyrė.

Den první – při první terapii je přítomna manželka, s kterou se zkusíme domluvit anglicky, z důvodu podepsání informovaného souhlasu. Sděluje nám, že podepíše všechno, hlavně, aby to manželovi pomohlo. Cvičení na motoriku mluvidel nezvládá. Jazyk se pouze plazí zdvižení ani olizování rtů se nedaří. Procvičujeme otevírání a zavírání úst. Logopedka začíná provádět orofaciální stimulaci v oblasti tváří koutků. Pro stimulaci patrohltanového uzávěru využívá ledovací tyčinky. Než se začne provádět dechové cvičení, pan Luboš je viditelně unavený a vzteklý. Projevují se trhavé pohyby v obličeji. Paní logopedka se ho snaží uklidnit nápodobou dechového cvičení. Pacient se částečně zklidnil, prodloužený výdech se mu nedaří vytvořit. Na procvičení porozumění využívá obrázkové karty s částmi těla. Automatismy – počítání do 5 a dny v týdnu. Ty se však vůbec nedaří vyvodit.

Den druhý – motorika mluvidel – jazyk – plazení ani laterální pohyby se nedaří. Elevace jazyka za pomoci špachtle nelze vyvodit. Pokračujeme orofaciální stimulací masáží tváří a koutku. Vidíme nepatrnou změnu reakce při manipulaci s ledovými tyčinkami. Dechové cvičení zkusíme nápodobou. K nácviku porozumění využíváme obrázkové karty s částmi těla a snažíme si je přikládat na reálnou část těla. Po pátém opakování se obrázky daří správně přiřadit s částečnou dopomocí. Následuje hledání obrázků podle řečového projevu. Například najděte ruku. Pan Luboš zpravidla ukáže obrázek hlavy.

Den třetí – Zahajujeme motorikou mluvidel a následnou masáží. Zkusíme dechové cvičení s přerušovaným výdechem, ale nedaří se. Pokračujeme s obrázkovými kartami a přidáváme předměty denní potřeby. Při opakování částí těla zafixoval pan Luboš pouze nohu a nos. V rámci obrázků denní potřeby zkusíme slova slabikovat.

Snažíme se nastavit mluvidla na opakování samohlásek. Tekutina je nadále zahuštěna, strava se podává mixovaná.

Den čtvrtý – dnes je na terapii přítomná jeho žena a pan Luboš má silnější motivaci spolupracovat. Motorika mluvidel – daří se ovládnout jazyk, napomáhá tomu manželka, která cviky též provádí. Pacient si olízne spodní ret, ale je přítomna salivace. Otvírání a zavírání úst se podařilo po třetím opakování. Zkouší číst slova pod obrázky denní potřeby. Testujeme zachování grafie na podpisu pacienta, daří se jen zčásti. Obkresluje alespoň své jméno, které je napsané tiskacím písmem. Dechová cvičení – nádech nosem a prodloužený výdech ústy. Zadržování dechu se nedaří. Automatismy – mechanické počítání do 5. Porozumění – obrázky části těla pouze poznává nohu a nos. Procvičujeme jednotlivé pokyny:

- „podívejte se na dveře“,
- „ukážte na postel“,
- „zavřete oči“ – plní s výraznými potížemi.

Den pátý – pan Luboš dnes odmítá spolupracovat, jeho stav je viditelně horší, pravý koutek má výrazně dolů. Předpažit paže nechce, nedokáže. S logopedkou si myslíme, že se jedná o nástup dalšího iktu. Hlasitě nařiká, aniž by si to uvědomoval. Přivolaná sestra mu měří teplotu a tlak. Má výrazně zrychlený srdeční tep a jeho tělesná teplota činí 38,3 stupňů. Logopedka pro dnešní den terapii ukončuje, bude se dále pokračovat, až bude pacient bez obtíží.

Nejednalo se o další iktus nýbrž o nástup virózy, která rekonvalescenci a celou terapii výrazně omezí a opozdí.

Logopedická terapie v ambulanci období leden, únor 2017

Leden – Pan Luboš byl hospitalizován v nemocnici až do konce listopadu 2016. Byl mu doporučen pobyt v Kladrubech, ale odmítá nástup. Jeho projevy negativních odpovědí, jsou doprovozeny agresivním chováním. Manželka pana Luboše tomu zcela nerozumí, propadá depresím. Během jeho pobytu v nemocnici odjela za svými rodiči na Ukrajinu. Podle záznamu z terapií se podařilo vyvodit motoriku rtů – protruzi i retrakci. Otvírání a zavírání úst zvládá snadněji s nápodobou. Olizování rtů funguje pouze

spontánně, na pokyn nerozumí. K nácviku porozumění využívají reálné předměty, snaží se třídít věci podle barev. Grafie je nadále s velkými obtížemi. Podpis a čísla nenapíše.

Při našem setkání v druhé etapě výzkumu si mne pan Luboš nepamatuje. Prakticky vůbec na přítomné osoby nereaguje. Přesto zkusíme společně olizování rtů, spontánně olízne rty, na pokyn a nápodobu ne.

Dechová cvičení – dlouhý nádech nosem a prodloužený výdech ústy je minimální. Zkusíme ledovací tyčinky, na ně pacient reaguje pozitivně. Porozumění – ukazuju mu předměty denní potřeby, které má již procvičované. Nepozná však ani jeden. Při cvičení, kdy si má vybrat dva předměty a pojmenovat je – např. hrneček a lžíci, nepojmenuje ani jeden. Při nácviku automatismu – pojmenování částí těla – zůstává pouze noha a nos. Dále se objevují slova - nebudu, ne, jo. V orofaciální oblasti využíváme termální stimulaci.

Únor – Pan Luboš je ve stavu stagnace, odmítá spolupráci. Po telefonickém kontaktování jeho ženy, zjišťuje logopedka, že odmítá pokračovat i v ostatních terapiích. Domů za nimi dojíždí pečovatelská služba. Jeho žena se též svěřila s informací, že psychicky nezvládá manželův stav a přemýšlí o přesunu do hospicu, nebo léčebny dlouhodobě nemocných.

Začínáme dechovým cvičením, prodloužený výdech ústy se vůbec nedaří. Nácvik porozumění – mám připravené karty s denními činnostmi – jako je spát, jíst, koukat se na televizi. Zkusíme zdvihání karet podle pokynů. Navrhuji přejít na alternativní a augmentativní komunikaci. Manželce jsou představeny piktogramy. Vysvětlujeme jí, jak se bude tvořit komunikační tabulka. Doporučujeme se vyhýbat suchým drobným potravinám, nadále zahušťovat tekutiny a polévky mixovat. Pokračujeme v orofaciální stimulaci a jednoduchých dechových cvičení – sfouknutí svíčky.

Shrnutí a navrhovaná opatření

Pan Luboš se dostal do logopedické péče až v nemocnici v Praze. Při předchozí hospitalizaci s CMP mu nebyla poskytnuta akutní logopedická péče. Záznamy z původní hospitalizace pouze evidují kontrolu ergoterapeutem, který neshledal žádné poruchy řeči. Logopedka a primář neurologie si myslí, že jeho stav by nebyl tak žalostný, kdyby mu byla poskytnuta včasná komplexní rehabilitace.

Přetrvává orální a verbální apraxie. Řečová produkce je pouze na úrovni perseverujících několika nesrozumitelných slov, ojediněle se objevují srozumitelná slova. Recepce je těžce narušená včetně neverbální komunikace. Čelist je volně pohyblivá, pacient však pohyby nenapodobí, pouze se podařilo nacvičit otevírání a zavírání úst. Retní uzávěr je kompletní a pevný. Zdvížení jazyka nenapodobí, náhodně se zadaří pouze se špachtlí. Kruhové olizování rtů se též nepodařilo vyvodit. Dýchání je mělké. Na pokyn i předvedení respirace vážne. Fonaci, artikulaci a srozumitelnost nelze vyhodnotit. U pana Luboše nadále přetrvává globální afázie, verbální a orální apraxie, dysfagie lehkého stupně. Diferenciální diagnostika je na hraně s dysartrií.

Snaha všech odborníků z komplexní rehabilitace je velká, ale v okamžiku, kdy nemá pacient svoji vnitřní motivaci, jde vše napravovat hůře. Rodinné zázemí není zcela vyhovující. Kromě zhroucené manželky nemá pacient žádný sociální kontakt, ani vazbu. Samozřejmě bereme v potaz závažnost diagnózy.

Musíme opětovně zmínit, že po prvním iktu, nejsou žádné logopedické záznamy ani z vyšetření, natož z terapie. Podle výpovědi manželky byl pan Luboš jen více uzavřený, moc nekomunikoval a na její dotazy nereagoval. Občas si prý něco nesmyslného zahuhňal. Dokonce zhubl o 10 kg. Jen těchto pár informací, které jsme z manželky dostávaly, je více než zarážející. Můžeme si klást jen dotazy, jestli skutečně neodpovídal z důvodu, že neměl náladu, nebo že manželce nerozuměl? Nesmyslné vyjádření by mohly být neologismy. A nápadný úbytek váhy by mohl být z nechutenství, což po nemoci jako takové, je klidně možné. Ovšem po pečlivé analýze zápisu z interního vyšetření, nacházíme informaci o nálezu tekutiny v plicích, což by případně nasvědčovalo neléčené dysfagii. V krajním případě by panu Lubošovi hrozila pneumonie plic, nebo udušení. Je opravdu zarážející, že v dnešní době je možné zanedbat takto péči pacienta.

V tabulce 4 vidíme přehled poskytnutých logopedických terapií pana Luboše. I přes závažnou logopedickou diagnózu se snažila logopedka využít všechny dostupné terapie, aby zlepšila současný stav pacienta.

Tabulka 4 Využité terapie p. Luboš

<i>Pan Luboš</i>	<i>Terapie je/byla prováděna</i>
Motorika mluvidel	✓
Anomie a výbavnost slov	✓
Automatické řady	✓
Porozumění	✓
Slovní zásoba	✓
Respirace	✓
Skupinová terapie	x
Polykání	✓
MIT	x
Grafie	✓
Lexie	✓

Doporučujeme stálý rozvoj komunikačních schopností s pomocí komunikačních tabulek, s využitím piktogramů a jednoduchých znaků. Manželka byla srozuměna se základním nácvikem AAK. Nutné je provádění orofaciálních masáží – zvláště pak tváře a koutku. Nadále pokračovat s dysfagickou terapií a veškeré tekutiny zahušťovat. Apelujeme na manželku, aby zachovala co nejvíce podnětné prostředí a zažádala znova o pobyt do Kladrub či Chotěboře.

4.3.3 Případová studie 3

Osobní anamnéza

Jméno: Jaroslav

Pohlaví: muž

Věk: 56 let

Vzdělání: střední odborné s maturitou

Diagnóza: ischemická cévní mozková příhoda, fatická porucha, lehká pravostranná hemiparéza

Pacient se jménem Jaroslav byl logopedicky vyšetřen devátý den po iktu. Žije v manželství 30 let. Má 3 děti, které žijí samostatně. Je několikanásobný dědeček. Před onemocněním byl aktivní sportovec a vášnivý kutil. V současné době pracuje na pozici kontrolora výroby v podniku na výrobu nerezových sudů. Jedná se o čtyřsměnný provoz. Práce je fyzicky i psychicky náročná. U vyšetření je přítomna manželka a syn, který pracuje jako zdravotní bratr na psychiatrii. Pan Jaroslav je velmi vázaný na rodinu a vnitřně trpí nedostatkem času trávení s ní a jeho ženou.

Otec pana Jaroslava již nežije, zemřel následkem rozsáhlého zápalu plic. S ničím se dlouhodobě neléčil. Matka žije a bydlí sama v bytě nedaleko domu jejího syna. I v pokročilém věku je vitální a vše zvládá sama. V tuto dobu užívá léky na srdce. Se smrtí svého manžela se těžce vyrovnávala. Vlivem úzkosti a stresu u ní propukla lupénka. Dlouhodobě užívá léky na epilepsii. Výraznou ataku v posledních letech prý neměla.

Pan Jaroslav se dlouhodobě léčí s vysokým cholesterolem a dnou. Má zhoršený zrak, na každém oku 4 dioptrie. Chrup má napaden paradentózou. CMP přišla náhle, když přišel domů po noční směně. Jeho syn popisuje, že otec vypadal zmateně a neudržel nic v ruce. Stěžoval si na rozostřené, několikanásobné vidění a silný tlak v hlavě. Syn byl velmi pohotový a okamžitě naložil otce do auta a odvezl ho na nejbližší pohotovost. V autě se začal třást a nebyl schopen mluvit ani otevřít pusou.

Logopedická diagnostika

Při prvním setkání působí klidně, vyrovnaně, tvář je symetrická. Reaguje pozitivně na náš příchod. Jeho syn se mu snaží vysvětlit, kdo jsme. Snažíme se všichni domluvit neverbálním způsobem, částečně i verbálně. Při motorickém vyšetření se jazyk plazí středem a dáivý reflex je mírně snížený. Po chvíli snažení o produkci řeči je viditelné, že si pacient uvědomuje svoje obtíže.

Logopedka vzhledem k časovosti opět používá diagnostický * **Test MAST**.

Fatické funkce

Expres

Při spontánním řečovém projevu, ale jsou patrné perseverace, fonemické parafráze (papír – parít, postel – petlos), echolálie.

Opakování slov mu činí výrazné potíže. Opět se objevují fonemické parafráze. Věty není schopný zopakovat. Je přítomna anomie. Získal 5b/10b

Automatické řady: ojediněle si vybavil pár slov (počítání, čísla 1, 2). Získal 6b/10b.

Fluence je narušena, 3b/10b.

Recepce

Rozumění slovu: narušeno, 7b/10b.

Rozumění alternativním otázkám: též narušené, 13b/20b.

Rozumění mluvené instrukci: narušené, 5b/10b.

Rozumění čtené instrukci: nejde vyšetřit, je přítomna alexie.

Grafie: s ohledem na motoriku horní končetiny je obtížně hodnotitelné.

Kalkulie: těžké narušení, nepoznává čísla, matematické operace nechápe.

***Dysartrický profil – Test 3F**

Faciokineze:

Úsměv není zaostřený do koutků, retní uzávěr je kompletní, s nápodobou se daří retrakce a protruze rtů, pohyblivost čelisti vážne, nedaří se vytvořit krouživé ani laterální pohyby. Zvládne otevírání a zavírání úst, včetně odporu. Jazyk je pohyblivý, zvládá vysunutí i zasunutí, kruhové pohyby a elevace hrotu je úspěšná.

Fonorespirace:

Síla výdechového proudu je slabší, zesilování ani zeslabování sykotu není možné. Nedaří se prodloužená expirace ani při syčení. Respirace při fonaci je mírně oslabena.

Fonace: pozorujeme patrnou dysfonii.

Fonetika: Vzhledem pro přítomnou fatickou poruchu nemůžeme hodnotit artikulaci, prozodii a srozumitelnost řeči.

***Test GUSS**

Polykání slin je opožděné, ale úspěšné, bez slinění a změn hlasu. Kašel se daří na pokyn vyvolat. Při polykání zahuštěné tekutiny je polykání mírně opožděné. Z testu získal 18b/20b, což je lehká dysfagie. Paní logopedka doporučuje dietu.

Logopedická diagnóza: globální afázie, verbální a orální apraxie, lehká dysfagie, dysfonie

Logopedická terapie v nemocnici

Den první – Setkáváme se společně s jeho rodinou, která dává informativní souhlas s nahráváním terapie. Dále se informují, zda mohou být přítomni. Logopedka souhlasí. Nejprve zkouší motoriku mluvidel před zrcadlem. Motorické cviky se zcela nedaří a tak plynule přecházejí na dechová cvičení. Foukají do brčka. Když rozfoukávají molitanové kuličky, pan Jaroslav se snaží smát. Zkoušíme pojmenování denních potřeb. Pozoruji, že některé předměty (hrneček a lžíce) si pan Jaroslav prohlíží zblízka a snaží se to slovo jakoby vybavit. Srozumitelné slovo však nevytvoří. Pojmenování částí těla – pouze schopný reagovat na dotyk, ale snaží se komunikovat. S nácvikem automatických řad začínáme počítáním do 5. Dny v týdnu se nedaří vyvodit. Společně s rodinnými příslušníky zpíváme jeho oblíbené lidové písně – Když jsem šel z Hradišťa. Pacient se snaží do rytmu pohybovat a “brouká si“. U jednodušší písničky typu „Pec nám spadla“ se snaží o zpěv, hlásky a případné slabiky jsou tvrdě vyřazeny. Na terapii polykání rodina odchází. Dávivé reflexy jsou výbavné. Paní logopedka využívá ledovací tyčinku.

Den druhý – Dechové cvičení – foukání brčkem do vody a do molitanu. Krátké výdechové proudy motivujeme potápěním se pod vodu. Tento akt doprovázíme

typickým pohybem – chycením nosu. Návčik prodloužení expirace pomocí peříčka. Terapie polykání – svalové cvičení. Využíváme barevných obrázků s mluvidly pro vyvození samohlásek. Vzhledem k tomu, že s tímto typem cvičení pacient teprve začíná, ho hodnotíme velmi kladně. Při pojmenování částí těla využíváme slabikování s odezíráním. V automatismech děláme číselné řady. K návčiku dnů v týdnu využíváme písemnou oporu s viditelně obtaženým prvním písmenem. Zpěv – opakujeme píseň Pec nám spadla a přidáváme Travičku zelenou. U této písně předkládáme i grafické zpracování. Pokračujeme v krátkých fonačních cvičeních. Následně zkusíme řazením obrázků dějovou posloupnost. Návčik porozumění pouze jednoslovné pokyny, vůbec se nedaří.

Den třetí – Motorická cvičení bez použití zrcadla nezvládá. U fonačního cvičení pozorujeme dnes drobné zlepšení. Dechová cvičení – foukání do bublifuku, patrné zlepšení při přerušované expiraci. Artikulační cvičení – slabiky s vizuální oporou podpořené obrázky na začínající slabiku. Pojmenování – opakujeme části těla a přidáváme výběr potravin. Paní logopedka k nim má nachystané obrázky i reálné potraviny. Automatismy – dny v týdnu, zvládne s dopomocí pouze pondělí. Při ostatních dnech přikyvuje. Zpěv oblíbené lidové písně s audionahrávkou.

Den čtvrtý – Pan Jaroslav má již za sebou několikáté rehabilitační cvičení zaměřené na jeho horní končetinu s prvky Vojtovy terapie (viz kapitola 1.4) Motorická a fonační cvičení zůstávají stejná jako v předchozích dnech. Dnes ještě vyzkoušíme návčik porozumění. Pacient má ukázáním vybrat činnost, kterou mu říkáme. Vysvětlujeme to pomocí pantomimy a obrázků. Při artikulačním cvičení opakujeme samohlásky před zrcadlem. Podle vytvořené hlásky, kterou vidí pacient v zrcadle, má najít odpovídající obrázek se správně nastavenými mluvidly. Automatické řady – pojmenování dnů v týdnu, počítání do 5. Napsaná čísla nepozná a ani nepřihadí k danému počtu.

Den pátý – Posilujeme motoriku mluvidel. V artikulačních cvičeních samohlásek a několika souhlásek vidíme mírné zlepšení. Pojmenování částí těla fixuje s přiložením obrázků na danou část těla. Pro návčik slovní zásoby a pojmenování využíváme předměty denní potřeby. U pana Jaroslava funguje zpěv nejen jako rituál a fonační cvičení, ale i jako automatické řady. Posloupnost zpívaných písní je vždy

stejná. Při písni Skákal pes, vydává zvuky psa a spojuje je do slov z písňe (hafsal hafš hafes hafš/ skákal pes přes oves).

Viditelná je též změna v oblasti motoriky mluvidel a ve výbavnosti hlasu. Porozumění je též o malinko lepší. Zvládá jeden až dva jednoduché pokyny a jednoslovné úkony pouze s nápovědou.

Logopedická terapie v ambulanci období leden, únor 2017

Leden – Po dobu co jsme se společně s panem Jaroslavem neviděli, začali s paní logopedkou trénovat čtení. Slabiky tvoří už zcela sám. Pojmenovává části těla, vybraných šest potravin a rozpoznává základní předměty denní potřeby. V rámci automatismu napočítá do 10, s dopomocí vyjmenuje dny v týdnu a začíná procvičovat měsíce v roce. Zcela sám je schopen pozdravit. Při dnešní terapii využívají PC program Mentio (viz kapitola 2.2.3). Zkouší vyjádřit přání za pomoci situační scénky s doprovodným obrázkem či předmětem. Procvičují zpěv lidových písní s doprovodnými Orffovými nástroji. Více činností naráz činí panu Jaroslavovi problém, proto se s paní logopedkou v činnostech střídají. Jeden zpívá, druhý hraje. Oproti podzimu pozorují vylepšení jeho dysfonie až do normální polohy hlasu.

Ke konci terapie přichází jeho žena, s kterou můžeme chvíli diskutovat. Pravidelně dojíždějí na rehabilitační cvičení. Má za sebou rehabilitační pobyt v Janských Lázních. Manželka, si společně se zbytkem rodiny, zakoupila pobyt též v Janských Lázních, aby manžela – tatínka podpořili. Sama dodává, že jí připadá, že mají každý den stejný. Přesto neztrácí naději a manželovi vytváří podnětné a stimulující prostředí a zkouší nové činnosti. S úsměvem na rtech říká, že spolu luští i křížovky, ale je to kolikrát horší, než se čtyřletou vnučkou. Vypozorovala, že manžel velmi reaguje na změny počasí. Po CMP trpí pravidelnými migrénami spojené se zvracením.

Únor – pan Jaroslav přichází se slovy: „Ahoj, ty“. Na přivítanou si podáváme ruku. Tentokrát ho na terapii doprovází dcera. Začínají motorikou mluvidel, kdy již zvládá nafukování tváří, otvírání, zavírání úst a olizování rtů. Dechové cvičení stále procvičují, výdechový proud je ale již delší. Daří se tvořit i zadržování dechu. Zvládá přečíst jednoduchá slova s oporou obrázků například míč, nos, oko, máma. Dnes zkouší nácvik podpisu a psaní čísel. Opět procvičují automatismy – dny v týdnu, měsíce v roce,

roční období, počítání do 10. Porozumění je lepší, jednoslovné pokyny již zvládne s přehledem. Výběr ze třech možností mu činí problémy. Při opakování tohoto cvičení ztrácí bohužel i koncentraci.

Pacient si svojí vadu velmi dobře uvědomuje a snaží se dělat maximum všech možných cvičení, aby se jeho stav zlepšil. Dcera mi sdělila, že hodně využívají dětských zvukových knížek, kdy si zafixovává její otec nová slova. Pan Jaroslav velmi rád zpíval a dokonce v mládí míval i kapelu. Hudba ho vždy uklidní při jeho záchvatech bolesti hlavy. Na konci února by měl začít navštěvovat muzikoterapii. Dcera uvádí, že v rámci domácí rekonvalescence mu velmi napomáhá jejich labrador.

Shrnutí a navrhovaná opatření

Pan Jaroslav se dostává do nemocnice opravdu v hodině dvanácté. Po stabilizaci jeho zdravotního stavu je k vyšetření až devátý den po iktu. Když ležel na jednotce intenzivní péče, logopedka sledovala jeho stav. Ve spolupráci s ergoterapeutem byla prováděna bazální stimulace. I přes velkou snahu jeho rodiny i pacienta samotného, je jeho produkce slov minimální. Je patrný telegrafický styl řeči, neologismy a perseverace. Automatické řady stále procvičujeme aktuální stav automatismu je 7b/10b. V motorické oblasti se podařilo zmírnit orální a verbální apraxii na mírnou formu. Fluence je stále narušena 4b/10b. Rozumění se mu v dílčích oblastech recepce také zvýšilo. Ale jak říká jeho žena – výsledky nejsou tak viditelné jak bychom potřebovali.

Rozumění slovu: stále narušené 7b/10b.

Rozumění alternativním otázkám: 15b/20b.

Rozumění mluvené instrukci: narušené, 6b/10b.

Vzhledem k pravidelným a intenzivním cvičením ustoupila i diagnostikovaná mírná dysfonie. Terapie dysfagie byla též úspěšná. Nyní má z testu GUSS hodnotu 20b/20b. Zlepšení ve všech oblastech pramení z pravidelného a komplexního cvičení. Na všech terapiích měl pan Jaroslav plnohodnotný doprovod, kterému bylo řádně vysvětleno, co mají doma procvičovat a jakou metodou. V závěru posledních terapií dostával pacient i pracovní listy na doplnění. Slova se snaží číst, ale pouze s oporou obrázků a v omezeném počtu.

V tabulce vidíme přehled využitých logopedických terapií, které napomohly zmírnit jeho obtíže. V současnou chvíli má pan Jaroslav přechod z globální afázie do transkortikální smíšené afázie. Nyní však bez dysfonie a dysfagie. Kalkulie je stále výrazně narušena. Grafie a lexie též. Do budoucnosti by se mělo podařit dalšího zlepšení a to zejména v oblasti grafie a lexie.

Tabulka 5 Využité terapie p. Jaroslav

<i>Pan Jaroslav</i>	<i>Terapie je/byla prováděna</i>
Motorika mluvidel	✓
Anomie a výbavnost slov	✓
Automatické řady	✓
Porozumění	✓
Slovní zásoba	✓
Respirace	✓
Skupinová terapie	x
Polykání	✓
MIT	✓
Grafie	✓
Lexie	✓

Doporučujeme pro další posun návštěvu skupinových terapií, určitě bude vhodná navržená muzikoterapie. Rodině poskytujeme kontakty na podpůrné organizace spolupracující s lidmi po CMP. V rámci vyzkoušení různých typů terapií, bychom doporučili metodu MIT. Vyvozená slova touto metodou dosazovat do vět a postupně začít tvořit celé věty. Rozšiřovat slovní zásobu pomocí vytvořeného obrázkového slovníku. Pokračovat dále v ambulantních logopedických, fyzioterapeutických terapiích. Vytvářet maximální sociální vazby a kontakty.

4.4 Interpretace výzkumného šetření

Kvalitativní šetření probíhalo u třech vybraných respondentů, kteří byli hospitalizováni v nemoci po CMP. Popis terapií vychází z pozorování respondentů při průběhu logopedických intervencí, jak v akutním, tak i v chronickém stádiu. Pro vyhodnocení výzkumu byla použita metoda pozorování a technika kódování, kterou využíváme zvláště pro vyhodnocení Vo3. Které metody se u osob po CMP s afázií uplatňují nejčastěji, bez ohledu na typ afázie.

Iniciátorem všech logopedických terapií byla klinická logopedka, která prováděla diagnostiku a terapii. Terapie byly nahrávány na diktafon, které potom byly přepsány z důvodů kódování. Vybraní respondenti nebo jejich rodinný příslušníci podepisovali informovaný souhlas k nahrávání (příloha C).

Získaná data a navrhovaná opatření v terapii byly vždy konzultovány s logopedkou. V rámci přímého pozorování jsme mohli využít i rozhovory s rodinnými příslušníky, kteří nám poskytli informace o životě respondentů před vznikem CMP. Doplňovali také informace o celém průběhu komplexní terapie. Cílem práce bylo popsat a následně analyzovat logopedickou intervenci v procesu terapie narušené komunikační schopnosti, která se rozvinula na základě vzniklé CMP. K naplnění hlavního cíle byly stanovené výzkumné otázky. Ze získaných dat vlastního šetření na ně můžeme odpovědět.

Vo1 Jak a kde probíhá logopedické vyšetření u osob po CMP v akutním stádiu?

Logopedické vyšetření v akutním stádiu probíhá v nemocnici, zpravidla hned, jakmile to dovolí zdravotní stav pacienta. V případě, že stav pacienta po CMP je vážný a úplná stabilizace jeho stavu se nedaří, dochází alespoň logoped provádět orofaciální masáž, či bazální terapii. Kvůli následné diagnostice bývá logoped přítomen i při ergoterapeutických cvičení a pozoruje projevy pacienta.

Samotné logopedické vyšetření probíhá na lůžku pacienta. Vyšetří se motorické realizování řeči, fatické funkce a polykání. Vyšetření polykání musí být uděláno před podáním prvního jídla. Poruchu polykání zkouší zdravotní sestra z neurologie, až následně je přivolán logoped, který využívá testové metody – test GUSS (viz kapitola 2.4.1). Logoped pak určí patřičný postup terapie a typ stravy. V těžších případech dysfagie dochází až k operativním zákrokům.

K prvnímu logopedickému vyšetření je pozván alespoň jeden člen rodiny. Nutností je sepsat osobní anamnézu. Pokud rodina poskytne dostatek informací, zvláště pak jeho zájmy, vlastnosti (jaký byl před CMP) může být terapie úspěšnější. Logoped s psychologem připravuje rodinu na nově vzniklou situaci. Hlavním posláním vyšetření v akutním stavu je zjistit stav, zachovaných funkcí. K tomu byl využíván test MAST. Spolupracující logopedka ho používá nejčastěji, z důvodu jeho časovosti. Trvá 15 minut. Tento test má devět oblastí, viz kapitola 2.2.2 a záznamový arch uvádíme pod přílohou A. V závěru logoped zjistí celkový index rozumění a produkce řeči. Nedílnou součástí vyšetření je dysartrický profil. V případě globální afázie se některé oblasti nedají hodnotit. Nejčastější typ testu je 3F.

Po odeznění akutního stavu je pacient přeložen na interní oddělení. Pokud jsou volná lůžka, může být přesunut na rehabilitační kliniku, tady ho bude čekat nové logopedické vyšetření a může být hospitalizován až šest týdnů. Podle jeho stavu pokračuje do rehabilitačních ústavů či lázní. V případě, že lázně nejsou poskytnuty, je propuštěn do domácího ošetřování a ambulantně navštěvuje klinického logopeda.

Vo2 Jak probíhá terapie po CMP u osob s afázií v akutním stádiu?

Terapie v akutním stádiu probíhá komplexně, jedná se o systematické působení a reedukování následků CMP. Hlavním cílem logopedické terapie není naučit pacienta bezchybně hovořit, ale snažit obnovit jeho dorozumívací schopnosti natolik, aby byl schopný se dorozumět v běžném životě. Důležité je porozumění a funkční aspekt mluvy, formální stránka je až sekundární. Logoped si musí dobře uvědomit, kde vznikla léze a pracovat přiměřeným tempem než zmizí v postiženém místě otok – edém a začnou se obnovovat buňky, které byly zasaženy. Logoped vychází z určitých fází reedukace řeči. Nejprve musí zjistit, jak moc jsou zachované dorozumívací schopnosti.

V našem případě to zjišťujeme přivítáním se a navázáním kontaktu. Doprovodné otázky jsou: jak se jmenujete, řekněte jméno vašeho dítěte, co je za den, kde se právě teď nacházíme. Pozorujeme snahu o komunikaci a neverbální projevy. V případě, že pacient vůbec nereaguje, snažíme se najít nějakou vhodnou kompenzační techniku komunikace, například činnostní obrázky, nebo piktogramy.

Ve všech případových studiích vycházíme ze základní posloupnosti těchto reedukačních cvičení.

- Návčik orální praxie a motoriky mluvidel.
- Orofaciální stimulace, masáž.
- Dechová cvičení.
- Slovní zásoba a pojmenování.
- Automatismy.
- Návčik porozumění.
- Terapie polykání.
- Individuální zaměření – využití všech podnětů, které pacienta podnítí ke komunikaci. Pokud rád zpíval, využít techniku MIT, nebo poslech hudby. Všechny individuální zvláštnosti se promítají i do ostatních terapii.

Logopedické terapie v akutní fázi trvají 20 minut. I to je na některé případy dlouhá doba. Od začátku nastavené terapie je nutná spolupráce rodiny. Nejen, že slouží jako zdroj informací, ale terapii pak budou provádět sami doma. Terapeutické kroky jim je potřeba řádně vysvětlit a naučit dané metody. Pokud je to možné, logopedická terapie by ideálně měla probíhat několikrát denně. Třeba jen v jednorázových cvičeních. V akutním stádiu, které trvá týden až dva, má pacient poskytovanou terapii denně maximálně každý druhý den. A to z důvodu, že pacienti mají i jiná vyšetření, tudíž nemusí být přítomní na lůžku v čase, který je pro něj vyhraněný. V současné době by měla mít každá větší nemocnice alespoň jednoho klinického logopeda, který provede vyšetření a sestaví terapeutický plán. Konkrétně v případové studii 2 je patrné, že tento rádooby „standard logopeda“ není opravdu pravidlem. V této studii můžeme konkrétně pozorovat, jaké fatální následky může mít chybná nebo neprovedená logopedická diagnostika v akutním stádiu.

Vo3 Které metody se u osob po CMP s afázií uplatňují nejčastěji, bez ohledu na typ afázie

Pro zodpovězení této výzkumné otázky jsme využili techniku otevřeného kódování a v tabulce uvádíme výsledky skórování.

Tabulka 6 Souhrnný přehled využitých terapií

Použitá terapie	Pacient p. Valérie	Pacient p. Luboš	Pacient p. Jaroslav
Motorika mluvidel	✓	✓	✓
Anomie a výbavnost slov	✓	✓	✓
Automatické řady	✓	✓	✓
Porozumění	✓	✓	✓
Slovní zásoba	✓	✓	✓
Respirace	✓	✓	✓
Skupinová terapie	✓	x	x
Polykání	✓	✓	✓
MIT	✓	x	✓
Grafie	✓	✓	✓
Lexie	✓	✓	✓

Metody se vzájemně prolínají a navazují na sebe. Vidíme, že nezáleží konkrétně na typu afázie, protože logoped danou terapii upraví podle možností pacienta. Patrná je taky snaha o maximální rozvoj a obnovení všech oblastí narušené komunikační schopnosti. Nelze konkrétně říci, která je nejvíce používaná.

Nejméně užívanou metodou je skupinová terapie. Důvody tohoto skórování mohou být tyto. Prvním důvodem je zdravotní stav pacienta, který neumožňuje se

zúčastnit skupinových terapií. Dále to může být psychický stav. Pacienti po CMP trpí často depresemi a jsou do sebe uzavření, méně komunikativní. Představa, že by měl někde mluvit a seznamovat se, je děsí. V neposlední řadě, je to malá informovanost o těchto terapiích. Pokud to vyloženě logoped nenavrhne nebo mu to nedá rozkazem, nevědí o této variantě ani rodinní příslušníci. Logopedka, která je přítomna u našeho šetření, pořádá skupinové terapie jednou měsíčně. Terapie melodicko-intonační byla uplatněná pouze v jedné případové studii. Z důvodu odmítavého přístupu pacienta.

Vo4 Jaká je úspěšnost terapie a co jí podmiňuje?

Úspěšnost terapie se prvořadě odráží na **zdravotním stavu** pacienta. Tím máme na mysli možnou recidivu CMP a psychický stav. Ischemická cévní příhoda se znova zopakuje až ve 40 % případu. Drobné pokroky jsou vidět již v akutním stádiu, kdy se podaří vypláznout jazyk, zavřít a otevřít ústa.

Analýzou odborné literatury je ovlivňující **faktor věku**. V případě našich studií tomu až tak není. Nejmladší pacient dopadl v závěru nejhůře. Můžeme však potvrdit teorii, že po padesátém roce života se riziko CMP zvyšuje. Důležitá je včasné započatá logopedická péče již v akutním stádiu. Jeden z respondentů neměl poskytnutou akutní logopedickou péči a jeho současný stav je nejzávažnější. **Četnost návštěv** ambulance, plně ovlivňuje logopedickou terapii zvláště pak v chronickém stádiu. Můžeme poukázat na případovou studii 2, kde pacient dokonce odmítá rehabilitační ústav, fyzioterapeutická cvičení a celé mu to podtrhuje jeho vzteklá povaha a jazyková bariéra manželky. Navíc ta vůbec péči o svého manžela nezvládá.

V případě, že se stav pacienta ani trochu nemění po akutním stádiu, je potřeba **zopakovat vyšetření** a shledat kde je problém. Ovlivňujícím faktorem může být i přidružená vada, která vznikla též následkem CMP. Například pneumonie plic. Když je pacient oslabený, logicky nemůže podávat výkon. Úspěch se po čase dostaví u každého afatika, akorát záleží na tom jaké má **vytvořené podmínky**. Musíme uvést i sociální status rodiny. Přejezdy na různá vyšetření a terapie se odráží do rodinného rozpočtu. Úbytek financí je taky z důvodu ztráty zaměstnání, se kterým se konkrétně těžce vyrovnávala respondentka v případové studii 1.

Přes všechny výše uvedené faktory je nejdůležitější **péče rodiny**. V případové studii 1 a 2 se dokonce podařilo přestoupit na jiný druh afázie. A to z důvodu jejich vnitřní motivace a péčí rodiny. Oba dva mají velmi semknuté rodiny, které byli pacientům vždy na blízku. Obě rodiny začali, nezávisle na sobě vyhledávat informace o organizacích, které spolupracují s lidmi po CMP. Kvalitní rodinné zázemí značně napomáhá ke zlepšení stavu pacienta.

Závěr

Tato diplomová práce se zabývala logopedickou intervencí u dospělých osob po cévní mozkové příhodě. Cílem práce bylo popsat a následně analyzovat poskytované logopedické terapie. Diplomová práce je členěna na dvě části. Teoretická část je rozčleněna do třech hlavních kapitol.

Autorka vymezuje cévní mozkovou příhodu její typické symptomy, druhy mozkových příhod a následnou léčbu. Určitou část věnuje změnám v rodinném prostředí a kvalitě života pacientů. V druhé kapitole charakterizuje narušenou komunikační schopnost jako následek cévní mozkové příhody. Podrobněji specifikuje nejčastější vzniklá onemocnění jako je afázie, dysartrie a dysfagie. Tyto tři typy narušené komunikační schopnosti jsou podrobněji rozpracovány na jejich symptomatiku, klasifikaci, diagnostiku a terapii. Třetí kapitolu věnuje komplexní rehabilitaci. Důležitá je logopedická terapie v akutním stádiu i v chronickém stádiu. V rámci úspěšné terapie se doporučují skupinové terapie. Tyto terapie poskytují, občanské spolky, sdružení a kluby, které autorka popisuje jako podpůrné organizace zabývající se s lidmi po cévní mozkové příhodě.

Druhá část je empirická, která je tvořená případovými studii. Každá studie obsahuje osobní anamnézu, logopedický diagnostický proces a navrženou terapii. Terapie je zaznamenána v akutním stádiu i následně v chronickém – tři měsíce po iktu. Jedná se o kvalitativní výzkum, které doplňují čtyři výzkumné otázky. Z výsledků výzkumného šetření je nutno zdůraznit úspěšnost logopedické terapie. Samostatnou logopedickou terapii ovlivňují tyto faktory: včasnost poskytnutí péče, zdravotní stav pacienta a rozsah léze, vnitřní motivace pacienta a interdisciplinární rozsah spolupráce. Dalším ovlivňujícím faktorem avšak nezbytným, je rodina. Pokud je rodina funkční a vytváří pacientovi podnětné prostředí, rekonvalescence je rychlejší. Pravidelnou návštěvností logopedické ambulance a rehabilitační terapie se výsledky dostaví stejně, jako v tomto výzkumném šetření. Sběrem dat, pozorováním, analýzou dokumentů se podařilo cíle diplomové práce splnit.

Navrhovaná opatření

Na základě zjištěných údajů vzniklých z výzkumného šetření můžeme navrhnout tato opatření. Jedním z opatření je informovanost pacientů, kteří jsou již v chronickém stádiu o možných terapiích, které zajišťují podpůrné organizace. Ne, všichni logopedi v ambulancích pořádají skupinové terapie. Tento druh terapie je velmi prospěšný a napomáhá se pacientům zdokonalovat nejen v řeči jako takové, ale posiluje sociální vztahy a vazby. Navrhovali bychom tedy zvýšit informovanost o těchto organizacích a konkrétně i o této terapii.

Další opatření, pro možný budoucí výzkum, je zjištění současného stavu nemocnic a poskytování akutní logopedické péče. Jak jsme zjistili (případová studie 2) ve vlastním výzkumu, i v této moderní době není dostatečně zajištěná logopedická péče v nemocnicích. Víme, že je nereálné si v případě obtíží vybírat vhodnou nemocnici, ale kdyby byl uskutečněný screening nemocnic (alespoň v krajích), nekončili by lidé v tak žalostných stavech, jako je pan Luboš. Tím se i úzce pojí povědomí společnosti o této nemoci. Posledním nešvarem týkající se nemocnic je, že se prezentují přítomností klinického logopeda, ale ten tam pouze dochází podle potřeby. Tudíž se opět nedostává včasné akutní logopedické péče. Jedná se spíše o oblastní nemocnice. Bohužel je to na celkové zamyšlení nad nastavením úvazků pro klinické logopedy a taky otázka financování.

Posledním opatřením by byly kurzy pro rodinné příslušníky, které mají doma osobu po CMP. Samotná mozková příhoda je velmi rychlá a kromě pacienta, bývá zasažena celá rodina a musí se vypořádat se vzniklou situací. Ne, vždy může být člen rodiny přítomný u terapie a tak bychom navrhovali, krátké spíše instruktážní kurzy pro rodiny. Toto onemocnění si nevybírá. Může potkat různě postavené lidi, s různým sociálním a vědomostním statutem. Mnohokrát neurolog nebo klinický logoped stanoví diagnózu, ze které je rodina zmatená a neví, co si pod tím vším má představit. Kurzy by měla pořádat nemocnice, popřípadě podpůrné organizace (u některých to již funguje).

Seznam použité literatury

- AMBLER, Z., 2006. *Základy neurologie*. 6. vyd. Praha: Galén. ISBN 80-7262-433-4.
- AMBLER, Z., aj., 2004. *Klinická neurologie*. 1. vyd. Praha: Triton. ISBN 80-7254-556-6.
- BARTONÍČKOVÁ, V., DVOŘÁKOVÁ, A., 2009. *Cesta z mlčení*. 1. vyd. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-531-8.
- BAUER, J., 2010. Léčba ischemické cévní mozkové příhody. *Interní medicína* [online], roč. 12, č. 9, s. 442–444 [vid. 10. 2. 2017]. Dostupné z: <https://www.internimedica.cz/pdfs/int/2010/09/12.pdf>
- Cerebrum: Sdružení osob po poranění mozku a jejich rodin* [online]. [vid. 27. 2. 2017]. Dostupné z: <http://www.cerebrum2007.cz/>
- Club Afasie: Občanské sdružení podporující lidi s afázií* [online]. [vid. 5. 2. 2017]. Dostupné z: http://www.klubafasie.com/index.php?option=com_content&view=section&layout=blog&id=3&Itemid=11
- CMP: Sdružení pro rehabilitaci osob po cévních mozkových příhodách* [online]. [vid. 17. 12. 2016]. Dostupné z: <http://www.sdruzenicmp.cz/kdo-jsme>
- CSÉFALVAY, Z., aj., 2007. *Terapie afázie*. 1. vyd. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-316-1.
- CSÉFALVAY, Z., aj., 2012. Neurogénne poruchy komunikácie u dospelých. *Neurologie pro praxi*, roč. 13, č. 6, s. 304-307. ISSN 1803-5280.
- CSÉFALVAY, Z., LECHTA, V., 2013. *Diagnostika narušené komunikační schopnosti u dospělých*. 1. vyd. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-0364-3.
- DUFEK, M., 2002. Cévní mozkové příhody, obecný úvod a klasifikace. *Interní medicína* [online], roč. 10, č. 2, s. 5–10 [vid. 25. 1. 2017]. Dostupné z: <https://www.internimedica.cz/pdfs/int/2002/06/10.pdf>

- Fakultní nemocnice Brno: Screening dysfagie – GUSS* [online]. [vid. 14. 13. 2017].
Dostupné z: <https://www.fnbrno.cz/nemocnice-bohunice/neurologicka-klinika/screening-dysfagie-guss/t4943>
- HARTL, P., HARTLOVÁ, H., 2004. *Psychologický slovník*. 1.vyd. Praha: Portál. ISBN 80-7178-303-X.
- HENDL, J., 2005. *Kvalitativní výzkum: základní metody a aplikace*. 2. přeprac. vyd. Praha: Portál. ISBN 80-7367-040-2.
- HUTYRA, M., 2011. *Kardioembolizační ischemické cévní mozkové příhody: diagnostika, léčba, prevence*. 1. vyd. Praha: Grada. ISBN 978-802- 4738-161.
- Ictus: Obecně prospěšná společnost pro lidi po cévní mozkové příhodě* [online]. [vid. 15. 12. 2016]. Dostupné z: <http://www.ictus.cz/>
- JANKOVSKÝ, J., 2001. *Ucelená rehabilitace dětí s tělesným a kombinovaným postižením*. 1.vyd. Praha: TRITON. ISBN 80-7254-192-7.
- JESENSKÝ, J., 1995. *Uvedení do rehabilitace zdravotně postižených*. 1. vyd. Praha: Karolinum. ISBN 80-7066-941-1.
- KALITA, Z., 2006. *Akutní cévní mozkové příhody: diagnostika, patofyziologie, management*. 1. vyd. Praha: Maxdorf. ISBN 80-859-1226-0.
- KALVACH, P., et al., 2010. *Mozkové ischemie a hemoragie*. 3. přeprac. vyd. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-2765-3.
- KALVACH, Z., et al., 2004. *Geriatric a gerontologie*. 1. vyd. Praha: Grada. ISBN 80-247-0548-6.
- KEJKLÍČKOVÁ, I., 2011. *Logopedie v ošetrovatelské praxi*. 1. vyd. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-2835-3.
- KLENKOVÁ, J., 2006. *Logopedie*. 1. vyd. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-1110-9.
- KLENKOVÁ, J., aj., 2007. *Terapie v logopedii*. 1. vyd. Brno: Masarykova Univerzita. ISBN 978-80-210-4463-0.

KRIVOŠÍKOVÁ, M., 2011. *Úvod do ergoterapie*. 1. vyd. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-2699-1.

KŘIVOHLAVÝ, J., 2002. *Psychologie nemoci*. 1. vyd. Praha: Grada. ISBN 80-247-0179-0.

KULIŠŤÁK, P., 2011. *Neuropsychologie*. 2. vyd. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-891-3.

KUTÁLKOVÁ, D., PALODOVÁ, D., 2007. *Palatolálie a afázie*. 1. vyd. Praha: Septima. ISBN 978-80-7216-241-3.

LECHTA, V., aj., 2005. *Terapie narušené komunikační schopnosti*. 1. vyd. Praha: Portál. ISBN 80-7178-961-5.

LESNÝ, I., ŠPITZ, J., 1989. *Neurologie a psychiatrie pro speciální pedagogy*. 1. vyd. Praha: SPN. ISBN 80-04-22922-0.

LIPPERTOVÁ-GRÜNEROVÁ, M., 2005. *Neurorehabilitace*. 1. vyd. Praha: Galén. ISBN 80-7262-317-6.

LIPPERTOVÁ-GRÜNEROVÁ, M., 2015. *Rehabilitace po náhlé cévní mozkové příhodě*. 1. vyd. Praha: Galén. ISBN 978-80-7492-225-1.

Logo: Občanské sdružení pomáhající osobám s těžkou poruchou komunikace a hybnosti [online]. [vid. 17. 2. 2017]. Dostupné z: <http://www.oslogo.cz/kdo-jsme/>

LOVE, RUSSEL J., aj., 2009. *Mozek a řeč*. 1. vyd. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-464-9.

MIOVSKÝ, M., 2006. *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu*. 1. vyd. Praha: Grada. ISBN 80-247-1362-4.

NEBUDOVÁ, J., 1999. *Cévní mozkové příhody*. 2. vyd. Praha: Triton. ISBN 80-7254-41-6.

NEUBAUER, K., aj., 2007. *Neurogení poruchy komunikace u dospělých*. 1. vyd. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-159-4.

NEUBAUER, K., DOBIAS, S., 2014. *Neurogeně podmíněné poruchy řečové komunikace a dysfagie*. 1. vyd. Hradec Králové: Gaudeamus. ISBN 978-80-7435-518-9.

- NEVŠÍMALOVÁ, S., et al., 2005. *Neurologie*. Dotisk 1. vyd. Praha: Galén. ISBN 80-7262-160-2.
- OBEREIGNERŮ, R., 2013. *Afázie a přidružené poruchy symbolických funkcí*. 1. vyd. Olomouc: UPOL. ISBN 978-80-244-3737-8.
- ORSZÁGH, J., KÁŠ, S., 1995. *Cévní příhody mozkové*. 3. přeprac. vyd. Praha: Brána. ISBN 80-901783-8-3.
- PALMER, S., PALMER, J. B., 2013. *Soužití s partnerem po mrtvici*. 1. vyd. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-0348-3.
- PETROVSKÝ, M., 1996. Dysartrie z pohledu neurologa. *Klinická logopedie v praxi*. Praha: Asociace klinických logopedů, roč. 3, č. 2, s. 4–8.
- PFEIFFER, J., 2007. *Neurologie v rehabilitaci*. 1. vyd. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-1135-5.
- POWELL, T., 2010. *Poškození mozku*. 1. vyd. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-667-4.
- PREISS, M., aj., 1998. *Klinická neuropsychologie*. 1. vyd. Praha: Grada. ISBN 80-7169-443-6.
- SEIDL, Z., 2008. *Neurologie pro nelékařské zdravotnické obory*. 1. vyd. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-2733-2.
- SEIDL, Z., OBENBERGER, J., 2004. *Neurologie pro studium i praxi*. 1. vyd. Praha: Grada. ISBN 80-247-0623-7.
- ŠKODOVÁ, E., aj., 2003. *Klinická logopedie*. 1. vyd. Praha: Portál. ISBN 80-7178-546-6.
- TEDLA, M., 2009. *Poruchy polykání*. 1. vyd. Havlíčkův Brod: Tobiáš. ISBN 978-80-7311-105-2.
- VOTAVA, J., 2005. *Ucelená rehabilitace osob se zdravotním postižením*. 1. vyd. Praha: Karolinum. ISBN 80-246-0708-5.
- WABERŽINEK, G., KRAJÍČKOVÁ, D., 2007. *Základy speciální neurologie*. 1. vyd. Praha: Karolinum. ISBN 978-80-2461-020-7.

Seznam příloh

Příloha A – Diagnostický test MAST

Příloha B – Diagnostický test GUSS

Příloha C – Informování souhlas k nahrávání

Příloha A: Záznamový arch – test MAST

MASTcs – záznamový list

Jméno pacienta	Rodné číslo	Věk	Bydliště	Vzdělání ZŠ SŠ VŠ Lateralia P L A
Před NO: mateřský jazyk ČJ jiný vývojové poruchy slov kognitivních, jazykových a řečových funkcí sluch zrak - bylo na čtení používá ano ne		NO: anartrie, dysartrie, apraxie, agnozie, nové vzniklé poruchy zraku, hemiparéza PHK perseverace, automatizmy, echolálie, agramatizmy, neologizmy, parafráze sémantické - fonemické, anomie, ...		Jméno investigátora I. a II. vyš. Datum vyšetření I. a II. vyš.
INDEX PRODUKCE	50	INDEX ROZUMĚNÍ	50	NORMY CELKOVÝ JAZYKOVÝ INDEX
1. Automatická řeč	10	6. Rozumění alternativním otázkám	20	ZŠ a SŠ vzdělání VŠ vzdělání věk do 60 let VŠ vzdělání věk nad 60 let
2. Pojmenování	10	7. Rozumění slovu- identifikace objektů	10	≥ 93
3. Opakování	10	8. Rozumění verbální instrukci	10	≥ 96
4. Fluence při popisu	10	9. Rozumění čtené instrukci	10	≥ 49
5. Psaní na diktát	10	CELKOVÝ JAZYKOVÝ INDEX	100	max. I. II.
1. Automatická řeč (2 body; správně, 0 bodů; nesprávně, skóre 0 - 10)				10
Počítejte po sobě dny v týdnu (nápověda „jedna“ nutná - skóre 1 bod) (1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10)				2
Vymenujte po sobě dny v týdnu (nápověda „pondělí“ nutná - skóre 1 bod) (pondělí, úterý, středa, čtvrtek, pátek, sobota, neděle)				2
Dokončete následující příslovi: Jablko nepadá daleko od ... (stromu.)				2
Dokončete následující příslovi: Tak dlouho se chodí se dřábem pro vodu, až ... (se ucho utrhne.)				2
2. Pojmenování (2 body; správně, 1 bod; nápověda nutná, 0 bodů; nesprávně, skóre 0 -10): Ukažte objekt a zepněte se: „Co je to?“ Časový limit pro pojmenování jednoho stimulu bez nápovědy 5 s.				10
Klíče	brada	tužka	malíček	hodinky
3. Opakování „Opakujte přesně to co řeknu.“ (2 body: začne v limitu 5 s a zopakuje správně, 0 bodů; nesprávně, skóre 0 - 10). Zakryjte si ústa.				10
Dort	skřípka		vizítka	6
Vedle velkého železného stolu.				2
4. Fluence při popisu fotografie: Ukažte fotografii po dobu 10 s. přitom řekněte: „Ukažte vám fotky, prohlédněte si ji a nyní mi řekněte vše, co se děje na obrázku, mluvte prosím, dokud neřeknu dost. Zadržte řeč.“ Od zahájení mluvené produkce začněte měřit 10 s během kterých zapíše všechny srozumitelné výrazy nebo provede náhravku a poté ji vyhodnotte. Počítejte srozumitelné výrazy včetně neologizmů např.: To tedy nevím ... křak ... no vluk seni ... tady“ produkce osmi výrazů = 5 bodů; (0 až 5 výrazů = 0 bodů, 6 až 10 výrazů = 5 bodů, 11 a více výrazů = 10 bodů)				10
Lvyš. počet srozumitelných výrazů: záznam produkce:				
Informační hodnota sdělení:				
II.vyš. počet srozumitelných výrazů: záznam produkce:				
Informační hodnota sdělení:				

	max.	I.	II.
5. Psní na diktát (2 body: správné, 1 bod; jedna chyba, 0 bodů; nesprávné, skóre subtestu 0 - 10) „Napište slova, která vám budou diktovat.“	10		
řve	8		
„Mými napište větu:“ (nejprve přečtete celou větu a poté dvě a dvě slova z věty diktujete)	2		
„Napište větu:“ (nejprve přečtete celou větu a poté dvě a dvě slova z věty diktujete)			
Naše broskvoň již plodí.			
6. Rozumění alternativním otázkám „Budou se vás ptát, prosím odpovídejte ano nebo ne.“ (2 body: správné, 0 bodů; nesprávné, skóre subtestu 0 - 20)	20		
Provedení správných reakcí musí být pohotovost, do pěti sekund, neopakuje zadání instrukce, mluvíte hlasitě a zřetelně.			
Jmenujete se Nováková? (uveďte jiné příjmení, než je správné příjmení pacienta/ky)	2 ne		
Jmenujete se ...? (uveďte správné příjmení pacienta/ky)	2 ano		
Bydlíte v Praze? (uveďte jiné místo, než to, ve kterém žijete)	2 ne		
Bydlíte ...? (uveďte správné místo)	2 ano		
Ukazuje vám čelo? (vysvětluje se dotýká ucha)	2 ne		
Máte na hlavě klobouk?	2 ano		
Je kráva větší než koza?	2 ne		
Přichází pozdě po zimě?	2 ano		
Je snídaně dříve než oběd?	2 ne		
Oblékáte si nejedlé kabát a potom košili?	2 ano		
7. Rozumění slovu - identifikace objektů: předložíme uvedené objekty a vyřetovaní je vždy pouze 1x vyzván, aby ukázal jmenovaný objekt: „Ukažte kde je.“ (2 body: správné, 0 bodů; nesprávné, skóre subtestu 0 - 10) Provedení správných reakcí musí být pohotovost, do pěti sekund, neopakuje zadání instrukce.	10		
Vrdlička			
8. Rozumění mluvené instrukci „Udělejte, co vám řeknu!“ (2 body: správné, 0 bodů; nesprávné, skóre subtestu 0 - 10) Pouze 1x zadaná instrukce, mluvíte hlasitě a zřetelně.	10		
Ukažte na vaší bradu!			
Otevřete ústa!	2		
Ukažte vaši levou rukou vaše pravé oko! (x Ukažte vaši pravou rukou vaše levé oko)	2		
Ukažte na podlahu a potom na váš nos!	2		
Dříve než otevřete ústa, dočkněte se ucha!	2		
9. Rozumění čtené instrukci „Udělejte, co je tady napsáno!“ (2 body: správné, 0 bodů; nesprávné, skóre subtestu 0 - 10) Pacient si přečte instrukci pouze 1x. Provedení správných reakcí musí být pohotovost, do pěti sekund.	10		
Zamávejte rukou.	2		
Zatměte pěst.	2		
Ukažte ruku na podlahu a potom na strop.	2		
Položte vaši levou ruku na vaše pravé rameno. (x Položte vaši pravou ruku na vaše levé rameno.)	2		
Než se podíváte na okno, dotkněte se vašeho levého ucha.	2		
Poznámky			

Příloha B: Test GUSS

GUSS Gugging Swallowing Screen – Trapl M. et al. 2007

Jméno:
Datum:
Čas:

1. Předtestové vyšetření / Nepřímý test polykání

		ANO	NE
Bdělost	Pacient musí být bdělý nejméně 15 minut	1 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>
Kašel a/nebo odkašlávání	Volní kašel Pacient by měl zakašlat nebo odkašlat dvakrát	1 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>
Polykání slin:			
▪ Polykání úspěšné		1 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>
▪ Drooling		0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>
▪ Změna hlasu	Chrapot, kloktavý hlas, zastřený hlas, slabý hlas	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>
Celkem:		(5)	
1-4 = zastavte vyšetřování a pokračujte později ¹ 5 = pokračujte s částí 2			

2. Přímý test polykání (materiál: čistá voda, plochá čajová lžička, zahušťovadlo, chléb)

V následujícím pořadí:	1 → ZAHUŠTĚNÁ TEKUTINA*	2 → TEKUTINA**	3 → PEVNÁ STRAVA***
POLYKÁNÍ:			
▪ Polykání není možné	0 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>
▪ Polykání opožděné (>2 sec.) (pevné konzistence >10sec.)	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>
▪ Polykání úspěšné	2 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
KAŠEL (bezděčný): před, v průběhu nebo po polknutí – se zpožděním do 3 minut			
▪ Ano	0 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>
▪ Ne	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>
DROOLING:			
▪ Ano	0 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>
▪ Ne	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>
ZMĚNA HLASU: (poslechněte hlas před a po polknutí – pacient by měl říkat „O“)			
▪ Ano	0 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>
▪ Ne	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>
CELKEM:	(5)	(5)	(5)
	1-4 = zastavte vyšetřování a pokračujte později ¹ 5 = pokračujte tekutinami	1-4 = zastavte vyšetřování a pokračujte později ¹ 5 = pokračujte pevnou konzistencí	1-4 = zastavte vyšetřování a pokračujte později ¹ 5 = norma
CELKEM: (Součet výsledku nepřímého a přímého testu polykání) (20)			
*	První administrace 1/3 až 1/2 čajové lžičky vody se zahušťovadlem (konzistence pudinku). Pokud nejsou patrné žádné symptomy, aplikujte 3 až 5 lžiček. Hodnoťte po 5. lžičce.		
**	3, 5, 10, 20ml vody – pokud nejsou žádné přítomny, pokračujte s 50ml vody (Daniels et al. 2000; Gottlieb et al. 1996). Hodnoťte a ukončete vyšetření, jakmile zpozorujete jedno z kritérií!		
***	Klinicky: suchý chléb; FEES: suchý chléb namočený do zabarvené tekutiny		
¹	Užijte funkční vyšetřovací metody jako VFS, FEES		

Příloha C: Informovaný souhlas

INFORMOVANÝ SOUHLAS K NAHRÁVÁNÍ TERAPIE

Žádám Vás o souhlas s poskytováním výzkumného materiálu pro diplomovou práci, která nese název *Logopedická intervence u dospělých osob po cévní mozkové příhodě*. Záznamy z vašich logopedických terapií budou nahrány na diktafon a posléze zpracovány.

V rámci výzkumu je zachovaná **anonymita respondentů – v prepisech terapií budou odstraněny potřebné identifikační údaje a jméno bude změněno**. Osobně se zavazují svoji **mlčenlivostí ve vztahu k osobním údajům o účastnících výzkumu**.

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

Mgr. Ivana Samohelová

Dne **ANO, SOUHLASÍM** Podpis: