

UNIVERZITA PALACKÉHO V OLOMOUCI

PEDAGOGICKÁ FAKULTA

Ústav speciálněpedagogických studií

DIPLOMOVÁ PRÁCE

Anetta Zichová

**LOGOPEDICKÁ INTERVENCE U OSOB V AKUTNÍM STÁDIU
PO CÉVNÍ MOZKOVÉ PŘÍHODĚ**

Olomouc 2016

Vedoucí práce: Mgr. et Mgr. Gabriela Smečková, Ph.D.

Prohlašuji, že jsem diplomovou práci na téma Logopedická intervence u osob v akutním stádiu po cévní mozkové příhodě vypracovala samostatně a použila jen uvedenou literaturu a zdroje.

V Olomouci dne 22.3. 2016

.....

Anetta Zichová

Poděkování

Mé upřímné poděkování patří Mgr. et Mgr. Gabriele Smečkové, Ph.D., za cenné rady a odborné vedení mé diplomové práce. Dále děkuji svým rodičům a příteli za podporu po celou dobu mého studia.

ÚVOD	9
I TEORETICKÁ ČÁST	10
1 Cévní mozková příhoda	10
1.1 Historie poznání cévních mozkových příhod.....	10
1.2 Terminologické vymezení a definice.....	11
1.3 Rizikové faktory.....	12
1.4 Klasifikace cévních mozkových příhod.....	13
1.4.1 Cévní mozková příhoda ischemická.....	13
Mechanismy vzniku ischemie.....	14
Příčiny ložiskové.....	15
Příčiny celkové.....	16
Klinický obraz cévní mozkové příhody ischemické.....	16
1.4.2 Cévní mozková příhoda hemoragická.....	18
Mechanismy vzniku hemoragií.....	19
Klinický obraz cévní mozkové příhody hemoragické.....	19
1.5 Diagnostika cévních mozkových příhod.....	20
1.6 Prognóza.....	21
1.7 Prevence.....	21
2 Afázie	22
2.1 Terminologické vymezení a definice.....	22
2.2 Etiologie.....	24

2.3	Symptomatologie	27
2.4	Klasifikace.....	30
2.5	Diagnostika	33
2.6	Diferenciální diagnostika	35
2.7	Terapie.....	35
3	Dysartrie.....	38
3.1	Terminologické vymezení a definice	38
3.2	Etiologie	39
3.3	Klasifikace získané dysartrie.....	41
3.4	Diagnostika	44
3.5	Terapie.....	46
4	Logopedická intervence	48
4.1	Logopedická diagnostika.....	48
4.2	Logopedická terapie	49
4.3	Logopedická prevence.....	49
4.4	Logopedická intervence afázie a dysartrie v akutní fázi	49
4.4.1	Logopedická diagnostika v akutní fázi.....	50
4.4.2	Logopedická terapie v akutní fázi	51
II	PRAKTICKÁ ČÁST.....	53
5	Výzkumné šetření.....	53
5.1	Vymezení výzkumného problému a definování cíle.....	53
5.2	Definování výzkumných otázek.....	53

5.3	Metodologie výzkumu.....	54
5.3.1	Případová studie	54
5.3.2	Pozorování.....	54
5.3.3	Anamnéza.....	54
5.4	Charakteristika místa šetření	55
5.5	Organizace výzkumného šetření	55
6	Kazuistika č. 1.....	56
6.1	Zkoumaná osoba	57
6.2	Anamnéza.....	58
6.2.1	Osobní anamnéza	58
6.2.2	Rodinná anamnéza	59
6.2.3	Pracovní anamnéza.....	59
6.2.4	Sociální anamnéza.....	59
6.3	Vstupní logopedické vyšetření	59
6.4	Logopedická terapie dne 9. června 2015.....	62
6.5	Logopedická terapie dne 12. června 2015.....	63
6.6	Logopedická terapie dne 15. června 2015.....	64
6.7	Logopedická terapie dne 18. června 2015.....	65
6.8	Výstupní logopedické vyšetření	66
6.9	Resumé.....	68
7	Kazuistika č. 2.....	69
7.1	Zkoumaná osoba	70

7.2	Anamnéza.....	71
7.2.1	Osobní anamnéza	71
7.2.2	Rodinná anamnéza	72
7.2.3	Pracovní anamnéza.....	72
7.2.4	Sociální anamnéza.....	72
7.3	Vstupní logopedické vyšetření	72
7.4	Logopedická terapie dne 5. června 2015.....	76
7.5	Logopedická terapie dne 8. června 2015.....	77
7.6	Logopedická terapie dne 10. června 2015.....	78
7.7	Logopedická terapie dne 12. června 2015.....	79
7.8	Výstupní logopedické vyšetření	79
7.9	Resumé.....	81
8	Kazuistika č. 3.....	83
8.1	Zkoumaná osoba	84
8.2	Anamnéza.....	85
8.2.1	Osobní anamnéza	85
8.2.2	Rodinná anamnéza	86
8.2.3	Pracovní anamnéza.....	86
8.2.4	Sociální anamnéza.....	86
8.3	Vstupní logopedické vyšetření	86
8.4	Logopedická terapie dne 24. července 2015	89
8.5	Logopedická terapie dne 27. července 2015	89

8.6 Logopedická terapie dne 30. července 2015	90
8.7 Logopedická terapie dne 3. srpna 2015.....	90
8.8 Výstupní logopedické vyšetření	91
8.9 Resumé	92
9 Interpretace výsledků a zodpovězení výzkumných otázek.....	94
9.1 Diskuze a závěr	95
ZÁVĚR.....	97
SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY	98
SEZNAM ZKRATEK.....	106
SEZNAM TABULEK	107
SEZNAM OBRÁZKŮ	108
SEZNAM PŘÍLOH.....	109

ÚVOD

Cévní mozková příhoda je velmi závažné neurologické onemocnění, které postihuje člověka nečekaně. Radíme ji k třetí nejčastější příčině mortality v České republice. Představuje závažnou medicínskou, sociální i ekonomickou problematiku. Ve starší odborné literatuře se setkáváme s tvrzením, že se jedná především o onemocnění postihující starší populaci, bohužel dnes již toto neurologické onemocnění postihuje i osoby věku mladšího. V akutní fázi po cévní mozkové příhodě dochází k manifestaci nově přidružených symptomů, jež determinují jak fyzickou, tak i psychickou stránku člověka. Klinické symptomy však obzvláště v akutní fázi prochází dynamikou změn. V tomto období je důležitá přítomnost rodinných příslušníků, tak aby docházelo k podpoře a motivaci klienta pro další medicínskou léčbu a logopedickou terapii. Dalším důležitým faktorem je mezioborová spolupráce, tedy vzájemná spolupráce lékařů, klinických logopedů a psychologů.

V klinické praxi u osob po takto prodělaném neurologickém onemocnění se nejčastěji setkáváme s diagnózami získané neurogenní poruchy komunikace, tedy dysartrie, a také získanou poruchu fatických funkcí neboli afázie. Každá z těchto diagnóz vyžaduje již v akutním stádiu onemocnění včasnou logopedickou intervenci, především z důvodu minimalizace klinických symptomů afázie a dysartrie.

Tuto práci koncipujeme na dvě hlavní části, tedy na část teoretickou a praktickou. V teoretické části se podrobněji zaměříme na analýzu problematiky cévních mozkových příhod, které mohou být podkladem pro vznik získané formy narušení komunikační schopnosti, tedy na historii, terminologii, rizikové faktory, klasifikaci, diagnostiku, prognózu a prevenci. Z tohoto důvodu vyplývá, že naše další kroky směřují k charakteristice afázií a dysartrií. Posledním bodem teoretické části bude logopedická intervence v období akutní fáze u těchto získaných poruch komunikace.

Praktická část byla realizována formou kvalitativního výzkumu. Obsahuje tři případové studie. Pro jejich tvorbu byly využity lékařské záznamy a anamnestický dotazník, vyplněn rodinným příslušníkem. Hlavním cílem praktické části je analýza logopedické intervence u klientů v akutním stádiu po cévní mozkové příhodě.

I TEORETICKÁ ČÁST

1 Cévní mozková příhoda

V úvodní kapitole teoretické části se podrobněji seznámíme s problematikou cévní mozkové příhody, která zasahuje život člověka nečekaně a nastoluje obrovské břemeno jak pro takto postiženého, tak i jeho rodinu či blízké. Důsledky cévní mozkové příhody jsou různorodé a objevují se v různých stupních. Nejčastěji se manifestuje ztráta hybnosti, poruchy koordinace pohybů, deficit kognitivní i řečový a s tím související zvýšený výskyt depresí. Domníváme se, že je důležité toto onemocnění charakterizovat a zaměřit se na tento problém podrobněji, jelikož komplexním způsobem ovlivňuje život člověka v mnoha směrech. Proto se v této kapitole zaměříme na historii, charakteristiku, rizikové faktory, klasifikaci, klinické symptomy, prevenci a diagnostiku cévních mozkových příhod.

1.1 Historie poznání cévních mozkových příhod

Poznání podstaty cévních mozkových příhod má počátky již v období před 2,5 tisíci lety v Egyptě a Řecku. V tomto období začínají Řekové a Egyptané vnímat mozek jako sídlo myšlení a poznávají vztah mezi hemisférami a hybností (Kalina, 2008).

V době Hippokratově, a i po dobu dalších staletí byla cévní mozková příhoda nazývána apoplexií (Caplan, 2009). Termín apoplexie byl používán od dob Hippokrata až do první poloviny 19. století (Pound, Bury, Ebrahim, 1997). Apoplexie byla chápána jako selhání rovnováhy mezi základními tělními tekutinami (krev, hlen, žluč a lymfa) s naplněním mozku černou žlučí. Sám Hippokratés popsal jako první klinický obraz apoplexie (Kalina, 2008).

Dalším průkopníkem medicínských názorů byl Galén z Pergamonu, který jako první rozděluje apoplexii na dva typy. Při prvním typu dochází k poruše „dechu“, u druhého je dech v pořádku (Pound, Bury, Ebrahim, 1997).

Dalšími významnými medicínskými průkopníky v této oblasti od doby Hippokrata byli Avicenna, Andreas Vesalius, Wiliam Harvey (Kalina, 2008). V druhé polovině 17. století lékař Johann Jakob Wepfer u zemřelých pacientů studoval mozek po apoplexii, což mu umožnilo jako prvnímu popsat reálný popis karotického povodí (Caplan, 2009).

Rudolf Virchow v polovině 19. století rozlišoval tepennou trombózu na podkladě lokálních změn a embolii (Kalina, 2008). Za průkopníka angiografie považujeme Antonia

Monize, který jako první zobrazil aneurizma mozkové tepny, a to roku 1933 (Caplan, 2009). V průběhu 20. století dochází k rozvoji zobrazovacích metod, jež umožňují nejen přesnější diagnostiku, ale i následnou terapii (Kalina, 2008).

1.2 Terminologické vymezení a definice

Cévní mozkové příhody představují skupinu onemocnění s vysokou morbiditou a mortalitou, jejich následky mají celosvětový společenský dopad (Dufek, 2002). Jsou také nejčastější příčinou hospitalizace. Tento stav nazýváme jako urgentní. Vyžaduje včasnou diferenciální diagnostiku a taktéž zahájení účinné a vhodně zvolené terapie (Seidel, Oberbenger, 2004). Zároveň patří mezi nejčastější a nejvíce devastující poruchy (Smith, English, Johnston in Hauser et al., 2010). Řadí se společně s nádorovými a kardiovaskulárními nemocemi k třetí nejčastější příčině úmrtí v civilizovaných zemích (Dufek, 2002). Cévní mozkové příhody představují závažnou medicínskou, sociální i ekonomickou problematiku (Ambler, 2006). Bauer (in Nevšimalová a kol., 2005) ve své knize také zmiňuje problematiku etickou a společenskou.

„Akutní cévní mozková příhoda (CMP) neboli iktus je náhle vzniklá mozková porucha, především ložisková (méně často i globální), která je způsobena poruchou cerebrální cirkulace, ischemií (80%) nebo hemoragií (20%).“ (Ambler, 2006, s. 140)

Světová zdravotnická organizace (WHO) definuje cévní mozkovou příhodu jako *„rychle se rozvíjející ložiskové, občas i celkové příznaky poruchy mozkové funkce trvající déle než 24 hodin nebo končící smrtí nemocného, bez přítomnosti jiné zjevné příčiny než cévního původu.“* (Bauer in Nevšimalová a kol., 2005, s. 17) Odezní-li však symptomy kompletně do 24 hodin, nemluvíme o mozkovém infarktu jako takovém, ale hovoříme o tranzitorní ischemické atace (TIA) (Hutyra, Šanák a kol., 2011).

Pro srovnání uvedeme také zahraniční definici, která charakterizuje cévní příhody mozkové jako *„termín, který je charakteristický rychlým nástupem v důsledku ohniskového nebo globálního neurologického deficitu, který trvá déle než 24 hodin, je způsobena narušením cévní mozkové cirkulace. Příznaky mohou být percepční, motorické a s tím související kognitivní nebo řečové problémy.“* (Kovach, Reynolds, in Matzo, Sherman, 2010, s. 286)

Výskyt cévní mozkové příhody v České republice je okolo 400 nových pacientů na 100 000 obyvatel za rok (Bauer in Nevšimalová a kol., 2005). Výskyt je ovlivněn také lokalitou (Seidel, Obenberger, 2004). Značné rozdíly můžeme vidět mezi jednotlivými zeměmi, přičemž nejvyšší výskyt tohoto onemocnění je ve východní Evropě a Japonsku, naopak nejnižší incidence je v Severní Americe (Goldstein, McNeil, 2004). V akutním období umírá 10-15% všech nemocných a přibližně 30% nemocných do půl roku (Ambler, 2006). Mortalita v České republice oproti USA je čtyřikrát vyšší (Seidel, Obenberger, 2004). Autorky Goldstein, McNeil (2004) také za důležité pokládají roční období, kdy úmrtí po cévní mozkové příhodě nastává častěji v létě než v zimě.

1.3 Rizikové faktory

Rizikové faktory můžeme dělit dle různých kritérií (Ambler, 2006):

- neovlivnitelné - věk, pohlaví, dědičnost;
- ovlivnitelné - kouření cigaret, obezita, hypertenze;
- částečně ovlivnitelné - cukrovka, hyperlipidemie;
- přidružené - nedostatek fyzické aktivity, psychosomatický typ osobnosti člověka (především manažerský typ).

Většina autorů se na tomto rozdělení shoduje a rizikové faktory uvádějí pouze s menšími obměnami. Seidel, Obenberger (2004) nazývají ovlivnitelné faktory jako silné a řadí zde ještě nemoci srdce, aorty a anginu pectoris. Dalším rizikovým faktorem je také nadměrný příjem alkoholu (Warlow, 1993, in Goldstein, McNeil, 2004). Dle skupiny autorů (Smith, English, Johnston in Hauser et al., 2010) je nejsilnějším rizikovým faktorem věk. Nový fenomén, který se objevuje v posledních letech, je také užívání antikoncepčních pilulek, které za zvláštních okolností mohou vyvolat tzv. hyperkoagulační stav (Victor, Ropper, 2000). Statistiky provedené v posledních letech ukazují, že až 85% rizikových faktorů pro vznik cévní mozkové příhody lze předejít (Feigin, 2007). Přítomnost více faktorů má kumulativní charakter (Ambler, 2006). Je důležité zmínit, že jednotlivé faktory se navzájem ovlivňují, kdy jeden může zesilovat účinek druhého a obráceně. Výzkumy také ukazují fakt, že již v raných stádiích se utváří predispozice k cévní mozkové příhodě (Feigin, 2007). Od 70. let minulého století došlo k výraznému snížení mortality a morbidit, a to především díky

objevům v léčbě a identifikaci rizikových faktorů (Alan, Ošťádal in Vojáček, Malý a kol., 2004).

1.4 Klasifikace cévních mozkových příhod

Pokud chceme klasifikovat cévní mozkové příhody, pak je důležité zmínit, že se jedná o heterogenní skupinu onemocnění. Do této skupiny řadíme jak mozkové ischemie, tak i intraparenchymové hemoragie (Dufek, 2002). V obou skupinách se liší etiologie a lokalizace může být též různá. Od lokalizace se odvíjejí neurologické příznaky (Šeblová, Knor a kol., 2013). Jak uvádí Kalina (2008), nejdůležitější je správná diferenciální diagnóza mezi mozkovou ischemií a hemoragií, následně mezi jednotlivými subtypy, což je i v době sofistikovaných vyšetřovacích metod velmi složité. Klasifikovat cévní mozkové příhody můžeme také z hlediska neurologického. Neurologický deficit se projevuje jako levostranný nebo pravostranný hemisferiální iktus (Čertík, 2005).

1.4.1 Cévní mozková příhoda ischemická

Cévní mozkové příhody ischemické vznikají především v důsledku snížení mozkové perfuze části mozku nebo celého mozku. Jak jsme již v úvodní části uvedli, tvoří přibližně 80% všech cévních mozkových příhod (Bauer in Nevšimalová a kol., 2005). Wityk, Llinas (2007) ve své knize uvádí, že se jedná o akutní přerušeni toku krve jak do mozku, tak mozečku, mozkového kmene v ohniskové oblasti vedoucí k infarktu. Důležitá je kategorizace, která je založena na patofyziologii vzniku iktu. Právě kategorizace má vliv na volbu léčebné strategie, stanovení prognózy i určení rizik recidivy iktu (Hutyra, Šanák a kol., 2011).

Mozkové ischemie můžeme klasifikovat dle různých kritérií (Ambler, 2006):

- Mechanismus vzniku – při obstrukční (okluzivní) ischemii dochází k uzávěru cévy trombem nebo embolem, při neobstrukční dochází k hypoperfuzi.
- Vztah k tepennému povodí - zde řadíme infarkty teritoriální (v povodí některé mozkové tepny), interteritoriální (na rozhraní jednotlivých mozkových tepen) a lakunární (postižení malých arterií).
- Časový průběh – patří zde tranzitorní ischemická ataka (TIA), reverzibilní ischemický neurologický deficit (RIND), vyvíjející se (progredující) příhoda a dokončené ischemické příhody.

Jak uvádí Dufek (2002), důležité je také rozlišit stav tranzitorní ischemické ataky (TIA) a reverzibilního neurologického deficitu (RIND). TIA je náhlé ložiskové omezení perfuze spojené se ztrátou funkcí odpovídající lokalizaci, a obvykle se upravuje do jedné hodiny (Rokyta, 2015). TIA může mít embolický, hemoragický nebo trombotický původ (Wityk, Llinas, 2007). Průběh RIND je obdobný jako TIA, bez trvalejších následků, kdy úprava příznaků trvá do jednoho týdne. Právě TIA a RIND jsou varovnými příznaky hrozícího iktu (Seidel, Oberbenger, 2004).

Mechanismy vzniku ischemie

Cévní mozkové příhody ischemické vznikají především vlivem systémové hypoxie, která působí generalizovaný pokles saturace mozku kyslíkem (Seidel, 2015). Většina infarktů vzniká v mozkových hemisférách, mozečku nebo mozkovém kmeni. Cévní příhody ischemické ohrožují průtok krve a energie do mozku (González, Hirsch et al. 2011). Infarkty se mohou projevit jako malé (20% všech mozkových iktů) nebo jako bezpříznakové, u nichž často také dochází pouze k neobratnosti, poruše paměti či mírné slabosti (Feigin, 2007). K ischemii dochází vlivem velkého množství patologických procesů (González, Hirsch et al. 2011). Caplan (2009) ve své knize rozděluje vznik ischemických příhod do tří různých mechanismů, což je trombóza, embolie a snížení systémového prokrvení.

Ischemický iktus může vzniknout na podkladě příčin běžných (Kalina, 2008):

- aterotrombotických (40-50%);
- intrakraniálních (20-25%);
- kardioembolických (25-30%);
- low-flow infarkty (1-2%).

Vedle běžných příčin ischemického iktu, máme také neobvyklé příčiny, mezi ně řadíme (Kalina, 2008):

- disekce tepny;
- traumata – ta dále můžeme rozdělit na penetrující a nepenetrující poranění;
- záněty pojiva;

- drogy;
- infekční choroby;
- hormonální antikoncepce;
- vrozené příčiny.

Bauer (in Nevšimalová a kol., 2005) rozděluje příčiny na lokální a celkové, přičemž lokální příčiny jsou zodpovědné za ložiskovou hypoxii. Celkové příčiny způsobují difuzní hypoxické postižení mozku.

Příčiny ložiskové

Ložiskové příčiny ischemických příhod můžeme dělit na vaskulární, kardiální a hematologické (Bauer in Nevšimalová a kol., 2005). Mezi ložiskové příčiny vaskulární řadíme aterosklerózu, kterou můžeme definovat jako „*proces přestavby cévní stěny, charakterizovaný především ukládáním tukových látek a tvorbu aterosklerotického plátu, to vede k zužování cévního lumina a ve svém důsledku ke snížení průtoku krve.*“ (Alan, Ošťádal, 2004, s. 33) Arteriální stěny jsou za normálních okolností složeny ze dvou vrstev, které dle lékařského označení nazýváme jako intima a media. Intima se skládá z jediné vrstvy endoteliálních buněk a vrstva media obsahuje buňky hladké svaloviny cév (George, Johnson, 2010). Ukládání lipoproteinů v cévní stěně vede k proliferaci vaziva, čímž vzniká plát, který nazýváme aterom. Aterom nejen že může způsobit krvácení, ale také se může oddrolit a embolizovat (Bauer in Nevšimalová a kol., 2005). Aterosklerózu nazýváme jako tvrdnutí tepen (Feigin, 2007). Je nejčastější příčinou ischemického iktu, často bývá kombinovaná s embolizací a trombózou (Kalina, 2008). Mezi rizikové faktory vzniku aterosklerózy řadíme faktory metabolické, lipidové, zánětlivé, hormonální a psychosociální (Žák et al., 2011).

Mezi další příčiny vzniku ischemické příhody řadíme trombózu. Trombóza se týká uzávěru v žilním systému, nejčastěji se vyskytuje v dolních končetinách (White, Truax, 2007). Často nasedá na arteriosklerotický plát (Seidel, Oberbenger, 2004) což znamená, že se stávají nestabilními a na povrchu ateromu se vytváří trombóza. Tento stav nazýváme jako aterotrombóza (Kalina, 2008). Klinické symptomy nemusí být žádné, nebo se projeví formou tranzitorní ischemické ataky (Seidel, 2015). V roce 1856 doktor Rudolf Virchow popsal triádu podmínek, které vedou ke vzniku trombu. Do triády zařadil hyperkoagulaci, zástavu krevního oběhu a endoteliální zranění (White, Truax, 2007).

Cévní stěna nemusí být postižena pouze aterosklerózou nebo trombózou, ale častou příčinou může být i zánětlivé onemocnění, jako je bakteriální meningitida, tuberkulóza či herpes. V neposlední řadě jsou to traumatická poškození cév (Bauer in Nevšimalová a kol., 2005). Z posledních příčin vzniku ložiskového iktu jmenujme embolii, ta spadá pod kardiální příčiny. Embolus neboli vmetek, je tvořen různým materiálem, jako jsou ateromy, tromby nebo destičky, které putují do mozku ze srdce nebo velkých cév. Následně se projeví okluzí, což vede k tranzitorní ischemické atace (Seidel, Oberbenger, 2004).

Příčiny celkové

Příčiny celkové jsou charakteristické difúzním hypoxickým postižením mozku (Bauer in Nevšimalová a kol., 2005). Hypoxii můžeme definovat jako „stav nedostatku kyslíku.“ (Nečas in Vokurka a kol., 2012, s. 83) Hypoxii dělíme dle mechanismu vzniku na (Langmeier, 2009):

- hypoxickou hypoxii - snížení plicní ventilace;
- anemickou hypoxii - důsledkem snížení koncentrace hemoglobinu;
- stagnační hypoxii - příčinou je porucha zásobení embolie;
- histotoxickou hypoxii - neschopnost tkání využít kyslík.

Častou příčinou nedostatku kyslíku bývá obstrukce dýchacích cest z důvodu zapadnutí jazyka nebo posunu zubní protézy (Bauer in Nevšimalová a kol., 2005). Hypoxie může zasáhnout celý organismus, jedná se tedy o hypoxii celkovou, systémovou. Organismus může být také zasažen pouze lokálně, hypoxii tedy nazýváme jako lokální či místní. Nedostatek kyslíku se projevuje akutně nebo také chronicky. Z hlediska intenzity se hypoxie projevuje jako úplný nedostatek kyslíku tzv. anoxie, nebo také asfyxií, při které se jedná o hromadění oxidu uhličitého v organismu (Nečas in Vokurka a kol., 2012).

Klinický obraz cévní mozkové příhody ischemické

V praxi se nejčastěji využívá klasifikace TOAST (Trial of Org 10172 in Acute Stroke Treatment), jež vychází z klinického obrazu, tedy z nálezu při zobrazení mozkových tepen a mozku (Hutyra, Šanák a kol., 2011). Klinický obraz cévních ischemických příhod je značně variabilní a závisí především na několika faktorech (Bauer in Nevšimalová a kol., 2005):

- lokalizace, rozsahu a rychlosti vzniku hypoxie;

- kompenzační mechanismy;
- celkový zdravotní stav nemocného;
- preventivní léčbě a její kvalitě.

Mozek je zásoben čtyřmi velkými tepnami (Kalvach, 2010; Ambler, 2006). Ischemie můžeme dělit dle léze, ty se manifestují v povodí karotickém a vertebrobasilárním (Bauer in Nevšimalová a kol., 2005).

Ischemie v povodí karotickém (Seidel, Oberbenger, 2004; Kalvach, 2010; Ambler, 2006; Bauer in Nevšimalová a kol., 2005):

- Ischemie v arteria cerebri media - její větve zásobují největší část mozkové kůry. Je nejčastěji se vyskytující ischemií. Klinickými příznaky je kontralaterální hemiparéza, více postihuje horní končetinu a také zasahuje mimické svalstvo. Při lézi dominantní hemisféry dochází k fatickým poruchám, naopak u léze nedominantní hemisféry dochází k poruše prostorové orientace, apraxii a k neglect syndromu.
- Ischemie v arteria cerebri anterior - zásobuje oblast mediální plochy mozkových hemisfér nad corpus callosum, tedy část frontálního, parietálního a spánkového laloku. Ischemie se nevyskytuje v tomto povodí často. Nejčastěji se jedná o jinou etiologii, jako je například nádor. Tato ischemie se manifestuje kontralaterální hemiparézou, s převahou narušení dolní končetiny, často také dochází k psychickým změnám tzv. prefrontální syndrom.
- Ischemie v arteria ophtalmica - zásobuje sítnici. Příznakem je náhlé zamlžení nebo ztráta vizu.
- Ischemie v arteria carotis interna - je receptorem tlakových změn v řečišti. Při náhlém uzávěru dochází k těžké invaliditě či v horším případě končí smrtí. Při postižení dominantní hemisféry dochází k fatickým poruchám, u zasažení nedominantní hemisféry je často přítomen neglect syndrom.

Ischemie v povodí vetebrobazilárním (Seidel, Oberbenger, 2004; Kalvach, 2010; Ambler, 2006; Bauer in Nevšimalová a kol., 2005):

- Ischemie v arteria cerebri posterior - vytváří povrch mozkových hemisfér a živí mozkovou kůru. Nejčastěji se jedná o nález kontralaterální hemianopsie. Často také agnózie, alexie a agrafie. Porucha prostorové orientace je důsledkem postižení zadní části corpus callosum.
- Ischemie arteria vertebralis a arteria basilaris - zajišťuje mozkovou perfuzi. Příznaky jsou typické pro globální amnézii. Vzácněji se objevuje tzv. drop attacks, který se projevuje náhlou ztrátou posturálního tonu, vedoucím k pádu.

1.4.2 Cévní mozková příhoda hemoragická

Hemoragické cévní mozkové příhody také nazýváme jako krvácivý iktus či mozkový hematom (Feigin, 2007). Jak jsme již uvedli, tvoří zhruba 15% ze všech mozkových příhod. Z hlediska mortality se jedná o větší zastoupení než u cévních příhod ischemických (Bauer in Nevšimalová a kol., 2005). Hemoragické příhody můžeme charakterizovat jako „*krváčení, které vzniká porušením stěny mozkové cévy.*“ (Seidel, Oberbenger, 2004, s. 197) Pokud chceme klasifikovat cévní mozkové příhody hemoragické, pak můžeme vycházet z dělení zahraničních autorů, jako je dělení Caplana (2009), který uvádí čtyři základní subtypy hemoragií, lišící se příčinami a klinickými problémy:

- Subarachnoidální – krev uniká z cévního řečiště na povrch mozku, přes míšní dráhy až do prostor kolem mozku.
- Intracerebrální – dochází ke krvácení přímo do mozkového jádra, kdy nejčastější příčinou je hypertenze.
- Subdurální - vzniká traumatem žil v pleně mozkové a pavučinové membráně.
- Epidurální - příčinou je trauma především v meningeálních tepnách.

V českém neurologickém prostředí (Bauer in Nevšimalová a kol., 2005; Seidel, Oberbenger, 2004) je dělena cévní příhoda hemoragická na dvě formy:

- Prvním typem jsou tzv. tříštivá nebo také typická krvácení, někdy také nazývaná jako hypertenická. Tříštivá krvácení jsou způsobena rupturou cévní stěny postižené

arteriální hypertenzi s následným zasažením do bazálních ganglií, thalamu a méně zasahuje mozkový kmen. Tvoří 80% hemoragií.

- Druhým typem je globózní, atypická nebo také lobární hemoragie, která má méně dramatický průběh než typ první. Tato hemoragie je nejčastěji způsobena rupturou cévní stěny. Tvoří 20% hemoragií.

Mechanismy vzniku hemoragií

Nejčastější příčinou subarachnoidálního krvácení je tepenná výdut' tzv. aneuryzma, vzácněji tumory a krvácivé stavy (Seidel, Oberbenger, 2004). Nejčastější příčinou vzniku hemoragií je hypertenze, a to v 60% až 90% všech případů (Kase, Caplan et al., 1994). Kalina (2008) rozděluje příčiny intracerebrálního krvácení na:

- hypertenzi - ta může být chronická nebo akutní,
- onemocnění malých tepen,
- tepenné výdutě,
- traumata,
- aneuryzmata,
- návykové látky - alkohol, kokain a amfetaminy.

Klinický obraz cévní mozkové příhody hemoragické

Stejně jako u ischemických příhod, tak i u hemoragických záležití na mnohých faktorech, které nám dají celkový klinický obraz cévních mozkových příhod. Avšak jak uvádí Bauer (in Nevšimalová a kol., 2005, s. 177) „*obecně lze říct, že krvácení v hlubokých strukturách mozkových hemisfér a v zadní jámě lebeční jsou podstatně závažnější než krvácení v podkorové bílé hmotě mozkové.*“ Klinické příznaky jsou jak celkové, tak i fokální. Celkové příznaky jsou typické prudkým vzestupem nitrolebního tlaku. U fokálních příznaků se jedná o hemoragii v částech centrální nervové soustavy (Seidel, Oberbenger, 2004).

Pokud dochází k intracerebrálnímu krvácení, pak základním příznakem je ložisková symptomatologie, která je závislá na velikosti a umístění hematomu (Kalina, 2008). Klinickými symptomy u intracerebrální hemoragie bývají nejčastěji bolest hlavy, zvracení, snížená úroveň vědomí (Wijdicks in Sirven, Malamut, 2008). Častým příznakem je také kóma, které manifestuje rozsáhlé krvácení do mozkového kmene či bazálních ganglií (Kalina,

2008). Klinické symptomy můžeme hodnotit objektivně pomocí tzv. grading systému podle Hunta a Hesse. Tento systém, jenž se hojně využívá v klinické praxi, je vyjádřen stupnicí od nejllehčích symptomů po nejtěžší (Seidel, Oberbenger, 2004; Bauer in Nevšimalová a kol., 2005):

- stupeň I - bez klinických příznaků,
- stupeň II - prudká bolest hlavy, žádné ložiskové příznaky,
- stupeň III - somnolence,
- stupeň IV - sopor,
- stupeň V - kóma.

Jak uvádí Bauer (2005) symptomy se projevují po rozčilení, tělesné námaze, rychlém předklonu. Prvním příznakem bývá náhlá a velmi prudká bolest hlavy a zvracení. Wijdicks (2008) charakterizuje symptomy u subarachnoidální hemoragie dle místa zasažení:

- thalamus - parestezie, neglect syndrom, nonfluentní afázie, celková desorientace;
- mozeček - bolest hlavy, dysartrie, ataxie;
- střední mozek - pro zasažení této oblasti je charakteristické kóma.

1.5 Diagnostika cévních mozkových příhod

Diagnostika mozkových příhod je velmi náročná pro klinické pracovníky a na rozdíl od jiných oblastí medicíny musí být provedena rychle a nejlépe bez jakýchkoliv prodlev (Liebeskind in Kasner, Gorelick, 2004). Základem diagnostiky je rozbor anamnestických údajů (Bauer in Nevšimalová a kol., 2005). Následným kritériem je klinický obraz, z něhož lze rozlišit, zda se jedná o příhodu ischemickou či hemoragickou, avšak ne s úplnou přesností. Proto je nutné provést další vyšetření, které s určitostí stanoví příčinu. (Ambler, 2006). Základní diagnostickou metodou je výpočetní tomografie mozku (computer tomography) (Šeblová, Knor a kol., 2013). Ta slouží k detekci okluze, stenózy či patologie tepen. Další využívanou metodou je magnetická rezonance, která vzešla do popředí zájmu v 90. letech 20. století. Její předností je, že dokáže přesně detekovat akutní infarktové ložisko, ale také uzávěr nebo stenózu (Hutyra, Šanák a kol., 2011). V klinické praxi se následně využívá sonografické vyšetření, digitální angiografie, metoda jednoformátové tomografie a velmi sporadicky pozitronová emisní tomografie (Bauer in Nevšimalová a kol., 2005).

1.6 Prognóza

Prognóza pacienta po cévní mozkové příhodě je ovlivněna řadou faktorů (Kejklíčková, 2011). Prvním faktorem může být kvalita rehabilitační péče. Nejen že zotavení závisí na lokalizaci a rozsahu cévní mozkové příčiny, ale také na léčbě poskytované v nemocnici a následně v domácím prostředí. Řadíme zde také léčbu a prevenci komplikací. Dalšími faktorem je motivace klienta a podpora jeho rodiny, věk pacienta a odklad léčby (WHO, 2004). V literatuře se všeobecně uvádí, že největší riziko úmrtí je bezprostředně ihned po příhodě a měsíc po ní (Kejklíčková, 2011). Dlouhodobá prognóza osob po intracerebrálním krvácení, které postihuje buď pravou, nebo levou mozkovou hemisféru, je prognózou lepší, než když dojde k zasažení mozkového kmene (Feigin, 2007).

1.7 Prevence

Hlavním cílem primární prevence je předcházet a eliminovat vznik cévních mozkových příhod (Bauer in Nevšimalová a kol., 2005). Sekundární prevence je komplexní problematikou. Nejedná se pouze o nutnost kvalitní medicínské péče, která ve většině případů trvá doživotně (Kalina, 2008), ale zaměřujeme se na ovlivnění rizikových faktorů (Ambler, 2006). Z rizikových faktorů, jež musíme ovlivnit je především hypertenze, onemocnění srdce, diabetes mellitus, ateroskleróza, zvýšená hladina cholesterolu (Bauer in Nevšimalová a kol., 2005). Nejčastěji využívanou preventivní medicínskou léčbou je tzv. antideštičková terapie, která preventivně zamezuje vzniku trombů (Ambler, 2006).

2 Afázie

V první kapitole této práce jsme se zabývali podrobně cévní mozkovou příhodou. V této kapitole se zaměříme na afázie. Aby logopedická terapie byla úspěšná, je důležité především její včasné zahájení již v akutní fázi. V rámci této kapitoly se zaměříme na terminologii, definici, klasifikace, symptomatologii, diagnostiku, diferenciální diagnostiku, terapii a prognózu afázie.

2.1 Terminologické vymezení a definice

Afázie, jako samostatný okruh narušené komunikační schopnosti, řadíme do okruhu získané organické poruchy. Problematikou afázií se zabývá rozsáhlé odvětví logopedie nazývané afaziologie (Peutelschmiedová, 2005). Dvořák charakterizuje afaziologii jako „*nauku, která se zabývá výzkumem, diagnostikou, terapií a prevencí afázie.*“ (Dvořák, 1998, s. 13) Má interdisciplinární charakter a jako součást logopedie je řazena na pomezí vědních oborů nejen neurologických, ale také lingvistických a psychologických (Peutelschmiedová, 2005). Termín afázie je odvozen z řeckého slova „*phasis*“, což znamená řeč, předpona „*a*“ značí zápor (Čecháčková in Škodová, Jedlička a kol., 2007). Po stránce etymologické znamená termín afázie ztrátu řeči (Sacks, 2011). Jelikož neustále dochází v České republice i v zahraničí k terminologickým nejednotnostem, považujeme za nutné některé termíny vysvětlit. S termínem dysfázie se můžeme setkat ve starší neurologické literatuře, kdy předpona „*dys*“ označovala částečné postižení, předpona „*a*“ úplnou neschopnost. V současnosti předponu „*dys*“ chápeme jako označení vývojové poruchy (Čecháčková in Škodová, Jedlička a kol., 2007). Afázii můžeme pojímat jako poruchu kognitivní, lingvistickou a neurogenní (Peutelschmiedová, 2005). Fatické poruchy postihují ročně 0,25-0,5% veškeré populace (Kejklíčková, 2011). Definování afázie je vždy ovlivněno tím, který specialista definuje narušení komunikační schopnosti (Klenková, 2006). Afázie je ztráta již nabyté komunikační schopnosti a projevuje se neschopností tvořit řeč i jí rozumět, přestože mluvidla ani jejich inervace nejsou poškozena (Kejklíčková, 2011). V neurologické literatuře se zejména uplatňuje fakt, že afázie vznikají na podkladě ložiskového poškození (Cséfalvay in Lechta a kol., 2003).

Afázii můžeme definovat jako „*postižení schopnosti jazykové produkce i percepce, jež vzniká na základě získaného poškození centrálního nervového systému. Je to multimodální porucha, která se může projevovat rozmanitými obtížemi v oblasti porozumění, čtení, řečové produkce a psaní. Takto narušený jazyk může být ovlivněn fyziologickými deficity nebo*

narušením kognice, avšak nelze jej vysvětlit demencí, smyslovou nebo motorickou poruchou.“ (Rosenbek, LaPointe, Wertz, 1989, in Love, Webb, 2009, s. 235)

„Afázie je získaná porucha produkce a porozumění řeči, která vzniká při ložiskovém poškození mozku. Rozlišujeme různé stupně afázie, rozhodujícím faktorem míry afázie je rozsah a lokalizace léze mozku. Afázie vznikají na podkladě ložiskového poškození mozku, spojených s korovými oblastmi participujícími na jazykových procesech.“ (Cséfalvay a kol., 2007)

Čecháčková (in Škodová, Jedlička a kol., 2007, s. 147) řadí afázii *„do souboru vyšších kortikálních poruch, k němuž řadíme také agnozie, apraxie, akalkulie, agrafie, alexie, poruchy pravo-levé orientace, poruchy orientace v prostoru.“*

Lurija vychází při definování afázie z vyšších psychických funkcí, jeho teoretická a metodologická východiska se opírají především o teorie Vygotského a Anochina. Lurija definuje afázii jako *„systémové narušení řeči vznikající při organických poškozeních mozku a zasahující různé úrovně organizace řeči.“* (Cséfalvay in Lechta a kol., 2003, s. 203)

„Afázie je porucha řeči jednoho nebo více komponentů produkce a porozumění řeči vzniklé na základě lokálního poškození mozku. Je to narušení komunikační schopnosti s intrapsychickými a interpersonálními následky. Jde o složité systémové narušení řeči, které zahrnuje různé úrovně řeči a postihuje celou psychickou činnost člověka.“ (Hrnčiarová, Cséfalvay, 1990, s. 191)

Jordan a Kaiser (1996, s. 40) definovali afázii jako *„soubor příznaků, které mohou působit narušení běžných komunikačních cest mezi dvěma nebo více lidmi.“*

Dvořák (1998, s. 10) definuje afázii (R 47.0 Dysfázie a afázie) jako *„ztrátu narušených schopností dorozumívat se řečí (mluvenou, čtenou, psanou) organického původu, především jako důsledek ložiskové léze korových a podkorových oblastí mozku.“*

Tento velký výčet definic nám tedy ukazuje fakt, že afázie vzniká při ložiskovém poškození mozku. Dochází k narušení oblastí produkce a porozumění řeči, ale také k determinaci psychické činnosti člověka.

Cséfalvay (in Lechta a kol., 2003) vysvětluje podstatu afázie na základě čtyř atributů:

- jde o získané narušení komunikační schopnosti;
- týká se poruch symbolických procesů;
- vzniká na základě ložiskového poškození mozku;
- je důsledkem systémového vlivu mozkové léze na vyšší psychické funkce člověka.

2.2 Etiologie

Příčiny vzniku afázií jsou různorodé, ale vždy se jedná o získanou poruchu (Čecháčková in Škodová, Jedlička a kol., 2007). Jak uvádí Sovák ve své knize (1978, s. 464) „*afázie vzniká na podkladě orgánového poškození mozkové tkáně dominantní hemisféry.*“ Ve většině případů vzniká afázie postižením korových oblastí levé hemisféry (Kejklíčková, 2011). Nejčastěji se jedná o lézi v perisylvijské oblasti, ale také může dojít k lézi v oblasti subkortikální, tedy v thalamu nebo bazálních gangliích (Písecká in Lukáš, Žák a kol., 2004). Blanken, Dittmann et al. (1993) a Kejklíčková (2011) uvádějí nejčastější příčiny vzniku afázií, což jsou cévní mozkové příhody ischemického typu, cévní mozkové příčiny hemoragického typu, tumory, traumata, mozkové infekce. Čecháčková (in Škodová, Jedlička a kol., 2007) ještě řadí mezi příčiny degenerativní onemocnění a intoxikace mozku. Afázie mohou vzniknout také jako sekundární následek poruch intelektu (Cséfalvay in Lechta a kol., 2003). Následný klinický obraz afázií záleží především na povaze patologického procesu, rozsahu a lokalizace léze a věku pacienta (Čecháčková in Škodová, Jedlička a kol., 2007). Nyní se seznámíme s hlavními příčinami, které mohou způsobit vznik afázií.

a) Cévní mozkové příhody

Tomuto neurologickému onemocnění, jež zapříčiňuje vznik afázií, jsme se již věnovali v kapitole s názvem Cévní mozková příhoda.

b) Kranocerebrální traumata

Všechny typy poranění, zvláště poranění centrální nervové soustavy, často končí těžkým trvalým poškozením či smrtí jedince. Při úrazu se uplatňují dva hlavní mechanismy. První z nich je mechanismus translační, který vzniká přímým kontaktem hlavy s jiným předmět. Druhým mechanismem je úraz akcelerační, ten vzniká bez přímého nárazu hlavy na jiné těleso (Bohm in Nevšimalová a kol., 2005). Ambler (2006) dělí traumata na primární a sekundární. Nejčastějšími typy kranocerebrálních traumat jsou mozková komoce a mozková kontuze.

Mozková komoce

Nazýváme ji také jako otřes mozku (*commotio cerebri*). Je trauma ireverzibilní, které nezanechává trvalé následky, je také bez ložiskových příznaků (Obenberger, Seidel, 2004). Ambler (2006, s. 172) definuje otřes mozku jako „náhlou krátkou úrazovou poruchu mozkové funkce“. Hlavním příznakem je ztráta vědomí, kterou dělíme na lehkou a těžkou. Pokud bezvědomí trvá déle jak 30 minut, pak se jedná o mozkovou kontuzi. V klinickém obrazu dominuje posttraumatická amnézie, jež je charakterizována ztrátou paměti po dobu úrazu (Bohm in Nevšimalová a kol., 2005).

Mozková kontuze

Pokud dochází ke zhmoždění mozku (*contusio cerebri*), pak nejzřetelnějším projevem je strukturální poranění mozkové tkáně, které se vyskytuje v různých stupních od lehkého poškození až po nekrózu mozkové tkáně (Ambler, 2006). Klinický obraz je velmi variabilní, záleží především na tom, kde se dané ložisko nachází a zda je přítomno jedno nebo více takovýchto kontuzních ložisek (Bohm in Nevšimalová a kol., 2005). Na počátku může mít kontuze charakter komoce, objevuje se tedy bezvědomí nebo vegetativní příznaky. Ložisko může být v bazálních gangliích, mozkovém kmeni či mozkových komorách (Obenberger, Seidel, 2004). Klinické symptomy, které se mohou následně po poranění projevit, jsou hemiparéza, afázie, hydrocefalus, posttraumatická epilepsie či perzistentní vegetativní stav (Ambler, 2006).

c) Zánětlivá onemocnění mozku

Infekce nervové soustavy dělíme dle různých kritérií. Zánět mozku nazýváme jako encefalitis a zánět mozkových plen jako meningitis. Zánět může být vyvolán bakteriemi, virem, parazity. Většinou se jedná o akutně vzniklé onemocnění projevující se světloplachostí, bolestmi hlavy, hemiparézou a kochleární poruchou sluchu (Seidel, Obenberger, 2004). Záněty se mohou manifestovat jako sekundární poškození, tedy po zánětu středouší nebo průšnicích (Čecháčková in Škodová, Jedlička a kol., 2007).

d) Mozkové nádory

Nádory centrální nervové soustavy můžeme rozdělit na nádory intraaxiální a extraaxiální. Nádory se projevují příznaky ložiskovými nebo celkovými (Seidel, 2015). Z hlediska patologie dělíme nádory na benigní a maligní. U benigních nádorů se jedná

o ohraničený růst nádoru, který zůstává na svém místě a nedochází k dalším metastázám. Naopak je tomu u maligních nádorů, které jsou charakteristické rychlým šířením do okolních tkání a vytvářejí tzv. metastázy neboli vzdálená ložiska. Metastázy se mohou šířit lymfatickými nebo krevními cestami (Vorlíček, Abrahámová, Vorlíčková a kol., 2006). Jak uvádí (Čecháčková in Škodová, Jedlička a kol., 2007) nádory samy o sobě nemusí zapříčinit vznik afázie. Pokud je nádor příčinou vzniku, pak je důležitá jeho lokace, nikoliv povaha nádoru. Příznaky, které se manifestují nejčastěji, jsou porucha hybnosti, čítí, řeči, ztráta iniciativy a apatie.

e) Degenerativní onemocnění centrální nervové soustavy

Senanarongs a Cummings (in Krishnamoorthy, Prince, Cummings, 2010) uvádějí, že demence se projevují neuropsychiatrickými i behaviorálními symptomy. Jsou jedním z nejčastějších problémů ve stáří, projevují se až u 10% osob starších nad 65 let (Růžička in Nevšimalová a kol., 2005). Při definování demencí vycházíme z psychologických a psychiatrických definic, které je charakterizují především jako postižení manifestující se v krátkodobé a dlouhodobé paměti, abstraktním myšlení, projevující se v narušení vyšších kortikálních funkcí, jako je afázie, apraxie a agnozie (Thompson, 2006).

Dle Růžičky (in Nevšimalová a kol., 2005) nejčastěji vyskytujícím se degenerativním onemocněním je Alzheimerova nemoc, kterou můžeme charakterizovat jako chronicko-progresivní onemocnění nervové soustavy, přičemž nejvýznamnějším rizikovým faktorem je věk. Turkington, Mitchell, Galvin (2010) považují za příčinu Alzheimerovy choroby příčinu multifaktoriální, což tedy znamená, že na vzniku se spolupodílí kombinace více faktorů. Nejvýznamnějším faktorem je progresivní degenerace buněk v mozkových polokoulích, v oblasti amygdaly a v oblastech temporálních, parietálních a frontálních.

Vaskulární demence, mezi které spadají multiinfarktové demence, Binswangerova nemoc a tzv. smíšené demence, jsou způsobeny cévním onemocněním mozku a řadíme je k druhým nejčastějším příčinám demencí (Růžička in Nevšimalová a kol., 2005). Kognitivní deficity se objevují náhle, většinou do třech měsíců po prodělané cévní mozkové příhodě. U multiinfarktové demence dochází k poškození bílé hmoty mozkové, charakteristická je porucha paměti, pozornosti a afektivní labilita (Pidrman, 2005).

Další možnou příčinou vzniku afázie je Pickova nemoc, nazývána také jako Pickova lobální atrofie, u které příčiny nejsou zatím přesně známy, ale nejspíše je vyvolána

metabolickou poruchou (Čecháčková in Škodová, Jedlička, 2007). Toto onemocnění vzniká již před 65. rokem života a prvním symptomem je především změna osobnosti, následně objevující se zvýšená impluzivita, hyperoralita a narušení soběstačnosti (Brookshire, McNeil, 2010).

f) Intoxikace mozku

Příčinou intoxikace mozku nejčastěji bývají lékové intoxikace (diuretika, kortikoidy, sedativa), intoxikace po konzumaci drog, alkoholu, ale také po otravě oxidem uhelnatým či těžkými kovy (Růžička in Nevšimalová a kol., 2005). V poslední době se zvyšuje výskyt poškození mozku vlivem intoxikací, což vede k poruchám komunikace a ke změnám osobnosti člověka (Čecháčková in Škodová, Jedlička, 2007).

2.3 Symptomatologie

Příznaky afázie se vyskytují v různé míře (Cséfalvay, 2009) a v různých kombinacích (Klenková, 2006). Klinická symptomatologie je tedy variabilní a mění se velmi dynamicky (Dvořák, 1998). Stupeň poruchy je ovlivněn především lokalizací mozkové léze (Cséfalvay, 2009). Nejzávažnější afázie vzniká, pokud dochází k zasažení léze v oblasti frontotemporo-parietální (Cséfalvay, 2009). Afaziologové se snaží především odlišit primární a sekundární symptomy. Zároveň se snaží zjistit vzájemné vztahy mezi nimi (Code, 1991). V zahraničí se uplatňuje například neoassociationistická klasifikace symptomů, která je založena na umístění léze v částech mozku, které nám definují výsledný afatický syndrom (Pothagas et al. in Papathanasiou, Coppens, Potagas, 2015). Moderní afaziologie uvádí osm základních symptomů (Peutelschmiedová, 2005).

Autoři Cséfalvay a Traubner (1996) uvádí tyto základní symptomy afázie:

- poruchy fluence a prozodie řeči,
- poruchy pojmenování,
- řečové automatizmy,
- parafázie,
- poruchy porozumění řeči,
- poruchy čtení a psaní.

Čecháčková (in Škodová, Jedlička a kol., 2007) zmiňuje jako další symptom logorheu neboli překotně rychlou mluvu, charakteristickou sníženou srozumitelností s výskytem žargónových parafází.

Poruchy fluence a prozodie

Fluenci neboli plynulost řeči řadíme mezi tzv. nelingvistické příznaky afázie. Za normální tempo řeči je považována produkce více jak 90 slov za minutu. Pokud se jedná o nonfluentní afázii, pak dochází ke značné redukci počtu slov za minutu. (Cséfalvay, Traubner, 1996). Pokles produkce nad 50 slov za minutu označujeme již jako nonfluenci (Čecháčková in Škodová, Jedlička a kol., 2007). Při nonfluentní afázii je narušeno nejen tempo řeči, délka fráze, ale také je velmi těžkopádná řečová produkce (Cséfalvay, 1996). Fluence může být také narušena ve smyslu hyperfluence (Čecháčková in Škodová, Jedlička a kol., 2007). Z klinických poruch prozodie se nejčastěji objevuje dysprozodie, aprozodie a hyperprozodie (Kulišťák, 2003).

Poruchy pojmenování

Nominativní porucha neboli anomie je porucha pojmenování (Čecháčková in Škodová, Jedlička a kol., 2007). Je způsobena organickým poškozením určité oblasti mozkové kůry a projevuje se ztrátou schopnosti pojmenování či neschopností dokončit větu (Dvořák, 1998). Typickým projevem anomie je hledání adekvátního slova pro označení předmětu (Cséfalvay, Traubner, 1996).

Automatizmy

Jedná se o bezúčelný, mimovolní řečový projev (Dvořák, 1998). Zároveň je založen na stereotypním opakování nejen slabik, slov ale i frází (Cséfalvay, 1996). Jak uvádí Čecháčková (in Škodová, Jedlička a kol., 2007) častým symptomem, jsou neologismy neboli nesmyslná sdělení. Afatik vytváří gramaticky nesprávná slova, jež jsou nesrozumitelná. Řečové automatismy dělíme na iterační a žargónové. Afatik může použít slovo srozumitelné, které následně používá všude, bez ohledu v jaké komunikační situaci momentálně je (Cséfalvay, 1996).

Parafázie

Parafázie je symptom charakteristický pro organické poškození mozku. Vyskytuje se při řečové produkci slov, jedná se především o změnu fonémů, slabik i slov (Cséfalvay, Traubner, 1996). Čecháčková (in Škodová, Jedlička a kol., 2007) popisuje parafázie jako deformace slov, jež se mohou vyskytnout v různém stupni narušení. Parafázie můžeme dělit

dle typu (Dvořák, 2007; Čecháčková in Škodová, Jedlička a kol., 2007; Cséfalvay, Traubner, 1996):

- Fonemická - dříve označována jako meristická. Jedná se o deformaci slova, přičemž slovo obsahuje správný prvek. Dochází k záměně distinktivního znaku, avšak komunikační partner porozumí významu slova.
- Žargonová - těžká deformace slova, při které se často objevují neologismy. Při takto těžkém narušení nelze porozumět produkované řeči.
- Sémantická - jedná se o stav, kdy afatik nepoužije při pojmenování pojem správný, ale nahradí jej významově podobným, např. děvče - žačka. Často se také vyskytuje opis významu daného slova.

Poruchy porozumění řeči

Velké procento klientů s afázií má poruchu porozumění. Při zasažení léze za oblastí sulcus centralis je narušení porozumění výrazněji (Písecká in Lukáš, Žák a kol., 2014). Pokud dochází k narušení porozumění, pak nemusí být ihned patrné, nejčastěji je nutné detailní vyšetření, které tuto poruchu objeví (Cséfalvay, Traubner, 1996). Porozumění může být narušeno v různém stupni. Náročnost na porozumění se zvyšuje s náročností instrukcí, s délkou věty a různorodostí zadaných úkolů (Dvořák, 1998).

Poruchy čtení a psaní

Alexie a agrafie patří k poruchám, které se běžně vyskytují při afázii (Kulišťák, 2003). Agrafie se vždy pojí s neschopností. Chybovost, která se objevuje při produkci řeči, se promítá i do modalit psaní (Cséfalvay, Traubner, 1996). Také se mohou pojít, ale nemusí současně s poruchami porozumění (Damasio in Sarno et al., 1998). Alexie neboli získaná neschopnost porozumět psanému slovu se může objevovat v těchto formách (Kertesz, 1979, in Kulišťák, 2003; Vitásková, 2005; Love, Webb, 2009) :

- Alexie bez grafie (čistá alexie) - řečové funkce i psaní na diktát jsou neporušeny.
- Alexie s grafii (zraková afázie) - je narušeno jak čtení tak i psaní. Často se připojuje akalkulie, poruchy pravo-levé orientace, agnozie prstů ruky, konstrukční apraxie.
- Afatická alexie - jedná se spíše o narušení porozumění mluvené řeči při zachovaném čtení.

- Frontální alexie - často je spojen s Brocovou afázií, v důsledku poškození frontálního laloku. Projevuje se neschopností chápat syntax.

Léze jazykových oblastí nebo drah mohou způsobit poruchu psaní tedy agrafii. Kulišťák (2003) uvádí následující typy agrafií:

- Senzorická agrafie - příznakem jsou psané zkomoleniny.
- Parietální agrafie - hlavním symptomem jsou paragrafie písmen a obtíže v hledání slov, perseverace a narušeno je i opisování.
- Agrafie s expresivní afázií - proti parietální agrafii není opis narušen, avšak dochází k paragrafiím a paragramatismům.
- Agrafie při kondukční afázii - spontánní psaní je narušeno, avšak schopnost psát diktát zůstává neporušena.

Agramatismy

Agramatismy jsou dalším důležitým znakem afázie (Damasio in Sarno et al., 1998). Nejvíce se manifestují v situaci, kdy afatik chce říct určitý gramatický celek. Nejčastěji je však agramatismus patrný při časování a skloňování, avšak při výskytu těžších stupňů se objevují v produkci řeči pouze plnovýznamová slova (Cséfalvay, 1996). Nejčastěji jsou agramatismy patrné u Brocovy a Wernickeovy afázie (Damasio in Sarno et al., 1998).

Parafrázie

Znamená sníženou schopnost či naprostou nemožnost vyjádření ve větách. Pacient často využívá pouze slovo či fragment slova, který následně užívá v modulacích (Čecháčková in Škodová, Jedlička a kol., 2007).

2.4 Klasifikace

Afaziologická literatura je typická velkým množstvím klasifikací (Lowe, Webb, 2009). Tyto klasifikace jsou nejednotné, ovlivněné především jednotlivými afaziologickými školami a také symptomy (Čecháčková in Škodová, Jedlička a kol., 2007). Afázii můžeme klasifikovat dle kritérií neurologických, lingvistických či psychologických (Klenková, 2006). Afázie je také klasifikována na typ fluentní/nonfluentní, expresivní/receptivní, anteriorní či

posteriorní (Murdoch, 2009). V literatuře se afázie klasifikuje na čtyři základní typy (Dvořák, 1998):

- Senzorická afázie (senzorica, impresivní) - postihuje především schopnost percepcie a porozumění řeči.
- Motorická afázie (motorica, expresivní) - klinický obraz je charakteristický převahou obtíží v mluvním projevu s relativně dobře zachovaným porozuměním řeči.
- Totální afázie (senzomotorická) - se projevuje neschopností řeč produkovat a také jí porozumět.
- Anomická (amnestica) - obtíže se objevují při pojmenování předmětů či činností.

Do klasifikačních systémů, jež se v klinické praxi využívají, řadíme Bostonský klasifikační systém, Kimlovu klasifikaci, neuropsychologickou klasifikaci dle Lurije, Hrbkovu neurologickou klasifikaci a Olomouckou klasifikaci (Čecháčková in Škodová, Jedlička a kol., 2007). Pro účely této práce se budeme podrobněji věnovat Bostonskému klasifikačnímu systému, z něhož budeme vycházet také v praktické části této práce.

Bostonská klasifikace

Nejvíce využívaným systémem v klinické praxi je tzv. Bostonský klasifikační systém afázie (BDAE) (Peutelschmiedová, 2005), jehož základy položili již v 19. století Broca a Wernicke (Klenková, 2006). Bostonský klasifikační systém zahrnuje nejčastěji se vyskytující typy afázií, které jsou již zavedené a jsou potvrzeny anatomickou korelací (Murdoch, 2009). Dominuje zde především tzv. klasická typologie afázie (Klenková, 2006). Je diferencována dle dominujících symptomů na sedm typů afázií (Peutelschmiedová, 2005). Klasifikace se opírá o hodnocení spontánního projevu, zda je projev fluentní či nonfluentní. Významným kritériem je schopnost opakování mluvené řeči, schopnost pojmenování a porozumění mluvenému. Vyšetření zahrnuje také grafii (Čecháčková in Škodová, Jedlička a kol., 2007).

Bostonská klasifikace dělí afázie na typ fluentní, kde řadíme Wernickeovu, konduktivní, anomickou a transkortikální senzorickou afázii. Druhým typem jsou afázie nonfluentní, kam spadá afázie Brocova, globální a transkortikální motorická afázie (Murdoch, 2009).

Brocova afázie

Prvním nonfluentním typem je afázie Brocova, která je spojována s narušením expresivní stránky řeči. V neurologické literatuře se často označuje jako motorická či expresivní (Cséfalvay, Traubner, 1996). Dochází k lézi v Brocově oblasti, jež charakteristická jako oblast jazyková, do které spadá produkce řeči (Kljajevic, 2012).

Porozumění je relativně v pořádku, avšak řeč je pomalá, těžkopádná, agramatická, často až telegrafická (Murdoch, 2009). Projevuje se neschopností hlasité artikulace (Hrnčiarová, Cséfalvay in Lechta a kol., 1990). Často se vyskytují perseverace, opakování je v těžkých případech zasaženo také, což se manifestuje neschopností slovo nebo několik slov zopakovat (Cséfalvay, Traubner, 1996).

Wernickeova afázie

Ve většině případů dochází k narušení v Brodmanově oblasti (area 22), nacházející se v zadní části temporálního laloku. Charakterizovat ji můžeme jako závažné poškození řeči (Hillis et al., 2015). Řeč je fluentní, ale obsahově zcela prázdná (Hrnčiarová, Cséfalvay in Lechta a kol., 1990). Přítomné jsou také fonemické a sémantické parafrázie, neologismy, řečová produkce slov je nadbytečná, neplnovýznamová. Manifestují se výrazné poruchy porozumění, kdy při těžkém stupni pacienti nereagují ani na jednoduché instrukce (Cséfalvay, Traubner, 1996).

Transkortikální senzoričká afázie

Transkortikální senzoričká afázie je poměrně vzácným receptivním typem afázie, jež je charakteristická poruchou porozumění s nepoškozeným opakováním a fluentní řečovou produkcí (Hillis et al., 2015). Tento typ může být přítomen přechodně, často odeznívá do 24 hodin po vzniku (Čecháčková in Škodová, Jedlička a kol., 2007).

Globální afázie

Je nazývána také jako totální afázie (Murdoch, 2009). Jak samotný název napovídá, globální afázie se prezentuje s téměř úplnou ztrátou schopnosti rozumět nebo formulovat verbální komunikaci (Damasio in Sarno et al., 1998), narušuje tedy jak receptivní, tak i expresivní komponenty řeči (Murdoch, 2009). Častou příčinou je stenóza arteria cerebri media. Tento typ afázie je typický pro počáteční stádium nemoci (Cséfalvay, Traubner, 1996).

Přítomné jsou často pouze perseverace slabik nebo slov (Hrnčiarová, Cséfalvay in Lechta a kol., 1990).

Konduktivní afázie

Řečový projev u konduktivní afázie je fluentní. Přítomny bývají menší defekty v oblasti porozumění, ačkoli porozumění při hovoru může být v pořádku. Opakování slov je narušeno fonemickou parafázií, ale častěji klienti nahrazují či vynechávají slova (Damasio in Sarno et al., 1998). Hledání správných slov nebo artikulémů je také častým projevem konduktivní afázie (Hrnčiarová, Cséfalvay, in Lechta a kol., 1990).

Transkortikální motorická afázie

Termín transkortikální motorická afázie vytvořil Wernicke (Murdoch, 2009). Opakování je v pořádku, ale mohou být přítomny echolálie (Damasio in Sarno et al., 1998). Řeč je agramatická, tvořena s námahou, avšak rozumění řeči je dobré (Čecháčková in Škodová, Jedlička a kol., 2007).

Anomická afázie

Je nejlehčím klinickým typem afázie (Cséfalvay, Traubner, 1996). Pro anomickou afázii je typické narušení v hledání slov, opakování je zachováno. Pokud bychom chtěli tento typ s jistotou lokalizovat, pak musíme předpokládat, že léze se může objevit v různých částech mozku, jelikož obtíže při hledání slov jsou charakteristické pro narušení různých oblastí mozku (Benson, Ardila, 1996).

2.5 Diagnostika

Diagnostika a diagnostické postupy v oblasti afáziologie odráží koncepci a chápání poruchy. Každá afáziologická škola má svůj vlastní přístup. Moderním trendem je orientace na pragmatickou rovinu komunikace (Cséfalvay in Lechta a kol., 2003). Neubauer a kol. (2007) vymezuje základní cíle logopedické diagnostiky takto:

- screening poruch řečové komunikace,
- diferenciální diagnostika,
- stanovení individuálního plánu terapie,
- zhodnocení výsledků terapie v určitém časovém období,

- prognóza obnovování porušených funkcí.

Vyšetření by se mělo zaměřit především na tyto oblasti (Cséfalvay in Lechta a kol., 2003):

- Spontánní řeč - slouží k základní diferenciaci fluentní nebo nonfluentní řeči. Hodnotí se také gramatická adekvátnost, obsah informací a výskyt parafází.
- Porozumění řeči - u většiny afatiků se nachází narušené porozumění řeči. Pacientů s intaktním porozuměním je velmi málo. Hodnotí se pomocí alternativních otázek od nejjednodušších po složitější instrukce.
- Opakování - schopnost opakování hodnotíme u slov a vět různé délky. Horší výkony v opakování nám mohou signalizovat afázii konduktivního typu a naopak u transkortikální afázie je opakování dobré oproti ostatním modalitám.
- Pojmenování - schopnost pojmenování zjišťujeme na reálných předmětech, s nimiž se pacient denně setkává, ale také na takových předmětech, se kterými se dostává do kontaktu vzácněji.

Testy, které se využívají v klinické praxi, můžeme rozdělit na (Cséfalvay, Traubner, 1996) screeningové testy, komplexní testy afázie, testy hodnocení funkcionální komunikace afatiků, testy hodnotící specifické funkce afatiků.

Screeningové testy

Mezi nejčastěji používané screeningové testy řadíme Screeningovou zkoušku afázií (Aphasia Screening Test) od autorů Halstead a Wepman z roku 1959 (Lezak et al., 2004). Dále pak Mississippi Aphasia Screening Test (MAST) z roku 2004. Autorem tohoto testu je Nakase-Thompson, v české adaptaci z roku 2008 MAST-cz jsou autory Košťálová a kol. (Cséfalvay, 2009).

Komplexní testy afázie

Jak uvádí Písecká (in Lukáš, Žák, 2014), komplexní testy afázie se musí zaměřovat na všechny narušené modality řeči se současnou diferenciací diagnostikou jednotlivých subtypů afázie. Mezi komplexní testy afázie řadíme Western Aphasia Battery (Blanken, Dittmann et al., 1993), dále pak Minnesota Test for Differential Diagnosis of Aphasia (MTDDA), Boston Diagnostic Aphasia Examination (BDAE) a Western Aphasia Battery (WAB) (Klenková, 2006).

Testy hodnocení funkcionální komunikace afatiků

Tyto testy obsahují sociálně-kulturní aspekt (Cséfalvay, Traubner, 1996). Řadíme zde test Communication Activities in Daily Living (Holland et al., 1997) a také test Conversation Analysis Profile of Person with Aphasia (Whitworth, Perkins, Lesser, 1997) (Cséfalvay, 2009).

Testy hodnotící specifické funkce afatiků

Tyto testy jsou zaměřeny na hodnocení některé funkce řeči (Cséfalvay, Traubner, 1996). Prvním testem, jenž hodnotí specifické schopnosti, je Token test (De Renzi a Vignolo, 1962). Ten hodnotí míru poruchy porozumění. Dále pak Boston Naming Test (BNT) (Kaplan, Goodglass, 1983) a také Test pojmenování z roku 2001 (Cséfalvay, Chovancová).

2.6 Diferenciální diagnostika

V rámci diferenciální diagnostiky afázií je nutné odborné vyšetření. Mělo by se skládat z vyšetření neurologického, logopedického a také foniatrického (Klenková, 2006). Je důležité odlišit afázii od dysartrie, apraxie, agnozií (Čecháčková in Škodová, Jedlička a kol., 2007), ale také od demencí či psychóz (Cséfalvay, Traubner, 1996). U dysartrie nedochází k porušení symbolických funkcí, ale můžeme pozorovat narušení grafomotoriky (Čecháčková in Škodová, Jedlička a kol., 2007). Leschner (in Cséfalvay, Traubner, 1996) uvádí rozdíly v konstantnosti u artikulace, kdy u pacienta s dysartrií jsou poruchy artikulace konstantní na rozdíl od řeči afatika, při dysartrii se nevyskytují poruchy porozumění řeči ani parafázie. Různé typy agnozií či apraxií mohou být zaměněny za diagnózu globální či percepční afázie (Čecháčková in Škodová, Jedlička a kol., 2007).

2.7 Terapie

Stejně jako u logopedické diagnostiky, tak i u terapie existuje celá řada přístupů. Úspěšnost terapie je především determinována co nejpřesnější diagnostikou (Lechta a kol., 2011). Jelikož je afázie systémová porucha, která se projevuje velkým množstvím symptomů a manifestuje se nejen narušením komunikačních schopností, ale také narušením psychické, emocionální či volní sféry člověka (Klenková, 2006). Důležitá je tedy koordinovaná spolupráce odborníků jako jsou lékaři, logopedi, neuropsychologové, rehabilitační i sociální pracovníci (Cséfalvay, Traubner, 1996). Aby byla logopedická terapie efektivní, je důležité se vyhnout jednostranné aplikaci metodiky (Neubauer a kol., 2007). Postup terapie závisí na stupni postižení, typu afázie, fyzickém a psychickém stavu pacienta (Kejklíčková, 2011).

Kejklíčková (2011) uvádí tři roviny logopedické reedukace:

- funkční restituce - obnova původních komunikačních funkcí;
- funkční kompenzace - nahrazení neobnovitelné části komunikačních schopností jinými způsoby vyjadřování;
- funkční adaptace - přizpůsobení sociálního prostředí pacienta jeho potřebám či omezením.

V této době se nejvíce uplatňují v české klinické logopedii dva terapeutické přístupy, jedná se kognitivně-neuropsychologický přístup a přístup pragmatický (Klenková, 2006; Cséfalvay in Lechta a kol., 2011; Neubauer a kol., 2007).

Kognitivně-neuropsychologický přístup

Je zaměřen na obnovení a kompenzaci jazykových procesů. Tento přístup je také nazýván jako model-based treatment nebo také jako theory based therapy. Tento přístup staví především na základě hypotetického stanovení místa a charakteru léze, následně terapeut vytváří postup terapie. Využívá kompenzačních strategií či strategií reaktivačních (Klenková, 2006; Cséfalvay in Lechta a kol., 2011; Neubauer a kol., 2007).

Pragmatický přístup

Druhým terapeutickým přístupem je směr pragmatický, jenž vychází z tvrzení, že afatik by měl být co nejdříve zařazen do společnosti se snahou učinit jej soběstačným, například využitím kompenzačních mechanismů. Využívá se tzv. funkcionálně orientovaná terapie. Ta se snaží eliminovat komunikační strategie, které jsou kontraproduktivní, a naopak se snaží podpořit a učit strategiím, které jsou úspěšné (Klenková, 2006; Cséfalvay in Lechta a kol., 2011).

Logopedická péče může být jak individuální, tak skupinová (Kejklíčková, 2011), avšak pragmaticky orientované terapie se nejlépe realizují ve skupině (Cséfalvay in Lechta a kol., 2011). Výhodou skupinové terapie je především přirozený komunikační kontakt (Kalvach a kol., 2004). V praxi se také využívá tzv. stimulačních a facilitačních technik. Mezi tyto techniky řadíme například melodicko-intonační terapii (MIT), terapii Wernickeho afázie (TWA), terapie perseverací při afázii (TAP) a také se využívá tzv. vědomé kontroly automatických projevů (VICU) (Cséfalvay in Lechta a kol., 2011). Z terapeutických materiálů

uvedme například Soubor cvičných textů pro reedukaci afázie, jejichž autorkou je Milada Mimrová (Mimrová, 1998), nebo také Textovou a obrázkovou cvičebnici pro nemocné s poruchou řečových funkcí - afázií (Čecháčková, 1998) a Diagnostiku a terapii afázie, alexie, agrafie (Cséfalvay, Klimešová, Košťálová, 2002).

3 Dysartrie

Nejen afázie, ale i dysartrie je velmi častým důsledkem cévní mozkové příhody, proto se ve třetí kapitole této práce zaměříme na problematiku dysartrií, přesněji tedy na terminologii, definici, klasifikace, symptomatologii, diagnostiku, diferenciální diagnostiku, terapii a prognózu dysartrií.

3.1 Terminologické vymezení a definice

„Intaktní projev člověka je spojen s velmi složitou strukturou koordinovaných kontrakcí svalů v oblasti rtů, čelisti, jazyka a měkkého patra a také hrtanu a dýchacích svalů. Činnost těchto svalů je umožněna a kontrolována činností centrální nervové soustavy. Poruchy centrálního motoneuronu v oblasti mozku i léze periferní části nervové motorické dráhy jsou příčinnou tzv. neurogenních poruch řeči, mezi které patří dysartrie.“ (Neubauer a kol., 2007)

Termín dysartrie se užívá pro označení poškození narušené komunikační schopnosti jak v dětském věku (při dětské mozkové obrně), tak i v dospělosti při různých neurologických onemocněních (Lechta, Cséfalvay in Lechta a kol., 1990, s. 210). Dysartrie vzniká nejčastěji v důsledku bilaterálního poškození mozku a poškozením mozkových drah, zatímco u afázie dochází k lézi dominantní hemisféry (Cséfalvay, Traubner, 1996). Při dysartrii není narušeno používání jazykového systému, pacient tedy rozumí mluvenému i čtenému textu (Košťálová in Kalvach a kol., 2011). Závažnější postižení orofaciální motoriky v důsledku léze CNS lze klasifikovat jako anartrii, kterou můžeme definovat jako *„nejzávažnější poruchu motorických řečových modalit, s prakticky nemožnou verbální komunikací s okolím, neschopností artikulované mluvy pro ztrátu či nerozvinutí vůlí kontrolované hybnosti mluvidel, a to frekventovaně i ve spojení s neschopností tvořit hlas – afonií.“* (Neubauer, 2007) Léze u anartrie je typická pro kortex a mozeček (McNett, Armbruster in Sirven, Malamut, 2008). Definic, které se snaží o vymezení dysartrie, je nespočet. Všeobecně platí, že se jedná o motorické poruchy realizace řeči různého rozsahu, které vznikají na základě organického poškození centrální nervové soustavy (Šáchová in Kraus a kol., 2005). Získaná dysartrie (Acquired dysarthria) vzniká v průběhu dětství, dospělosti či stárnutí organismu, oproti tomu vývojová dysartrie vzniká na základě vrozené léze nervové soustavy, nejčastěji v rámci syndromu dětské mozkové obrny (Neubauer in Lechta a kol., 2011).

Murdoch (1998, s. 1) definuje dysartrii jako *„souhrnný název pro skupinu onemocnění, charakteristické poruchami svalové kontroly mechanismu řeči v důsledku*

poškození centrální nervové soustavy a periferní nervové soustavy. Poškození se projevuje v orální komunikaci důvodu ochrnutí, slabosti a nekoordinovanosti artikulačních pohybů.“

Dvořák (1998, s. 43) definuje dysartrii jako „vývojové i získané obtíže při hláskování a vyslovování vůbec, tyto obtíže mají konstantní charakter. Při dysartrii se nevyskytují poruchy porozumění řeči ani poruchy vnitřní řeči. Jde o poruchu, která je způsobena poškozením mozku a mozkových drah.“

„Dysartrie je narušení procesu artikulace jako celku při organickém poškození nervového systému. Dysartrii často provází narušená fonace, dýchání a dysprozodie.“ (Lechta, Cséfalvay in Lechta a kol., 1990, s. 210)

Dysartrie je charakterizována jako „neurogenní porucha komunikace, která vzniká v důsledku nervosvalového poškození, tím vzniká slabost, ochrnutí nebo poruchy motorické realizace řeči.“ (Tanner, 2007, s. 78)

3.2 Etiologie

Jak jsme již uvedli, u vývojové dysartrie je nejčastější příčinou syndrom dětské mozkové obrny, nazývaný také jaké syndrom infantilní cerebrální parézy. Mezi méně častější příčiny řadíme úrazy hlavy a mozku, mozkové nádory (Neubauer in Lechta a kol., 2011). Výskyt vývojové dysartrie u dětí je v rozmezí mezi 60-70% (Neubauer in Škodová, Jedlička a kol., 2007). V rámci získaných dysartrií v populaci osob dospělých jsou nejčastější příčinou cévní mozkové příhody, úrazy hlavy a stavy po operacích v oblasti mozkové kůry, tedy po tumorech, abscesech či hematomech, v neposlední řadě jsou to degenerativní onemocnění mozku, mezi ně řadíme Parkinsonovu nemoc a demyelinizační chorobu, jako je roztroušená skleróza (Neubauer in Škodová, Jedlička a kol., 2007). Argalácsová (in Lukáš, Žák a kol., 2014) řadí další možné příčiny vzniku dysartrií, jako jsou intoxikace alkoholem, chronický alkoholismus, Wilsonova nemoc, defekty po stomatochirurgických resekcích a Lambertův-Eatonův syndrom.

Jelikož jsme v kapitole Afázie již uvedli a specifikovali některá onemocnění, uvedeme zde pouze charakteristiku Parkinsonovy nemoci a roztroušené sklerózy.

a) Parkinsonova nemoc

Je chronicko-progresivní onemocnění nervové soustavy vznikající na podkladě degenerativního zániku neuronů, vedoucího k nedostatku dopaminu ve striatu (Růžička, Roth

in Nevšimalová a kol., 2005). Parkinsonovu nemoc nazýváme také jako tzv. třaslavá obrna nebo paralysis agitans (Sacks, 2010). Postihuje 1% populace. Nemoc začíná kolem 60. roku, s věkem výskyt onemocnění roste, avšak výjimkou nejsou osoby ani mladšího věku (Ambler, 2006). Parkinsonovo onemocnění je charakteristické delším počátečním obdobím, které může trvat v rozmezí mezi 3-5 lety. V tomto období je onemocnění nepostřehnutelné. Klinické příznaky se objeví v situaci, kdy dochází ke snížení hladiny dopaminu (Růžička, Roth in Nevšimalová a kol., 2005). Klinický obraz je charakterizován třemi příznaky, a to je hypokineze, rigidita a tremor (Ambler, 2006). Častým příznakem parkinsonismu jsou festinace, při nichž dochází ke zrychlování nebo zkracování kroků, pohybů slov i myšlenek. U některých pacientů se objevuje tzv. motorická neposednost. Opačným projevem festinace je akineze neboli zpomalování (Sacks, 2010). Nejvíce omezujícími symptomy je především hypokineze (bradykineze či akineze). Objevují se také vegetativní příznaky, deprese a kognitivní deficity, které v průběhu několika let mohou přejít až v demence (Růžička, Roth in Nevšimalová a kol., 2005).

b) Roztroušená skleróza

Roztroušená skleróza neboli sclerosis multiplex cerebrosinalis je chronické onemocnění, které začíná obvykle mezi 20. a 30. rokem života, s prevalencí kolem 60-100/100 000 obyvatel, a řadíme ji mezi demyelinizační choroby (Ambler, 2006). Hlavní příčinou roztroušené sklerózy je autoimunitní chronický zánět zasahující myelin, mozek a míchu, což vede k jejich destrukci (Obenberger, Seidel, 2004). Přesněji tedy dochází k demyelinizaci v centrálním myelinu, kde vznikají vícečetná ložiska. Dochází k chronickému zánětu a k destrukci bílé hmoty mozku (Ambler, 2006). Počátek onemocnění je těžce rozpoznatelný. Příznaky jsou spíše nespecifické, objevuje se únava, bolest hlavy, depresivita, bolest končetin (Obenberger, Seidel, 2004). Ze specifických příznaků se manifestuje jako první parestezie, poté mlhavé vidění, pokles zrakové ostrosti, tzv. Lhermitteův příznak, jenž se projevuje jako nepříjemný výboj z končetin, postupná ztráta citlivosti pro teplo a poruchy motoriky (Seidel, 2015). Typický průběh je zpočátku v atakách a remisích. Po první atace může dojít ke kompletní úpravě na několik let. Často vzniku ataky předchází exogenní faktory, jako je virová infekce, nadměrná fyzická či emoční zátěž (Ambler, 2006).

U dysartrie může dojít k poškození jak hlavových, tak míšních nervů. Ty mohou být postiženy unilaterálně nebo bilaterálně. Dle narušení se odvozuje částečné nebo úplné

porušení funkce řečového orgánu. U dysartrií bývají poškozeny (Lowe, Webb, 2009; Klenková, 2006):

- V. hlavový nerv (nervus trigeminus, nerv trojklanný) - neschopnost ovládat čelist, otevřít a zavřít ústa. Je narušena funkce žvýkání a tvorby konsonantů.
- VII. hlavový nerv (nervus facialis, nerv lící) - poškození způsobí poruchu mimického obličejového svalstva. Pokud dochází k oboustrannému poškození, pak je narušena tvorba hlásek explozivních.
- IX. hlavový nerv (nervus glossopharyngeus, nerv jazykohltanový) - narušena je nejen pohyblivost hltanu, ale také kořenu jazyka.
- X. hlavový nerv (nervus vagus, nerv bloudivý) - dochází k rozsáhlému poškození hrtanu, hltanu, měkkého patra a hlasivkových vazů. Hlas je dyšný, sípavý. Projevuje se zvýšená hypernazalita.
- XII. hlavový nerv (nervus hypoglossus, nerv podjazykový) - nedostatečný tonus jazyka, hybnost je taktéž narušena. Srozumitelnost řeči je zhoršena.

3.3 Klasifikace získané dysartrie

Murdoch (1998) ve své knize uvádí klasifikaci dysartrií dle věku (vrozené a získané dysartrie), neurologického deficitu (vaskulární a neoplastická dysartrie), dle léze (poškození nižších a vyšších motorických neuronů). Dysartrie je dělena do několika typů, z nichž každý je charakterizovaný specifickým souborem příznaků. Forma a stupeň dysartrie odpovídá lokalizaci a rozměru poškození motorického funkčního systému (Klenková, 2006). Syndrom získané dysartrie můžeme tedy členit na klinicky rozlišitelné typy (Neubauer a kol., 2007). Příznaky dysartrie jsou variabilní, jelikož postižena může být artikulace, výslovnost, která může být nekoordinovaná, namáhavá, setřelá. Dále pak může být narušena nosní rezonance, respirace, dýchání, fonace, tvorba hlasu a prozodie (Košťálová in Kalvach a kol., 2011). Dysartrii můžeme dělit dle celkového stupně srozumitelnosti (Košťálová in Kalvach a kol. 2011):

- lehká dysartrie - řeč je méně kvalitní, ale plně srozumitelná;
- středně těžká dysartrie - řečová produkce je hůře srozumitelná;
- těžká dysartrie - řeč je nesrozumitelná.

Typy dysartrií uvádí například Murdoch (1998) dle lokalizace léze:

- Flacidní dysartrie - vzniká v důsledku poškození dolního motoneuronu.
- Spastická dysartrie - vzniká poškozením horního motoneuronu.
- Hypokinetická a hyperkinetická dysartrie - objevují se léze v bazálních gangliích nebo v jádru mozkového kmene.
- Ataktická dysartrie - léze jsou v oblasti mozečku.
- Smíšený typ - flacidně-spastický typ nebo atakticko-spasticko-flacidní typ dysartrií.

Klasifikace, kterou uvedeme v následujícím textu, je klasifikací dle Petrovského z roku 1996 (in Neubauer a kol., 2007). Petrovský dělí získané dysartrie na typ spastický, flacidní, ataktický, typ extrapyramidový hyperkinetický a hypokinetický, posledním je smíšený typ.

Dysartrie spastická (centrální)

Vzniká při poruše centrálního motorického neuronu, lokalizace postižení je v oblasti mezi prodlouženou míchou a bílou hmotou hemisfér mozku (Neubauer in Lechta a kol., 2011). Projev je pomalý, slova jsou protahovaná, dochází k nesrozumitelnosti při delším řečovém projevu (Neubauer in Škodová, Jedlička a kol., 2007). Ve většině případů dochází k narušení rozsahu i rychlosti pohybů orálního svalstva. Hybnost měkkého patra je omezena, přičemž při fonaci se měkké patro téměř nezvedne (Love, Webb, 2009). V rámci fonace se hlas popisuje jako drsný, nepřírozeně hluboký, jsou přítomny náhlé změny ve výšce (Love, Webb, 2009). Jako další symptom je popisován drooling (McNett, Armbruster in Sirven, Malamut, 2008). Polykací reflex je zpožděn, faryngeální peristaltika je redukována (Love, Webb, 2009). Murdoch (1998) charakterizuje základní projevy spastické dysartrie jako narušení pohybů jazyka a rtů při produkci řeči. Dochází k pomalému tempu řeči, k narušení fonace a intonace, k hypernasalitě. Špatná je srozumitelnost řečového projevu a narušená je také elevace patra.

Dysartrie flacidní či periferní (chabá)

Je typická pro infekční onemocnění centrální nervové soustavy (Love, Webb, 2009). Dochází k postižení periferního motorického neuronu. Vzniká poškozením mozkových nervů inervujících řečové mechanismy (Neubauer in Lechta a kol., 2011). Přítomny jsou parézy

periferní s atrofií postižených svalů (Neubauer a kol., 2007). Svaly se stávají hypotonickými, chabými, je zasažen pohyb volní, automatický i reflexní (Love, Webb, 2009). Častým projevem je narušené dýchání společně s hypernasalitou, poruchami polykání a chraptivostí (Neubauer a kol., 2007). Poškození může být unilaterální, ale také bilaterální. Pokud dojde k poškození bilaterálnímu, jsou narušeny také funkce archaické, tedy polykání i žvýkání (Klenková, 2006). Časté je oslabení mandibulárního svalstva a dávivého reflexu, zároveň se objevují fascikulace, tedy spontánní kontrakce svalů (Love, Webb, 2009). Nedostatečným svalovým napětím je narušena výslovnost hlásek. Postiženy jsou především hlásky, které jsou závislé na elevaci jazyka (Love, Webb, 2009). Hlas je dysfonický, může dojít až k afonii (Klenková, 2006). Vzácně může paréza postihnout hlasivky. Hlas je monotónní a je snížena síla hlasu (Love, Webb, 2009).

Dysartrie ataktická či cerebrální (mozečková)

U dysartrie ataktické dochází k poškození mozečku a jeho drah, častou příčinou je tedy degenerativní onemocnění, tumor, traumata hlavy a roztroušená skleróza (Love, Webb, 2009). Tvoří tzv. cerebrální syndrom, jehož projevem je narušení koordinace svalových skupin a narušení cílených pohybů (Neubauer a kol., 2007), tedy koordinace pohybů svalů hrtanu. Dochází k poruše dýchání a otevřené huhňavosti. Řečová produkce je tak nápadná, že je často až nesrozumitelná (Klenková, 2006). Tempo řeči je pomalé, dochází k deformaci výslovnosti samohlásek a souhlásek. Řeč je explozivní neboli skandovaná, což znamená, že je pomalá s pauzami, které následují po každé slabice (Love, Webb, 2009). Produkce řeči je doprovázena také hezitacemi, hlas je tvořen s námahou (Klenková, 2006).

Dysartrie extrapyramidová-hypokinetická

Nejčastějším onemocněním, jež způsobuje hypokinetickou dysartrii je Parkinsonova choroba (Love, Webb, 2009). Příčinou je léze bazálních ganglií (McNett, Armbruster in Sirven, Malamut, 2008). Svalová činnost je komplikována rigiditou a akinézou svalových skupin (Neubauer in Škodová, Jedlička a kol., 2007). Nejvíce je hypokinetická dysartrie manifestována v oblasti hlasu, artikulace a prosodie (Freed, 2012). Často se objevuje klidový třes a ztráta pohybových automatismů (Neubauer in Lechta a kol., 2011). Řečový projev je monotónní, bývá přítomna ztuhlost mluvidel a palilálie (Neubauer et al. 2007). Palilálie se často pojí s bilaterálním postižením, které charakterizuje opakování slov, frází nebo vět (Love, Webb, 2009). Řeč strádá nejen narušením dýchání, ale také vyražením artikulací

některých hlásek (Klenková, 2006). Chrapot je přítomen až ve 45% případů (Love, Webb, 2009).

Dysartrie extrapyramidová-hyperkinetická

Vyskytuje se při lézi bazálních ganglií (McNett, Armbruster in Sirven, Malamut, 2008). Zatímco u hypokinetické formy se jedná spíše o redukci pohybů, hyperkinetická dysartrie souvisí se zvýšením pohybu (Love, Webb, 2009), tedy choreatického či atetoidního syndromu, jež narušují normální motoriku i řečový projev (Neubauer a kol., 2007). Řeč je hlasitá, vykřikovaná, tempo je kolísavé, kdy projev může být až nesrozumitelný z důvodu neschopnosti ovládat pohyby jazyka a úst (Neubauer in Lechta a kol., 2011). Patologická inervace měkkého patra způsobuje zvýšenou nosovost (Klenková, 2006).

Dysartrie smíšená

Léze u smíšené nebo také kombinované dysartrie je různá (McNett, Armbruster in Sirven, Malamut, 2008). Projevuje se příznaky jak periferních, tak centrálních paréz, ale vzniká i kombinací více lézí centrální nervové soustavy (Neubauer in Lechta a kol., 2011). Neubauer a kol. (2007) zmiňuje klasifikaci smíšených dysartrií dle Hedánka a Roubíčkové (1997):

- spasticko-flakcidní dysartrie,
- atakticko-spastická dysartrie,
- atakticko-spastická a flakcidní dysartrie,
- spasticko-ataktická a hypokinetická dysartrie,
- hypokineticko-spastická a ataktická dysartrie.

3.4 Diagnostika

V rámci diagnostiky neurogenních motorických poruch řečové komunikace je důležitá interdisciplinární spolupráce a její návaznost (Neubauer a kol., 2007). Na diagnostice se podílí tým odborníků jak z lékařských, tak i z nelékařských oborů, tedy logoped, neurolog, psycholog, rehabilitační lékař a fyzioterapeut (Bytešnicková, 2012). Logopedická diagnostika by měla vycházet z neurologického vyšetření (Neubauer a kol., 2007), přičemž neurolog stanoví místo a rozsah léze. Nutné je také vyšetření oftalmologem a foniatrem pro vyloučení

poruch zraku a sluchu (Lechta, Cséfalvay in Lechta a kol., 1990). V současné době se také využívá moderních zobrazovacích metod jako je počítačová tomografie, magnetická rezonance (Cséfalvay in Lechta a kol., 2003). Cílem logopedické diagnostiky u dysartrií je identifikace řečové motorické modality, jež je zodpovědná za snížení srozumitelnosti pro okolí pacienta (Neubauer a kol., 2007). Komplexní logopedické vyšetření se zaměřuje na zhodnocení motoriky mluvních orgánů, artikulace, respirace, fonace, prozodických faktorů řeči, rozumění obsahové stránky řeči (Bytešníková, 2012). Jak uvádí Neubauer (in Škodová, Jedlička a kol., 2007), zaměřujeme se také na schopnost příjmu potravy, polykání, zvládání slinotoku, ale také na motorickou praxi a gramatiku. Pokud chceme provést diagnostiku dysartrií, musíme vycházet z přítomných symptomů. Hodnotíme tedy oblast (Cséfalvay in Lechta a kol., 2003):

- Respirace - hodnotíme inspirační a expirační dýchání, ale i ovládání výdechového proudu vzduchu.
- Artikulace - vyšetřují se orgánové změny, pohyblivost a artikulační schopnost rtů, jazyka a sanice.
- Fonace - pozornost věnujeme výšce, síle, barvě a způsobu tvoření hlasu.
- Rezonance - využívá se Gutzmanova A-I zkouška.
- Souvislý mluvný projev - jedná se o kvalitativní hodnocení mluvného projevu pacienta. Využívá se videozáznamu pro zhodnocení případného narušení koverbálního chování.

V zahraničí je pro diagnostiku dysartrií nejčastěji využíván Dysarthria profile (Robertson, 1982) nebo také Frenchay Dysarthry Assessment (Enderby, 1983) (Cséfalvay in Lechta a kol., 2003). V českém logopedickém prostředí byl vytvořen Test 3F - dysartrický profil, ten je určen pro děti staršího věku a pro dospělé. Test je rozdělen na dvě části. První část tvoří orientační vyšetření a druhou částí je test samotný, který je zaměřen na oblast faciokinze (rty, čelist, jazyk), fonorespirace (respirace, respirace s fonací, fonace) a fonetiku (artikulace, prozódie, srozumitelnost). Hodnocení dysartrické poruchy je rozděleno na stupně, a to na velmi lehkou dysarthrii, lehkou dysarthrii, středně těžkou, těžkou a velmi těžkou dysarthrii (Roubíčková a kol., 2011).

3.5 Diferenciální diagnostika

Diferenciální diagnostika je prováděna pomocí odborného vyšetření a jejím úkolem je odlišit dysartrie od jiných typů narušení komunikační schopnosti, jako je afázie či dyspraxie (Klenková, 2006). U dysartrie dochází k narušení všech řečových modalit, zatímco u řečové apraxie se jedná o narušení procesu artikulace s možným zasažením prozodie (Neubauer a kol., 2007).

3.5 Terapie

Logopedická terapie je především neinvazivní (Cséfalvay, Marková in Kerekrétiová, 2009). Jelikož se jedná o velmi závažné narušení komunikační schopnosti, je nutností, aby primární logopedická intervence splňovala podmínky multidisciplinárního charakteru (Bytešniková, 2012). Dysartrie vzniká poškozením motorického systému, čemuž musí odpovídat i terapeutický postup. Terapeutické postupy jsou zaměřeny na specifické symptomy, jako je porucha koordinace artikulačního svalstva- obličeje, jazyka, měkkého patra, hltanu a hrtanu nebo také deficity v oblasti svalového napětí (Košťálová in Kalvach a kol., 2011). Cséfalvay a Marková (in Kerekrétiová, 2009) rozdělují terapii dysartrie na specifickou a nespecifickou. Specifická terapie se především využívají jen u některých typů dysartrií, zatímco nespecifická terapie je zaměřena na zlepšení srozumitelnosti pacienta. Klenková (2006) uvádí metody a prostředky logopedické terapie u získané dysartrie dle autorů Robertsona a Thompsona z roku 1986:

- modifikace dechových cvičení,
- modifikace fonačních a rezonančních cvičení,
- modifikace artikulačních cvičení,
- stimulace prozodie a její využití u větné intonace,
- rytmizační postupy,
- využití neverbální komunikace u osob s anartrií,
- využití skupinových forem terapie.

Dále pak se zaměřujeme na podporu hybnosti velofaryngeálního uzávěru a využíváme izometrických a izotonických postupů pro obnovování orofaciální oblasti (Neubauer a kol.,

2007). V praxi využíváme Synergetickou reflexní terapii, Funkční svalovou terapii v orofaciální oblasti (Klenková, 2006) nebo metodiku dle Kabáta, která je založena na pohybových diagonálách. Neuromotorická regulační terapie prof. Castillo-Moralese se zaměřuje na orofaciální oblast, pracuje především s tlakem a tahem, vibracemi a využívá motorických bodů. Myofunkční terapie se zabývá odstraňováním projevů svalové nerovnováhy v orofaciální oblasti (Šáchová in Kraus a kol., 2005). Koncept myofunkční terapie vypracoval například prof. Garliner či německá logopedka Kittelová (Klenková, 2006). Nesmíme zapomenout na využití izotonických a izometrických cvičení, pro obnovování hybnosti mluvidel od autorů Keith a Thomas z roku 1989 (Neubauer in Lechta a kol., 2011).

Stejně jako u terapie afázie využíváme v praxi při terapii dysartrií skupinové formy. Ty jsou zaměřeny především na sociální skupinovou interakci. Slouží k nácviku reálné komunikační situace. Skupiny jsou tvořeny maximálním počtem šesti osob, přičemž se využívá různá intenzita vedení terapeutem (Neubauer in Škodová, Jedlička a kol., 2007).

Neubauer uvádí základní zásady terapeutického postupu. První takovouto zásadou je dostatečná motivace osoby s dysartrií pro terapii. U osob v institucionální péči je důležité, aby si ošetřující osoby vzájemně předávaly doporučení a informace o terapeutickém postupu. Osoby se sníženou mobilitou vyžadují aktivní pomoc. Je pro ně důležitá pravidelnost terapie, což je právě největším problémem v lůžkových rehabilitačních nebo nemocničních zařízeních (Neubauer a kol., 2007).

Při terapii dysartrií se hojně využívají přístrojové pomůcky. První takovou pomůckou je přístroj Speech Viewer, jenž využívá zvukový a vizuální feedback, zlepšující modulaci hlasové frekvence u osob po úrazech centrální nervové soustavy. Pro nácvik nabytých komunikačních dovedností se využívá videozáznam, magnetofonové nahrávky nebo také metronom či telefon (Neubauer in Lechta a kol., 2011).

4 Logopedická intervence

Není jednoduché vymezit aktivitu logopeda, a to především z důvodu terminologické nejednotnosti. V logopedické terminologii se objevují termíny jako logopedická péče, terapie, výchova řeči či logopedická činnost (Klenková, 2006). V zahraniční literatuře se ujal především termín logopedická intervence, jež je pojímán jako specifická činnost logopeda ve všech oblastech. V tomto případě chápeme termín intervence v nejširším slova smyslu (Lechta a kol., 2011). Logopedická intervence je tedy složitý multifaktoriální proces, jenž se snaží o dosažení tří základních cílů, což je logopedická diagnostika, intervence a prevence. Je důležité, a to především v rámci logopedické intervence, aby docházelo k interdisciplinárnímu využívání poznatků z hraničních oborů, jako je medicína, lingvistika, pedagogika i psychologie (Lechta in Škodová, Jedlička a kol., 2007).

Pojem intervence můžeme tedy definovat v širším slova smyslu jako „*zárok*“ a v užším slova smyslu jako „*cílený, především promyšlený zásah, zpravidla zaměřený na zmírnění tíživé osobní situace sledované osoby. Jedná se o jakýkoliv postup či techniku směřující k přerušení, zamezení nebo úpravě probíhajícího procesu.*“ (Hartl, Hartlová, 2004, s. 239)

Sovák (in Lechta a kol., 1990, s. 53) definuje logopedickou péči jako „*speciálněpedagogickou péči o komunikační proces ve společenské interakci za normálních okolností, jedná se zde i o prevenci poruch řeči.*“

Lechta a kol. (2011, s. 18) definuje logopedickou intervenci jako „*specifickou aktivitu, kterou logoped uskutečňuje s cílem identifikovat, eliminovat, zmírnit či alespoň překonat NKS, anebo předejít tomuto narušení.*“

4.1 Logopedická diagnostika

Diagnostiku můžeme definovat jako „*činnost směřující ke stanovení diagnózy.*“ (Hartl, Hartlová, 2004, s. 111) Logopedickou diagnostiku můžeme dělit na orientační, základní a speciální logopedické vyšetření (Lechta in Škodová, Jedlička a kol., 2007). V rámci oboru logopedie je cílem co nejpřesnější diagnostika narušené komunikační schopnosti. Snažíme se zjistit (Lechta a kol., 2003):

- příčinu NKS;

- určit, zda se jedná o narušení či fyziologický jev;
- pokusit se s větší či menší pravděpodobností určit, zda je narušení přechodné, nebo trvalé a také vrozené, nebo získané;
- zda dominuje, nebo je symptomem jiného narušení;
- určit stupeň narušení.

4.2 Logopedická terapie

Logopedická terapie vzniká na podkladě stanovení diagnózy a charakterizujeme ji jako specifickou aktivitu, realizovanou specifickými metodami ve specifické situaci (Klenková, 2006). Jedná se o „*stimulaci a korekci nerozvinutých, opožděných, ztracených nebo vadných řečových funkcí.*“ (Grohnfeldt, 1989 in Škodová, Jedlička a kol., 2007, s. 39)

Metody logopedické terapie můžeme rozdělit na metody stimulující, korigující a reedukující (Lechta a kol., 2003). Logopedická terapie může být také rozdělena na formu individuální, skupinovou, intenzivní a intervalovou (Borbonuse, Maihack, 2000 in Škodová, Jedlička a kol., 2007).

4.3 Logopedická prevence

Neoddělitelnou součástí logopedické intervence je i prevence narušené komunikační schopnosti (Lechta a kol., 1990). Prevenci dělíme na primární, sekundární a terciální. Primární prevence je předcházení ohrožujícím situacím. Můžeme ji dělit na specifickou, tedy podpora žádoucích forem chování, a nespécifickou, zaměřenou na celou populaci (Hartl, Hartlová, 2004). Sekundární prevence se zaměřuje na rizikovou skupinu, můžeme ji nazvat jako preventivní terapii (Lechta in Škodová, Jedlička a kol., 2007) nebo také jako profylaxi (Lechta a kol., 1990). V rámci terciální prevence se snažíme se u osob s NKS předejít dalšímu negativně zaměřenému vývoji poruchy (Lechta in Škodová, Jedlička a kol., 2007).

4.4 Logopedická intervence afázie a dysartrie v akutní fázi

Prognóza a vývoj afázie a dysartrie závisí primárně na příčině. Pokud se jedná o cévní mozkové příhody, intoxikace či traumata pak se na zlepšení stavu podílejí spontánní změny. Příčiny těchto změn nejsou doposud přesně vysvětleny. Závisí na ústupu edému, změně prokrvení, obnovení sítí a na osudu buněk v ischemickém stínu (Kalvach a kol., 2004). Jelikož je afázie heterogenní porucha a jednotlivé typy se mění v časovém průběhu, tak

počáteční závažnost a typ afázie má vliv na zotavení jazykových funkcí (Koenig-Bruhím, Kolonko et al., 2013). Další vývoj afázie a dysartrie závisí také na přidružených okolnostech, tedy na výskytu depresí či chybění komunikačního partnera (Kalvach a kol., 2004). Logoped musí nejprve stanovit cíle a metody s přihlédnutím na klíčové faktory (Koenig-Bruhím, Kolonko et al., 2013). Takovýmto faktorem je faktor enviromentální, který je určujícím faktorem pro terapii afázií a dysartrií. Komunikační trénink by měl probíhat za pomoci partnerů nebo rodiny pacienta, s cílem zlepšit každodenní komunikaci a usnadnit účast ve společenském životě (Koenig-Bruhím, Kolonko et al., 2013).

Logopedická intervence se liší jednotlivými stádii, kterými pacient po cévní mozkové příhodě prochází. Tato stádia lze časově vymezit, avšak jejich délka se různí (Kalvach a kol., 2004). Čecháčková (in Škodová, Jedlička a kol., 2007) dělí tato stádia na akutní, následná, stabilizovaná a chronická, přičemž nevymezuje přesněji jejich délku trvání. Kalvach a kol. (2004) dělí stádia na akutní období (prvních 14 dnů po vzniku poruchy), subakutní období (trvá 3 měsíce od vzniku poruchy) a chronické období (vymezuje jej stabilizovaným stavem pacienta, kdy spontánní změny mizí).

4.4.1 Logopedická diagnostika v akutní fázi

Jak uvádí Košťálová (in Kalvach a kol., 2011) „*diagnostika v akutní fázi onemocnění u lůžka pacienta je velmi problematická, obtížná a nelze ji řešit bez interdisciplinární spolupráce.*“ V této fázi si především pacient začíná uvědomovat rozsah a dopad poruchy na svůj život, proto prochází stresovou situací (Kalvach a kol., 2004). Čecháčková (in Škodová, Jedlička a kol., 2007) rozděluje pacienty do tří skupin. První skupina jsou pacienti s komatózním a soporózním stavem. Druhou skupinu tvoří pacienti somnolentní a do třetí skupiny řadíme osoby, které adekvátně reagují na mluvní či taktilní podnět a jsou schopny soustředění po určitý časový úsek.

Jak zmiňuje Hrnčiarová a Cséfalvay (in Lechta a kol., 1990) úvodní vyšetření přizpůsobujeme fyzickému a psychickému stavu pacienta. V akutní fázi dochází k výrazné nestabilitě klinického obrazu afázie a dysartrie. Jedná se o výraznou dynamiku změn (kolísání, regrese, mizení symptomů). Příznaky někdy zcela odezní během několika hodin v závislosti na neurologickém deficitu (Kalvach a kol., 2004). Rozpoznat jednotlivé symptomy komplikují faktory jako je bolest, poruchy zraku a sluchu, poruchy osobnosti a kognitivní deficit (Košťálová in Kalvach a kol., 2011).

Neubauer a kol. (2007) vymezuje základní úkoly logopedické diagnostiky v akutní fázi:

- navázání kontaktu s osobou po CMP, nutná je vzájemná důvěra a naděje;
- provedení vyšetření, avšak musíme přihlídnout na celkový stav pacienta, u těžších stavů
v akutní fázi musíme provést orientační nebo screeningové vyšetření;
- pokud je nutné vyšetření dalšími odborníky, pak je sami iniciujeme.

Jak uvádí Kalvach a kol. (2004), pro logopeda je důležité získat pro spolupráci blízké osoby pacienta, tedy komunikační partnery. Ti by se měli zúčastňovat terapeutických sezení a samostatně poté s pacientem procvičovat, což zvyšuje efekt terapie.

Pro diagnostiku afázie v akutní fázi je nejčastěji využíván screeningový test Mississippi Aphasia Screening Test (Nakase-Thompson et al., Košťálová et al., 2008) nebo také Test vyšetření fatických funkcí v akutní fázi (VAFO). Diagnostika dysartrie může být realizována pomocí Testu 3F (Hedánek, Roubíčková, 2011).

4.4.2 Logopedická terapie v akutní fázi

Jak uvádí Cséfalvay a kol. (2007) „*význam logopedické péče v akutním stádiu afázie vidíme především kromě diagnostiky v poradenství a zahájení fáze stimulačními technikami.*“ Důležitý je neodkladný počátek terapeutického procesu zvláště při traumatech či CMP, a to již v akutní fázi. Je vhodné terapii, vzhledem k plasticitě mozku a stavu pacienta, zahájit co nejdříve (Stančáková, 2013). Cséfalvay (2009) nazývá terapii v akutní fázi jako aktivizační fázi terapie. Terapeutický proces musí být přiměřený stavu vědomí a únavnosti pacienta (Neubauer in Lechta a kol., 2011). Faktory ovlivňující reedukaci řeči jsou rozsah a lokalizace léze, věk pacienta, stádium poruchy, sociální zázemí klienta, jež je důležité především v akutní fázi (Čecháčková in Škodová, Jedlička a kol., 2007). Logoped má k dispozici širokou škálu metod, které může využít, avšak ne každá metoda se nedá použít pro každého jednotlivce (Koenig-Bruhím, Kolonko et al., 2013).

Při terapii se můžeme setkat především s dvěma přístupy. Kognitivně neuropsychologický přístup sleduje především lingvistické postupy a je orientován na obnovu a kompenzaci jazykových procesů. Pragmaticky orientovaný přístup, nebo také funkcionálně orientovaný přístup, využívá sociální interakce pro zlepšení komunikace pacientů. Jeden z nejznámějších modelů je PACE (Promoting Aphasia Communication Effectiveness)

(Stančáková, 2013). Osoby s těžkou afázií a dysartrií mohou také využívat augmentativní a alternativní komunikační systémy (Koenig-Bruhím, Kolonko et al., 2013). Z terapeutických materiálů pro dysartrii můžeme použít například Terapeutický materiál - dysartrie (Košťálová, Roubíčková a kol. Pro terapii afázií například od autorky Mimrové (1998) Afázie: soubor cvičných textů pro reedukaci afázie.

Konečným cílem terapie je dle Světové zdravotnické organizace zlepšení komunikace a sociální začlenění jedince. Navzdory tomu, že pacienti v terapii značně pokročili, mnozí z nich mohou mít ještě mírné komunikační problémy. Jazykové deficity mají vliv na úroveň komunikace, která je základním předpokladem pro sociální participaci. Nejdůležitějším cílem pro osoby s afázií a jejich rodiny je tedy obnova komunikační funkce (Koenig-Bruhím, Kolonko et al., 2013).

II PRAKTICKÁ ČÁST

V teoretické části této práce jsme nastínili základní terminologii cévních mozkových příhod. Jak jsme zjistili, cévní mozkové příhody jsou manifestovány různorodě, závisí především na typu poškození, tedy zda se jedná o hemoragickou či ischemickou cévní mozkovou příhodu, a na lokalizaci léze. V důsledku cévních mozkových příhod vzniká nejčastěji porucha fatických funkcí tedy afázie a také porucha motorické realizace řeči, dysartrie. V rámci intervence v akutní fázi jsme se zaměřili na diagnostiku a terapii.

5 Výzkumné šetření

Praktická část je zaměřena na logopedickou intervenci v akutní fázi, tedy na diagnostiku a následnou terapii u osob po cévní mozkové příhodě. Pokusíme se přiblížit průběh logopedické intervence, a to prostřednictvím případových studií u tří sledovaných klientů. V úvodu nejprve vymezíme výzkumný problém, hlavní cíl výzkumného šetření a následně hlavní a vedlejší výzkumné otázky, v neposlední řadě metodologii výzkumného šetření. Charakterizujeme také prostředí výzkumu.

5.1 Vymezení výzkumného problému a definování cíle

Jak jsme již v teoretické části uvedli neodkladný počátek terapeutického procesu je velmi důležitý již v akutní fázi po cévní mozkové příhodě. Zaměříme se tedy na osoby v akutní fázi po cévní mozkové příhodě a pokusíme se popsat logopedickou diagnostiku a terapii v případové studii. Vzhledem k povaze výzkumného problému se bude jednat o výzkum kvalitativní, zpracován monografickou metodou.

Hlavním cílem praktické části je analyzovat celý proces logopedické intervence v akutní fázi po cévní mozkové příhodě, ale také přiblížit a nahlédnout do života klientů a jejich rodinných příslušníků v tomto období. Výsledkem tohoto výzkumného šetření bude analýza logopedické intervence u klientů v akutní fázi po cévní mozkové příhodě.

5.2 Definování výzkumných otázek

V rámci hlavního cíle byly stanoveny hlavní a vedlejší výzkumné otázky.

Hlavní výzkumná otázka:

- Jak se v akutní fázi po cévní mozkové příhodě bude měnit klinický obraz afázií a dysartrií?

Vedlejší výzkumné otázky:

- Jakým způsobem logoped navazuje první kontakt u osob po cévní mozkové příhodě?
- Lze test MASTcz nebo Test 3F - dysartrický profil u klientů v akutní fázi provést v jeden časový úsek? Pokud ano, jak tato diagnostika bude probíhat?
- Které faktory jsou důležité pro úspěšnost terapie?

5.3 Metodologie výzkumu

Výzkum je kvalitativní. Základem práce je vícepřípadová studie, která byla zpracována od června do srpna roku 2015. Celou studii tvoří tři případy, k jejichž realizaci byly použity lékařské záznamy, anamnestický dotazník vyplněný rodinných příslušníkem, tedy partnerem klienta. Součástí je logopedická diagnostika realizovaná dle screeningového vyšetření MASTcz (česká verze The Mississippi Aphasia ScreeningTest) a Testu 3F-dysartrický profil. Ukázky záznamových archů testů jsou pod číslem přílohy jedna a dva.

Při tvorbě této práce byly použity metody pro získávání dat, tzn. je rozhovor s lékařem, anamnestický dotazník, technika aktivního pozorování, studium zdravotnické dokumentace, analýza výsledků činností, řízený rozhovor a další doplňkové metody.

5.3.1 Případová studie

Jak uvádí Hartl, Hartlová (2004) případová studie, nebo také kazuistika, popisuje jednotlivé případy, tedy jejich vznik, průběh a vyléčení choroby. Jak uvádí Edelsberger a kol. (2000) kazuistika je metoda využívající popis a rozbor jednotlivých případů. Obsahuje rodinou a osobní anamnézu, diagnózu a nápravná opatření.

5.3.2 Pozorování

Je nejstarší metodou, která je založena na sledování a chování jiných jedinců. Je subjektivní (Hartl, Hartlová, 2004). Spočívá v záměrném, systematickém a plánovitém vnímání projevů jedince (Pauknerová a kol., 2006). Pozorování můžeme dělit na standardizované a také nestandardizované. Pozorování musí být záměrné a organizované (Chráska, 2007).

5.3.3 Anamnéza

Slovo anamnéza pochází z řeckých slova anamnesis, což v překladu znamená

vzpomínání. Je zdravotní historii každého pacienta od těhotenství matky, přes porod a překonaná onemocnění a úrazy v minulosti, až po současné těžkosti (Dobiáš, 2013). Jedná se o metodu, prostřednictvím které jsou shromážděny údaje zahrnující nejen sociální, ale i ekonomické informace (Hartl, Hartlová, 2004).

5.4 Charakteristika místa šetření

Výzkumné šetření bylo realizováno v Krajské nemocnici Tomáše Bati ve Zlíně na oddělení klinické logopedie, jež se zaměřuje na diagnostiku a terapii získaných poruch narušené komunikační schopnosti. V akutní fázi probíhala diagnostika a terapie především na oddělení jednotky intenzivní péče, následně na lůžkové části neurologického oddělení.

5.5 Organizace výzkumného šetření

Autorka práce navštěvovala pravidelně od června do srpna roku 2015 ambulanci klinické logopedie v Krajské nemocnici Tomáše Bati ve Zlíně. Po celou dobu byla pod odborným vedením paní Mgr. Jany Dřevojankové. Je důležité zmínit, že se autorka této práce důkladně seznámila a byla poučena, jak správně využívat, tedy testovat a následně vyhodnocovat, test MASTcz i Test 3F-dysartrický profil.

6 Kazuistika č. 1

První případová studie je zvláštní tím, že se jedná o klienta, u něhož logopedická intervence započala již v období akutní fáze, a to na neurologickém oddělení jednotky intenzivní péče v nemocnici Tomáše Bati ve Zlíně, tedy ihned po stanovení diagnózy cévní mozkové příhody a pokračuje dodnes. K panu Mirkovi a jeho rodině si autorka práce vytvořila osobní vztah a vždy se na setkání s nimi velmi těší. Domníváme se, že i pan Mirek a jeho manželka si k autorce vytvořili zvláštní pouto, které není již čistě pracovní.

Tato případová studie je tvořena nejen analýzou lékařských dokumentů, ale také vlastním logopedickým vyšetřením, tedy diagnostikou, která probíhala ihned v akutní fázi po prodělané cévní mozkové příhodě. V následujícím textu analyzujeme nejen samotnou diagnostiku, ale také terapii. Pokusíme se také popsat, pocity a prožitky, které nejen klient, ale i rodina v tomto období musí zvládnout.

Upozorňujeme, že tato případová studie je anonymní a jména v ní jsou smyšlená.

Základní informace o klientovi

Jméno: Mirek

Věk: 66 let

Vzdělání: střední odborná škola, vyučen jako opravář zemědělských strojů

Povolání: důchodce, ve volném čase roznos letáků

Nemoci:

- diabetes mellitus

Mateřský jazyk: český

Medikace:

- metformin
- hagedorn inzulin

6.1 Zkoumaná osoba

První zkoumanou osobou je pan Mirek, jemuž je 66 let. Dne 6. června 2015 byl hospitalizován v Krajské nemocnici Tomáše Bati ve Zlíně na neurologické jednotce intenzivní péče. Jak vypověděla manželka pana Mirka, večer byl s kamarády na ping-pongovém turnaji a byl velmi dobře naladěný, nic nenaznačovalo tomu, co se následně stalo ráno. Manželka pana Mirka jej našla o půl deváté ráno ve stavu sníženého vědomí, bez možnosti motility končetin.

Po přijetí na neurologickou jednotku intenzivní péče byly provedeny testy mikrobiologické, akutní CT mozku, rentgenové vyšetření nitrohručních orgánů a hematologické vyšetření. Následující informace byly převzaty z neurologické zprávy a popisují tzv. status praesens neboli aktuální stav pacienta po přijetí na neurologickou jednotku intenzivní péče.

Status praesens:

- Při vědomí, oči otevřené.
- Nerozumí, pokynům nevyhoví.
- Pomočený.
- Krevní tlak - 185/95.
- Jazyk nevyplazí, ústa asymetrická.
- Centrální paréza n.VII - nervus facialis.
- Taktilní cití nelze posoudit.
- Pravá horní končetina plegická - při elevaci na podložku okamžitý pád.
- Hypertonus končetin.
- Od pacienta nelze anamnézu odebrat pro globální fatickou poruchu.

CT mozku nativní:

- Bez ložiskových a plošných patologií nitrolebních struktur nativně.
- Komorový systém přiměřené šíře, bez asymetrie.
- Skelet base lební bez patologie.

Objektivní anamnéza:

- Kůže a sliznice prokrveny.
- Pacient přiměřené výživy.
- Dolní končetiny bez otoků.

Subjektivní anamnéza:

- Od pacienta nelze anamnézu odebrat pro globální fatickou poruchu.

Interní konzilium:

- Ischemický akutní iktus v ACM I. sin atherotrombogenní etiologie.
- Globální afázie.
- Centrální paréza n. VII.
- Centrální dexter hemiplegie.
- Bradykardie 30/min.

Z neurologické zprávy tedy vyplývá, že pacient prodělal cévní mozkovou příhodu ischemického typu v povodí arteria cerebri media (ACM). Je důležité poznamenat, že ACM je střední mozková tepna, která je nejsilnější větví arteria carotis interna a zásobuje větší část zevní plochy mozku. Příčina je atherotrombogenní.

Důsledky cévní mozkové příhody ischemické jsou centrální paréza nervus VII, tedy došlo k paréze lícního nervu a také k hemiplegii horní a dolní končetiny pravé strany. Neurolog ještě před stanovením logopedické diagnózy stanovil poruchu fatických funkcí - globální afázii.

V následujícím textu se zaměříme na osobní, rodinnou, pracovní a sociální anamnézu pana Mirka, která byla zpracována po vyplnění anamnestického dotazníku a z dodatečné výpovědi manželky pana Mirka. Anamnestický dotazník je uveden v této práci pod přílohou číslo jedna.

6.2 Anamnéza

6.2.1 Osobní anamnéza

Pan Mirek je národnosti české. Narodil se jako třetí a poslední dítě, má dvě sestry. Vychovávali jej vlastní rodiče. Informace z dětského věku pana Mirka nemůžeme popsat

přesněji, jelikož manželka neví přesné informace o období prenatalním, perinatálním a postnatálním. Dle sdělení manželky nejspíš bylo dětství bezproblémové.

Největšími koníčky pana Mirka před CMP byl ping-pong, jízda na kole, jízda na motorce a starost o zahradu. Velmi rád jezdil s kamarády na turnaje a s manželkou na cyklistické výlety. Byl nekuřák, nepil alkohol, a to ani příležitostně. Do této doby se léčil pouze na diabetes mellitus.

Nyní je jeho diagnóza cévní mozková příhoda ischemického typu, globální afázie a paréza lícního nervu, hemiplegie pravé dolní a horní končetiny.

6.2.2 Rodinná anamnéza

Matka klienta pracovala v zemědělství, měla tři děti, zemřela v 62 letech přirozenou smrtí. Otec klienta pracoval jako krejčí, zemřel ve věku 69 let, příčinou úmrtí byl náhlý zápal plic. Matka neměla žádné jiné onemocnění, otec trpěl osteoporózou. Klient má dvě sestry, obě jsou již v důchodovém věku. Žádná forma narušené komunikační schopnosti či psychické onemocnění se v rodinné anamnéze nevyskytují. S manželkou vychovával dva syny. První syn je vysokoškolsky vzdělán, druhý syn pracuje jako živnostník a má svou vlastní firmu. Klient má čtyři vnoučata.

6.2.3 Pracovní anamnéza

Pan Mirek navštěvoval střední odbornou školu. Vyučil se jako opravář zemědělských strojů. Během svého života pracoval ve více zaměstnáních jako řidič, ale i jako opravář. Nyní je ve starobním důchodu.

6.2.4 Sociální anamnéza

Žije společně s manželkou a její matkou v rodinném domě v Újezdě u Valašských Klobouk.

6.3 Vstupní logopedické vyšetření

Jelikož stav pacienta byl již stabilizován, tak dne 8.června 2015 na neurologické jednotce intenzivní péče bylo autorkou práce provedeno logopedické vyšetření, pod odborným dohledem klinické logopedky, paní Mgr. Jany Dřevojanové. V následujícím textu podrobně popíšeme, jak jsme s pacientem navazovali první kontakt a jakým způsobem jsme prováděli logopedickou diagnostiku a následnou terapii. Také pro lepší přehlednost, uvedeme výsledky logopedické diagnostiky v tabulce, která je běžně součástí zdravotnické dokumentace. Pro účely testování jsme využily Test Mastcz a Test 3F-dysartrický profil.

Vyšetření fatických funkcí testem MASTcz

Po konzultaci s neurologem dne 8. června mohla autorka práce začít se vstupním logopedickým vyšetřením. Vyšetření probíhalo dva dny po vzniklé cévní mozkové příhodě ischemické na neurologické jednotce intenzivní péče. Ihned při příchodu na pokoj došlo k pozdravu klienta autorkou se současným dotykem na rameno. Autorka práce se nejprve představila a objasnila důvod svého příchodu. Klient byl při vědomí, navazoval zrakový kontakt, snažil se na slovní podněty reagovat. Tyto reakce byly především formou očního kontaktu. Také se snažil na slovní podněty přikyvovat hlavou, avšak někdy nebyla přítomna žádná odezva či reakce. Za důležité považovala autorka práce objasnit klientovi jeho stav. Současně jej motivovala a snažila se klienta povzbudit, tak aby došlo ke vzájemnému porozumění a co nejlepší možné spolupráci. U vyšetření nebyl přítomný žádný z rodinných příslušníků. Klient nepotřebuje brýlovou korekci a nemá přiděleno ani sluchadlo.

Poté následovala samotná logopedická diagnostika. Nejprve jsme se zaměřili na diagnostiku fatických funkcí pomocí testu MAST, jehož výsledkem je index rozumění a produkce řeči. Každou část jsme klientovi vysvětlili a následně začali testovat.

První část testu se zaměřuje na automatickou řeč, tedy na počítání od jedné do deseti, dny v týdnu, měsíce v roce a přísloví. Zde nebyl klient schopen ani s naší pomocí produkovat automatické řady, dny v týdnu a ani přísloví.

V druhé části s názvem pojmenování taktéž klient nebyl schopen pojmenovat reálné předměty, jako jsou klíče či tužka. Ani v této části nebyl úspěšný.

Ve třetí části, jež je zaměřena na opakování slov a vět, se klient snažil s velkou námahou artikulaci slova alespoň naznačit.

Spontánní řečový projev klienta byl nulový, z čehož vyplývá, že ve čtvrté části, která testuje fluenci při popisu fotografie, je výsledek taktéž nulový.

Pátá část testu vyšetřuje grafii, tedy psaní na diktát. Je důležité poznamenat, že klient je pravák, ale z důvodu hemiplegie pravé horní končetiny v současné době píše levou rukou. Ani tuto část klient nezvládal.

Další část testu se zaměřuje na porozumění alternativním otázkám, slovu, mluvené instrukci a porozumění čtené instrukci. V těchto částech klient taktéž selhával. V každé části testování jsme nezapomínali na motivaci a povzbuzení klienta.

Vyšetření dysartrického profilu Testem 3F

Jelikož byl pacient stále při vědomí a pozornost byla taktéž v pořádku, přistoupili jsme k realizaci testu 3F. Samotná realizace testu byla ztížena přítomností globální afázie.

V první části s názvem faciokineze, jsme se zaměřili na motoriku rtů, čelisti a jazyka. Klient nevyhověl pokynům. Výrazný pravostranný pokles ústního koutku.

Druhá část je vždy orientována na fonaci, respiraci a respiraci s fonací. Respirace u klienta byla v pořádku, avšak fonaci jsme nemohli hodnotit opět z důvodu přítomnosti globální afázie. Ve třetí části jsme se zaměřili na fonetiku, tedy na artikulaci, prozodii a srozumitelnost. Avšak i tuto část jsme nemohli hodnotit z důvodu přítomnosti globální afázie, jelikož klient nevyhověl pokynům.

Výsledek vstupního logopedického vyšetření

Vstupní logopedickou diagnostikou byly zjištěny dominující symptomy globální afázie s agrafií, alexií, akalkulií a grafomotorickým deficitem pravé horní končetiny. Dysartrie byla přítomna, avšak vyšetření ztížila přítomnost globální afázie.

Výsledný index produkce byl ohodnocen číslem nula. Stejně tak i index rozumění byl ohodnocen číslem nula. Celkový jazykový index klienta v akutní fázi po cévní mozkové příhodě byl tedy nula.

Na první pohled byl viditelný pravostranný pokles koutku, při realizaci Testu 3F klient nevyhověl pokynům. Další složky testu taktéž autorka práce nemohla hodnotit z důvodu přítomnosti globální afázie. Dysartrický profil se tedy v konečné diagnóze vyskytuje, ale pro nedostatek informací nebyl zatím přesněji hodnocen. V následující tabulce předkládáme výsledek vstupní logopedické diagnostiky, jež byla realizována dne 8. června 2015.

Záznam vstupního logopedického vyšetření ze dne 8. června 2015	
Spontánní řečový projev	Nulový.
Rozumění řeči	Snaží se reagovat.
Automatické řady	Nelze, ani s dopomocí.

Opakování	Nelze.
Pojmenování	Nelze.
Lexie	Nelze.
Grafie	Nereaguje.
Kalkulie	Nelze.
Gnozie	Bez obtíží.
Dysartrický profil	Ano.
Respirace	Bez obtíží.
Fonace	Hlas nelze hodnotit.
Rezonance	Bez obtíží.
Artikulace	Nelze hodnotit.
Motorika mluvidel	Nevyhoví pokynům, pravostranný pokles ústního koutku.
Srozumitelnost	Nelze hodnotit.
Reflexy a polykání	Dávivý reflex v pořádku.
Diagnóza	Globální afázie, dysartrie, akalkulie, agrafie, alexie.
Poznámky	Pacient navazuje a udržuje zrakový kontakt, spolupracuje.

Tabulka 1: Záznam vstupní logopedické diagnostiky ze dne 8. června 2015.

6.4 Logopedická terapie dne 9. června 2015

Jelikož v předchozí den, kdy probíhala logopedická diagnostika, byl klient již značně unaven, k následné logopedické terapii jsme již nepřistupovali. Logopedickou terapii jsme tedy zahájili dne 9. června 2015. Zaměřili jsme se především na stimulaci fatických funkcí a následně na masáž v orofaciální oblasti.

Terapie probíhala u klientova lůžka. Nyní již v lůžkové části na neurologickém oddělení. Klient byl při vědomí, již v lepší náladě, nebyl plačtivý ani depresivní. U terapie

byla přítomna klientova manželka. Terapii jsme začali nejprve úvodním rozhovorem. Klienta jsme se ptali, jak se cítí, zda je mu již lépe. Poté jsme se zajímali o orientaci klienta v čase a místě, zda ví jaký je dnes den. Klient reagoval přikyvováním hlavy. Proto jsme navázali na stimulaci automatických řad, tedy dnů v týdnu. Předříkávali jsme jednotlivé dny v týdnu. Klient reagoval, snažil se vyhovět pokynům. Pokoušel se opakovat, avšak samotná verbální produkce ještě nebyla znatelná. Jelikož byla při terapii přítomna manželka klienta, tak jsme se zeptali, jakou píseň má manžel nejraději. Společně jsme tedy zpívali píseň. Klient reagoval velmi dobře, snažil se píseň pobrukovat.

Při dalším kroku jsme se zaměřili na pojmenování obrázků. Obrázky byly zaměřeny na pojmenování části lidského těla. Klient se snažil naznačovat ústy první hlásku slova. V další části terapie jsme procvičovali porozumění řeči na slovní výzvu. Hlasitě jsme pokládali instrukce typu „otevřete ústa“, „zavřete oči“, „zdvihněte ruku“. Klient žádný z pokynů neprovedl. Proto jsme pokyny znovu zopakovali a předvedli.

Zaměřili jsme se také na grafii. Na výzvu, aby klient napsal své jméno, nereagoval. Proto jsme se zaměřili na opis jména klienta. Klient psal levou rukou. V písmu byl znatelný tremor, ale opis jména se podařil.

V rámci terapie jsme se zaměřili nejen na stimulaci fatických funkcí, ale také na terapii dysartrie. Panu Mirkovi jsme nejprve vysvětlili, na jakou oblast se zaměříme a jak bude další terapie probíhat. Nejprve jsme provedli masáž v orofaciální oblasti - oblast čela, tváře, oblast kolem rtů, brady a čelisti.

Manželce jsme dali doporučení a rady, jak má s manželem komunikovat, dále pak materiály pro stimulaci fatických funkcí a obrázkový materiál pro masáže v orofaciální oblasti.

6.5 Logopedická terapie dne 12. června 2015

Terapie probíhala u klientova lůžka. Jako při každé terapii začínáme úvodním rozhovorem. Ptali jsme se na běžné otázky, tak abychom zjistili spontánní mluvní projev klienta. Stav klienta se viditelně zlepšil. Snažil se reagovat na naše otázky, avšak motorika mluvidel byla stále narušena. Terapii jsme zahájili cvičením zaměřeným na stimulaci fatických funkcí.

V první části terapie jsme se zaměřili na porozumění čtených instrukcí. Před klienta jsme položili text, na němž byly napsané instrukce, které měl po přečtení provést. Text

obsahoval jednoduché věty, jako je například „ukážte na okno“, „ukážte polštář“, „ukážte postel“. Po přečtení instrukcí klient nedokázal provést žádnou z nich. Proto jsme vždy přečetli instrukci nahlas a poté společně předvedli.

Dále jsme procvičovali opakování. Jelikož se cvičení se slovy klientovi nedařilo, tak jsme přešli na slabiky. V tomto případě se klientovi opakování dařilo, avšak z větší motorickou námahou mluvidel. Při logopedické terapii, která proběhla dne 9. června 2015, jsme procvičovali opis jména klienta. I přes větší tremor levé ruky se opis dařil dobře. Poté jsme se zaměřili na nácvik grafomotoriky. Nezapomněli jsme však ani před samotným nácvikem na rozcvičení jemné motoriky levé ruky z důvodu hemiplegie pravé horní končetiny. Pro nácvik grafomotoriky jsme použili materiály dle Miroslavy Mimrové ze souboru cvičných textů pro reedukaci afázie (1998). Postupovali jsme od jednodušších grafických prvků k opisu písmen.

V poslední části terapie jsme provedli orofaciální masáž. Po masáži obličeje jsme přešli na cvičení faciokineze. V této části se klientovi velmi dařilo a bylo vidět mírné zlepšení, především v oblasti pravostranného ústního koutku.

6.6 Logopedická terapie dne 15. června 2015

Dne 15. června proběhla v pořadí již třetí logopedická terapie v akutní fázi po cévní mozkové příhodě. Je důležité zmínit, že klient byl již při našem příchodu velmi plačtivý. Přítomna při terapii byla manželka pana Mirka. Ta vysvětlila jeho psychický stav tím, že si začal uvědomovat svůj zdravotní stav. Z lékařské zprávy jsme se dozvěděli, že u pana Mirka byl také klinický psycholog a postupně rehabilitoval s fyzioterapeutem. Snažili jsme se klienta motivovat, povzbudit ho tak, abychom předešli dalšímu zhoršení jeho psychickému rozpoložení.

Při úvodním rozhovoru jsme se ptali na běžné otázky typu „co jste měl dnes na snídani“, na což klient reagoval pohybem levé ruky před svými ústy, čímž chtěl naznačit, že nemůže mluvit.

Dnešní logopedickou terapii jsme začali zpěvem písně, přidala se k nám i manželka pana Mirka. Společně jsme tedy zpívali píseň s názvem Holka modrooká. Podle výpovědi manželky, ji zpívá pan Mirek se svými vnoučaty. Byl velmi rád, snažil se pobrukovat, proto jsme místo pobrukování zvolili slabiku, na kterou bude klient zpívat, což mu šlo velmi dobře.

Po zpěvu jsme se zaměřili na pojmenování předmětů denní potřeby. Využili jsme běžných a reálných předmětů, které klient využívá, jako je hřeben, kartáček, hodinky nebo mobilní telefon. Klient se snažil slova pojmenovat, což se mu nedařilo. Proto jsme mu řekli, ať nám ukáže, jak se tento předmět používá. Předměty jako je hřeben a kartáček použil správným způsobem.

Abychom navázali na předchozí terapii grafie, která proběhla dne 12. června 2015, před samotným nácvikem psaní jsme opět procvičili jemnou motoriku levé ruky. Následně jsme začali opět lehčím grafomotorickým cvičením a pokračovali jsme v opisu samostatných písmen, ale i slov. Klient zvládal opis velmi dobře, avšak psaní na diktát se nedařilo.

Tentokrát jsme se ve větší části terapie zaměřili na stimulaci orofaciální oblasti. Prováděli jsme vibrační masáž v orofaciální oblasti. Jelikož klient aktivně zadané úkoly cvičil sám nebo s manželkou, byl vidět velký pokrok. Dále jsme se zaměřili na respiraci, jelikož správné dýchání ovlivňuje nejen správnou funkci orgánů, ale i řeč. Zpozorovali jsme větší únavu klienta. Terapii jsme pro tento den ukončili a zadali panu Mirkovi další úkoly na procvičení.

6.7 Logopedická terapie dne 18. června 2015

Dne 18. června 2015 jsme provedli poslední logopedickou terapii v akutní fázi. Pan Mirek byl velmi dobře naladěný. Při úvodním rozhovoru ukazoval fotky své rodiny, proto jsme si je společně prohlíželi. Jelikož na nich byla napsána i jména, mohli jsme společně každého člena rodiny pojmenovat. To se ale panu Mirkovi nedařilo. Proto jsme mu slova zrytmizovali

a roztleskali na jednotlivé slabiky. Klient ani na toto nereagoval a proto jsme přešli na další cvičení, jež se zaměřovalo na porozumění. Jelikož víme, že pan Mirek měl ze sportů nejraději ping-pong, jízdu na kole a motorce, tak jsme si připravili obrázky s tímto tématem. Ptali jsme se, zda by nám mohl ukázat, kde je motorka, helma, či kolo. Klientovi se podařilo na některé vyjmenované předměty ukázat, pokud ne, pak je předvedla sama autorka práce a následně znovu klienta požádala, aby je ukázal.

Pan Mirek nám ukázal, jak procvičoval opis písmen. Nyní jsme se zaměřili na opis čísel, s čímž neměl klient problémy. Při pokusu psaní čísel na diktát se panu Mirkovi několikrát podařilo napsat číslo správně.

V rámci terapie dysartrie jsme nejprve cvičili orofaciální oblast - oblast čela, tváře, úst a čelisti. Zopakovali jsme cvičení na respiraci. Následně jsme procvičili artikulaci samohlásek a souhlásek, které jsme spojili následně do slabik. Panu Mirkovi jsme dali také materiály s fotografiemi artikulace samohlásek a souhlásek, které mohl využít pro jejich samostatný nácvik.

6.8 Výstupní logopedické vyšetření

S klientem jsme se setkávali v akutním období, tedy prvních čtrnáct dnů po manifestaci cévní mozkové příhody ischemické. Během těchto dnů proběhla logopedická terapie celkem čtyřikrát, vždy dvakrát do týdne. Zaměřili jsme se na stimulaci fatických funkcí a na stimulaci orofaciální oblasti.

Výstupní logopedické vyšetření proběhlo opět testem MASTcz a Testem 3F- dysartrický profil. Stejně testy jsme použili z důvodu srovnání klientova stavu. Obdobně jako při prvním testování, začneme výstupní logopedickou diagnostiku vyšetřením fatických funkcí Testem MASTcz.

Vyšetření fatických funkcí testem MASTcz

V první a druhé části si klient vedl stejným způsobem jako při vstupním vyšetření. Ve třetí části, jež testuje opakování slov a vět, se panu Mirkovi podařilo opakovat pouze první slabiku u slova „dort“ či u slova „brada“ iniciální hlásku „b“. Spontánní řečový projev ve čtvrté části klienta byl nulový. Pátý oddíl se taktéž nedařil.

Zatímco u žádné části testu jsme nezaznamenali rozdíly, v oddílu 6 - 9 došlo k mírnému zlepšení v oblasti rozumění. Zejména při identifikaci objektů byl klient schopen ukázat slova jako je vidlička či bonbón. V částech, které zahrnují složitější porozumění instrukcím či čtenou instrukci, klient chyboval více.

Vyšetření dysartrického profilu Testem 3F

V první části vyšetřující faciokinezi bylo vidět výrazné zlepšení, stejně tak i zlepšení v poklesu pravostranného koutku. Ve druhé části byla respirace u klienta v pořádku. Fonaci, a to ani respiraci s fonací, nemůžeme stejně jako při prvním testování hodnotit. Třetí část jsme nemohli hodnotit z důvodu přítomnosti globální afázie, jelikož klient nevyhověl pokynům.

Výsledek výstupního logopedického vyšetření

Po provedení výstupní logopedické diagnostiky byly zjištěny symptomy globální afázie s převahou v narušení složky produkce řeči. Při prvním vyšetření byla zjištěna globální afázie, ale se stejnoměrným narušením složek produkce i porozumění. Grafomotorický deficit pravé ruky je stále přítomen. V oblasti grafie došlo ke zlepšení opisu písmen, slabik i slov.

Výsledný index produkce je ohodnocen číslem nula. Index rozumění je ohodnocen číslem osm. Celkový jazykový index klienta je osm.

Při diagnostice dysartrického profilu byl viděn posunu především v první části, tedy v oblasti faciokineze. Na první pohled viditelný pravostranný pokles koutku již není tak dominantní jako při prvním testování. Výsledek testu 3F - Dysartrický profil nelze pro nedostatek informací zatím přesněji hodnotit.

V následující tabulce předkládáme výsledek výstupní logopedické diagnostiky, jež byla realizována dne 22. června 2015.

Záznam výstupního logopedického vyšetření ze dne 22. června 2015	
Spontánní řečový projev	Nulový.
Rozumění řeči	Zlepšení je viditelné již při terapii.
Automatické řady	Nelze, ani s dopomocí.
Opakování	Nelze.
Pojmenování	Nelze.
Lexie	Nelze.
Grafie	Klient zvládá opis písmen, slabik i slov.
Kalkulie	Nelze.
Gnose	Bez obtíží.
Dysartrický profil	Ano.
Respirace	Bez obtíží.

Fonace	Hlas nelze hodnotit.
Rezonance	Bez obtíží.
Artikulace	Nelze hodnotit.
Motorika mluvidel	Je viditelné celkové zlepšení motoriky.
Srozumitelnost	Nelze hodnotit.
Reflexy a polykání	Dávivý reflex v pořádku.
Diagnóza	Globální afázie, dysartrie, akalkulie, agrafie, alexie.
Poznámky	Pacient navazuje a udržuje zrakový kontakt, spolupracuje.

Tabulka 2: Záznam výstupní logopedické diagnostiky ze dne 22. června 2015.

6.9 Resumé

Klienta, pana Mirka, jsme sledovali čtrnáct dnů v akutním období po prodělané cévní mozkové příhodě ischemické. V této případové studii je obsažena anamnéza, popis zdravotního stavu pacienta v akutní fázi, vstupní logopedické vyšetření testem MASTcz a Testem 3F - dysartrický profil a průběh logopedické terapie v akutní fázi.

Jako první proběhla dva dny po vzniku cévní mozkové příhody logopedická diagnostika, která odhalila přítomnost dominující globální afázie a dysartrie. Celkem čtyřikrát jsme uskutečnili logopedickou terapii. Zaměřili jsme se na oblast porozumění a produkce řeči.

V rámci rehabilitační péče se pan Mirek setkal s celým týmem odborníků, kteří se snažili vytvořit multidisciplinární tým. Všemuh přihlížela manželka pana Mirka Jana. Ta se taktéž podílela na péči o svého manžela a snažila se v rámci logopedické terapie provádět s manželem všechny zadané úkoly.

I přes terapeutickou snahu se bohužel stav klienta zlepšit. Zlepšení nastalo pouze u oblasti porozumění řeči. Stále je přítomna globální afázie, avšak již s převahou narušení v oblasti produkce řeči. Dysartrie je přítomna také, avšak viditelné zlepšení je v oblasti poklesu pravostranného koutku a celkové motoriky mluvidel.

Panu Mirkovi doporučujeme stálou logopedickou péči, a to i po propuštění z Krajské nemocnice Tomáše Bati ve Zlíně.

7 Kazuistika č. 2

Druhá případová studie nás postupně seznámí s panem Josefem. Panu Josefovi je sedmdesát let. Velmi rád chodí na procházky se svým psem po rodné vesnici, kde dodnes žije se svou manželkou v rodinném domě. Pan Josef byl přijat na neurologické oddělení jednotky intenzivní péče v Krajské nemocnici Tomáše Bati ve Zlíně dne 2. června 2015 po prodělané cévní mozkové příhodě ischemického typu v povodí arteria cerebri anterior.

Tato případová studie je tvořena nejen analýzou lékařských dokumentů, ale také vlastním logopedickým vyšetřením, tedy diagnostikou, která probíhala ihned v akutní fázi po prodělané cévní mozkové příhodě. V následujícím textu analyzujeme nejen samotnou diagnostiku, ale také terapii. Pokusíme se také popsat, pocity a prožitky, které nejen klient, ale i rodina v tomto období musela zvládnout.

Upozorňujeme, že tato případová studie je anonymní a jména v ní jsou smyšlená.

Základní informace o klientovi

Jméno: Josef

Věk: 70 let

Vzdělání: střední odborné učiliště, vyučen v oboru zedník

Povolání: důchodce

Nemoci:

- diabetes mellitus II. typu,
- tinnitus auris v levém uchu,
- hypacusis perceptiva bilaterální,
- suspektní katarakta,
- amputace středního článku malíku pravé ruky,
- hypertrofie prostaty,
- atroficko-deformativní změny 3. stupně kolenních kloubů,
- hyperlipidemie.

Mateřský jazyk: český

Medikace:

- hagedorn inzulin

7.1 Zkoumaná osoba

Druhou zkoumanou osobou je pan Josef. Dne 2. června 2015 byl přijat na neurologické oddělení jednotky intenzivní péče v Krajské nemocnici Tomáše Bati ve Zlíně. Po přijetí pana Josefa na jednotku intenzivní péče byla u jeho lůžka přítomna manželka Alena a jeho dva synové. Jak vypověděl syn pana Josefa, otec se díval večer na televizi, po chvíli se panu Josefovi začalo špatně dýchat a přestával cítit dolní končetinu na pravé straně.

Po přijetí na neurologickou jednotku intenzivní péče byly provedeny testy mikrobiologické, akutní CT mozku, rentgenové vyšetření nitrohručních orgánů a hematologické vyšetření. Následující informace byly převzaty z neurologické zprávy a popisují tzv. status praesens neboli aktuální stav pacienta po přijetí na neurologickou jednotku intenzivní péče.

Status praesens:

- Při vědomí, oči otevřené, snaží se komunikovat s lékaři.
- Rozumí, pokynům vyhoví.
- Krevní tlak- 190/80.
- Jazyk vyplazí.
- Taktilní cití nelze posoudit.
- Pravá dolní končetina plegická - při elevaci na podložku okamžitý pád.
- Od pacienta nelze odebrat anamnézu z důvodu expresivní fatické poruchy.

CT mozku nativní:

- Bez ložiskových a plošných patologií nitrolebních struktur nativně.
- Komorový systém přiměřené šíře, bez asymetrie.
- Skelet base lební bez patologie.

Objektivní anamnéza:

- Kůže a sliznice prokrveny.
- Pacient obézní.

Subjektivní anamnéza:

- Od pacienta nelze anamnézu odebrat pro fatickou poruchu expresivního typu.

Interní konzilium:

- Ischemický akutní iktus v ACA sin., trombogenní etiologie.
- Afázie expresivního typu.
- Centrální dexter hemiplegie s převahou na dolní končetině.
- Prefrontální syndrom nepřítomen.

Z neurologické zprávy tedy vyplývá, že pacient prodělal cévní mozkovou příhodu ischemického typu v povodí arteria cerebri anterior (ACA). ACA zásobuje plochu frontálního laloku a jeho jednotlivých gyrů. Příčina je trombogenní.

Důsledky cévní mozkové příhody ischemické jsou dle neurologické zprávy hemiplegie dolní končetiny pravé strany. Neurolog stanovil narušení fatických funkcí s převahou narušení v expresivní složce řeči.

V následujícím textu se zaměříme na osobní, rodinnou, pracovní a sociální anamnézu pana Josefa, která byla zpracována po vyplnění anamnestického dotazníku a z dodatečné výpovědi manželky pana Josefa.

7.2 Anamnéza

7.2.1 Osobní anamnéza

Pan Josef je národnosti české. Narodil se jako druhé dítě, měl jednoho bratra. Vychovávali jej vlastní rodiče. Informace z dětského věku pana Josefa nemůžeme popsat přesněji, jelikož manželka neví přesné informace o období prenatalním, perinatálním a postnatálním. Dle sdělení manželky nejspíš bylo dětství bezproblémové.

Největšími koníčky pana Josefa byla oprava vlastního traktoru, práce na zahradě a starost o vnoučata. Často chodil na návštěvy ke svým kamarádům a snažil se pomáhat svým

synům při stavbě domů. Jak uvedla manželka pana Josefa, ještě den před vznikem nemoci byl u syna a pomáhal mu se stavbou.

Byl silným kuřákem. Denně vykouřil i krabičku cigaret, dříve i dvě. Alkohol pil obden, nejvíce však pivo. Jelikož pracoval jako cestář v nadměrném hluku, byl panu Josefovi zjištěn tinnitus auris v levém uchu, později hypacusis perceptiva bilaterální. Následně bylo přiděleno klientovi sluchadlo. Další ze zjištěných onemocnění byla suspektní katarakta, hypertrofie prostaty, bolesti kolenních kloubů a hyperlipidemie. Taktéž došlo k amputaci středního článku malíku pravé ruky, a to při řezání dříví.

7.2.2 Rodinná anamnéza

Matka klienta nebyla zaměstnána. Pracovala na vlastním hospodářství, poté v zemědělství. Měla dva syny, zemřela ve spánku. Otec klienta pracoval taktéž na vlastním hospodářství, zemřel ve 38 letech při autonehodě. Matka ani otec neprodělali žádné závažnější onemocnění. Pan Josef měl jednoho bratra, který spáchal sebevraždu ve svých 45 letech. Žádná forma narušené komunikační schopnosti se nevyskytuje. Psychické onemocnění bylo přítomno u bratra, který trpěl depresivními stavy.

Klient se svou manželkou Alenou vychovávali šest synů a jednu dceru. Všichni jsou vyučeni jako obráběči kovů či zedníci. Dcera je vyučena prodavačkou. Klient má třináct vnoučat.

7.2.3 Pracovní anamnéza

Pan Josef byl vyučen v oboru zedník. Několik let po vyučení pracoval v tomtéž oboru. Poté začal pracovat jako cestář, u tohoto zaměstnání zůstal až do starobního důchodu.

7.2.4 Sociální anamnéza

Žije společně s manželkou a nejmladším synem v rodinném domě v Luhačovicích.

7.3 Vstupní logopedické vyšetření

Jelikož stav pacienta již umožňoval logopedické vyšetření, dne 3. června 2015 proběhlo na neurologické jednotce intenzivní péče autorkou práce logopedické vyšetření, pod odborným dohledem klinické logopedky, paní Mgr. Jany Dřevojanové. V následujícím textu podrobně popíšeme, jak jsme s pacientem navazovali první kontakt a jakým způsobem jsme prováděli logopedickou diagnostiku a následnou terapii. Také pro lepší přehlednost, uvedeme

výsledky logopedické diagnostiky v tabulce, která je běžně součástí zdravotnické dokumentace. Pro účely testování jsme využily test MASTcz a Test 3F-dysartrický profil.

Vyšetření fatických funkcí testem MASTcz

Po konzultaci s neurologem jsme mohli ihned druhý den po vzniku cévní mozkové příhody ischemické přejít ke vstupnímu logopedickému vyšetření. Toto vyšetření proběhlo 3. června 2015 na neurologické jednotce intenzivní péče v Krajské nemocnici Tomáše Bati ve Zlíně. Vyšetření probíhalo u lůžka klienta. Při příchodu byl klient plně při vědomí. U lůžka byla přítomna manželka pana Josefa. První kontakt jsme zahájili podáním ruky, pozdravem a představením. Následně jsme objasnili důvod svého příchodu. Vysvětlili jsme, co se bude dít dále a jak celé vstupní vyšetření bude probíhat. První, na co se manželka pana Josefa zeptala, byla otázka, zda její manžel bude ještě někdy mluvit. Proto jsme paní Aleně vysvětlili, že její manžel se nachází v akutním období, pro které je typická značná variabilita klinických symptomů. Autorka práce zdůraznila důležitost následné logopedické terapie a také plnění zadaných úkolů.

Klient se snažil při celém tomto rozhovoru komunikovat, avšak docházelo k produkci neologismů, parafází a perseverací. Před zahájením samotné logopedické diagnostiky jsme zkontrolovali, zda má pan Josef zapnuté sluchadlo. Nejprve jsme se zaměřili na diagnostiku fatických funkcí pomocí testu MASTcz, jehož výsledkem je index rozumění a produkce řeči. Každou část jsme klientovi vysvětlili a následně začali testovat.

V první části, zaměřené na automatickou řeč, tedy na počítání od jedné do deseti, dny v týdnu, měsíce v roce a přísloví. Automatické řady se dařily pouze s dopomocí. V druhé části klient nebyl schopen pojmenovat reálné předměty. Produkoval značné množství neologismů a perseverací. Také ve třetí části, zaměřené na opakování slov a vět, docházelo k produkci neologismů a perseverací. Spontánní řečový projev klienta byl namáhavý, agramatický, obsahoval anomické pauzy. Objevují se parafázie a neologismy typu „lejško pleško“ nebo „nový dom“.

Pátá část testu vyšetřuje grafii, tedy psaní na diktát. Je důležité poznamenat, že klient byl pravák a z důvodu hemiplegie využíval pro testování levou ruku. Klient nebyl schopen psát slova na diktát.

Další části testu se zaměřují na porozumění alternativním otázkám, slovu, mluvené instrukci a porozumění čtené instrukci. V části zaměřené na porozumění alternativním otázkám se panu Josefovi dařilo velmi dobře. Reagoval adekvátně.

V sedmé části jsme testovali identifikaci objektu. Klient ukazoval na předměty správně, výjimkou bylo slovo „kámen“, při kterém ukázal na vidličku.

V osmé části u jednoduchých instrukcí jako je například „otevřete ústa“ klient reagoval adekvátně, avšak se zvyšujícími se nároky na porozumění nastával problém.

V devátém oddílu, zaměřeném na porozumění čtené instrukci klient neměl problémy v porozumění jednoduchým instrukcím jako je „zamávejte rukou“ nebo také „zatněte pěst“. U těžších instrukcí složených ze dvou a více pokynů klient na zadání nereagoval.

Vyšetření dysartrického profilu Testem 3F

Panu Josefovi nedělalo problémy nadále udržovat pozornost, nebyl ani unaven, proto jsme přistoupili k realizaci testu 3F. Samotné testování bylo ztíženo přítomností Brocovy afázie.

V první části s názvem faciokineze, jsme se zaměřili na motoriku rtů, čelisti a jazyka. Klient nevyhověl našim pokynům. Druhá část je orientována na fonaci, respiraci a respiraci s fonací. Respirace byla v pořádku, hlas fyziologický.

Ve třetí části jsme se zaměřili na fonetiku, tedy na artikulaci, prozodii a srozumitelnost. Tuto část nelze hodnotit. Klient nevyhověl pokynům.

Výsledek vstupního logopedického vyšetření

Vstupní logopedickou diagnostikou byly zjištěny dominující symptomy Brocovy afázie s grafomotorickým deficitem pravé horní končetiny. Výsledný index produkce je ohodnocen číslem 4. Index rozumění je ohodnocen číslem 14. Celkový jazykový index klienta v akutní fázi po cévní mozkové příhodě je 18.

Na první pohled není viditelný pokles koutku, klient nemá větší obtíže s motorikou rtů, čelisti či jazyka. Při realizaci Testu 3F klient nevyhověl pokynům. Další složky taktéž nelze hodnotit z důvodu přítomnosti Brocovy afázie. Z důvodu nenarušení všech třech složek, které by svědčily o přítomnosti dysartrie se spíše přikláníme k diagnóze apraxie.

V následující tabulce předkládáme výsledek vstupní logopedické diagnostiky, jež byla realizována dne 3. června 2015.

Záznam vstupního logopedického vyšetření ze dne 3. června 2015	
Spontánní řečový projev	Nonfluentní, parafrázie, neologismy, anomické pauzy.
Rozumění řeči	Snaží se reagovat, především na lehčí otázky. Složitějším strukturám nevyhoví.
Automatické řady	Nedaří se plně.
Opakování	Nelze.
Pojmenování	Anomie, parafrázie, neologismy, nutná sémantická i fonemická nápověda.
Lexie	Nevykazuje známky narušení.
Grafie	Nereaguje na diktát.
Kalkulie	Nelze.
Gnose	Bez obtíží.
Dysartrický profil	Ne.
Respirace	Bez obtíží
Fonace	Hlas fyziologický.
Rezonance	Bez obtíží.
Artikulace	Nelze hodnotit.
Motorika mluvidel	Nevyhoví pokynům.
Srozumitelnost	Nelze hodnotit.
Reflexy a polykání	Dávivý reflex nedošetřen.

Diagnóza	Brocova afázie, apraxie, grafomotorický deficit pravé ruky.
Poznámky	Pacient navazuje a udržuje zrakový kontakt, spolupracuje.

Tabulka 3: Záznam vstupní logopedické diagnostiky ze dne 3. června 2015.

7.4 Logopedická terapie dne 5. června 2015

Po vstupním vyšetření, které proběhlo 3. června 2015, byl klient již unaven, a proto jsme v terapii již nepokračovali. Panu Josefovi a jeho ženě jsme vysvětlili, na co se v příští terapii zaměříme a dali jsme paní Aleně doporučení, jak má správně se svým manželem komunikovat.

První logopedická terapie proběhla dne 5. června 2015 za přítomnosti manželky pana Josefa. Klient se usmíval a měl radost z našeho příchodu. Terapie probíhala u jeho lůžka klienta. Opět jsme se přesvědčili, zda má zapnuto sluchadlo. Jelikož pan Josef používá také brýle, i ty jsme mu připravili. Při úvodním rozhovoru jsme se klienta dotazovali, jak se cítí, zda je mu již lépe. Klient spontánně nemluvil, na otázky však začínal reagovat. Odpovídal jedním slovem a objevovaly se fonémické parafázie, ale stejně jako při vyšetření byly stále přítomny neologismy a perseverace.

Prvním úkolem, kterým jsme při této terapii začali, je pojmenování. Pro tento úkol jsme využili předmětů denní potřeby. Šlo o jednoduchou identifikaci předmětů, jako je zubní kartáček či hřeben. Klient nebyl schopen správně pojmenovat dané předměty, proto jsme využili fonemickou nápovědu, která mu slovo přiblížila. Dále pak jsme se ptali klienta, zda nám může ukázat, jak se správně využívá kartáček na zuby nebo hřeben. Klient reagoval na daný úkol dobře.

V další části jsme se zaměřili na porozumění. Pan Josef měl odpovídat na dané otázky slovem ano, či ne. Zde jsou některé z nich:

- Jste teď doma?
- Nosíte brýle?
- Je venku sníh?
- Je Vám sedmdesát let?

Na tyto otázky klient nedokázal spontánně odpovědět, proto využíval kývnutí hlavy nebo fonemickou nápovědu. Odpovídal správně, chyboval pouze u otázky poslední, zda je mu

sedmdesát let. Dále jsme využili pro nácvik porozumění obrázkový materiál, jež si vytvořila autorka. Na obrázku byl nakreslen například chlapec, který si hraje se psem. Klient měl vybrat na předložených papírcích s textem správnou možnost. Klient přiřadil text k obrázku správně. Dále jsme pokračovali stejným způsobem.

Posledním cvičením v rámci této terapie byl nácvik grafomotorických dovedností. Jelikož došlo u klienta k pravostranné hemiplegii, byl nucen psát nedominantní levou rukou. Než jsme začali se samotným nácvikem, proběhla průpravná uvolňovací cvičení, a to pomocí masážního míčku s bodlinkami a mačkáním pěnového míčku. Další nácvik probíhal obkreslováním kruhů a spirál. Po rozcvičení jemné motoriky jsme přešli na opis hlásek, slabik i slov. Volili jsme písmena, která se objevují ve jméně pana Josefa, také slabiky jsme vybrali obdobným způsobem. Opis písmen a slabik se dařil velmi dobře, proto jsme přistoupili i k opisu slov.

7.5 Logopedická terapie dne 8. června 2015

Dne 8. června proběhlo druhé terapeutické sezení u lůžka pacienta. Zvolili jsme cvičení zaměřené na zlepšení oromotoriky klienta. Nejprve jsme prováděli izolované pohyby jazyka, rtů a čelisti. Problém nastal pouze u rychlých přechodů jazyka z pravé strany na levou. Proto v této oblasti vidíme značný posun. Dále pak následovalo artikulační cvičení hlásek před malým zrcadlem.

Z automatických řad jsme s klientem nejprve procvičili číslovky od jedné do deseti a dny v týdnu. Bylo vidět, že se klient snaží. Protože se často objevovaly anomické pauzy, nabídli jsme klientovi fonematickou nápoředu, kterou pan Josef využil. Objevovaly se fonemické parafrázie a perseverace.

V další části terapie jsme procvičovali opakování. Při vstupní logopedické diagnostice byla oblast opakování narušena. Slova jednoslabičná ani slova víceslabičná se klientovi nedařila zopakovat. Docházelo k fonemickým parafrázím a artikulačním změnám. Místo slova „noha“ řekl „nehe“ a místo slova „maso“ řekl „masi.“

Pro terapii alexie jsme využili globálního čtení. Nejdříve jsme připravili text, jenž si autorka práce vytvořila sama. Hlavním cílem bylo spojení slova s příslušným obrázkem. Pak jsme použili cvičení na doplňování slov, kdy měl klient přiřazovat správně slabiky do slova s doprovodem obrázků. Klient v této části neměl problémy.

Před nácvikem grafie jsme procvičili grafomotorické dovednosti. Nácvik grafie probíhal opisem. Nejprve klient opisoval izolovaná písmena, slabiky a poté jednotlivá slova. Opis jména a příjmení klienta byl v pořádku.

Při obnově porušené produkce řeči jsme postupovali obdobným způsobem jako při první terapii. Využili jsme pracovní listy pro reedukaci afázie II. Zaměřili jsme se na doplňování vět za pomoci obrázků. Pro příklad uvedeme věty – „mám velkou žízeň, mám velký hlad nebo také musím si vzít léky.“ Vyskytovaly se fonemické parafázie. Také často klient vyplňoval daná tvrzení neologismy.

Tímto cvičením terapie skončila, vzájemně jsme se rozloučili. Pan Josef byl velmi veselý a bylo vidět, že jej terapie baví.

7.6 Logopedická terapie dne 10. června 2015

Další logopedická terapie proběhla dne 10. června 2015. Přišli jsme v čase, kdy pan Josef ukončoval rehabilitaci s fyzioterapeutkou, proto jsme se jej zeptali, zda si chce odpočinout. Kýval hlavou, že ne. První úkol jsme zaměřili na doplňování podstatných jmen k přídavným jménům. Klientovi jsme uvedli přídavná jména, jako jsou například „olivový, slunečnicový, řepkový“ a měl doplnit vhodné podstatné jméno, v tomto případě olej. Klient slova identifikoval velmi rychle, avšak neuměl je správně pojmenovat, proto jsme použili sémantickou nebo fonemickou nápovědu.

Narativní dovednosti klienta jsme testovali již při diagnostice. Tehdy docházelo k výskytu parafází, neologismů a anomických pauz. Nyní jsme využili pro narativní dovednosti několik fotografií z rodinného alba klienta, které měl u sebe. Na první fotografii opravoval společně s vnuky kolo a na druhé byl vyfocen s manželkou. Klient okamžitě začal vyprávět, avšak popis byl nesrozumitelný, agramatický, vyskytovaly se neologismy a perseverace. Proto jsme do popisu vstoupili a ptali jsme se jej tak, abychom usměrnili jeho vyprávění:

- Jak se jmenují vnuci na fotografii?
- Co s nimi opravujete?
- Jak se jmenuje vaše žena?

Panu Josefovi se dařila především vyslovovat jména svých vnoučat, na manželčino jméno si nemohl vzpomenout, proto jsme mu napověděli. Bylo vidět, že jej takovéto úkoly

baví, hned měl mnohem lepší náladu. Logopedickou terapii jsme zakončili rozloučením a velkou pochvalou klienta.

7.7 Logopedická terapie dne 12. června 2015

Naše poslední logopedická terapie proběhla dne 12. června 2015. Pan Josef byl přeložen na lůžkovou část neurologického oddělení. Dnes byla u terapie opět přítomna manželka klienta. V úvodní části terapie jsme procvičovali doplňování slov do vět. Uvedeme několik příkladů: „Snídám chleba s (doplňte), rohlík s (doplňte) nebo kávu s (doplňte)“. Dále pak jsme použili složitější větné celky, například:

- Boty jsou naskládány v (doplňte).
- Kabát pověsíme na (doplňte).
- Sekačkou sekáme (doplňte).
- Auto zaparkujeme v (doplňte).

V těchto úkolech klient sám odpovědět nedokázal, proto jsme opět využili sémantických a fonematických nápověd, které mu vždy pomohly. V další části terapie jsme se zaměřili na opakování hlásek, slabik, slov. Opakování šlo panu Josefovi už lépe. Přesné opakování ale znemožňovaly parafázie a artikulační neobratnost.

V předposledním cvičení klient určoval slova nadřazená. Jako příklad jsme uvedli slova „kočka, pes, myš“ a nadřazený pojem „zelenina“. Klient měl před sebou vždy trojici slov a měl na výběr z nadřazených pojmů. Cvičení proběhlo bez problému.

Ve zbytku terapie jsme procvičovali porozumění. Nejprve jsme pokládali zjišťovací otázky typu ano/ne. „Je dnes pátek? Je zima? Jmenujete se Petr? Je Miloš Zeman současným prezidentem?“ Klient na otázky reagoval správně. Pro kladnou odpověď reagoval kývnutím hlavy. Naznačením artikulace jsme mu napověděli počáteční písmeno. Na závěr naší terapie jsme se společně rozloučili.

7.8 Výstupní logopedické vyšetření

S klientem jsme se setkávali v akutním období, tedy prvních čtrnáct dnů po manifestaci cévní mozkové příhody ischemické. Během těchto dnů proběhla logopedická terapie celkem čtyřikrát, vždy dvakrát do týdne. Zaměřili jsme se na stimulaci fatických funkcí a v menší míře na stimulaci orofaciální oblasti. Výstupní logopedické vyšetření proběhlo opět testem MASTcz a Testem 3F-dysartrický profil. Stejně testy jsme použili

z důvodu srovnání klientova stavu. Obdobně jako při prvním testování, jsme započali výstupní logopedickou diagnostiku vyšetřením fatických funkcí Testem MASTcz.

Vyšetření fatických funkcí testem MASTcz

V první a druhé části došlo ke zlepšení především v oblasti automatismů. S nápovědou dokázal klient produkovat čísla od jedné do deseti a také se mu podařilo dokončit přísloví, což při vstupní logopedické diagnostice nedokázal.

Ve druhé i třetí části nedošlo k výrazné změně. Ve čtvrtém oddílu testu jsme zjišťovali fluenci při popisu fotografie. Spontánní řečový projev klienta byl agramatický, vyskytovaly se anomické pauzy, fonematické parafázie a neologismy. Psaní na diktát se klientovi neustále nedařilo. Pátá část zůstala nezměněna.

Další části testu byla zaměřena na porozumění alternativním otázkám, slovu, mluvené instrukci a porozumění čtené instrukci. Tyto oblasti vykazovaly pouze lehké narušení. Klient nejvíce selhával v úkolech s delšími instrukcemi.

Vyšetření dysartrického profilu Testem 3F

První i druhou část Testu 3F klient zvládal bez obtíží. Pouze ve třetí části měl problémy, stejně jako při vstupní diagnostice, z důvodu přítomnosti Brocovy afázie.

Výsledek výstupního logopedického vyšetření

Po provedení výstupní logopedické diagnostiky byly zjištěny symptomy Brocovy afázie. Narušena byla především složka produkce při spontánním mluvním projevu, objevovaly se parafázie, perseverace i neologismy. Při prvním vyšetření byla zjištěna taktéž přítomnost Brocovy afázie. Grafomotorický deficit pravé ruky byl stále přítomen. V oblasti grafie došlo ke zlepšení opisu písmen, slabik i slov.

Výsledný index produkce byl ohodnocen číslem 7. Index rozumění byl ohodnocen číslem 21. Celkový jazykový index klienta byl 28.

Při diagnostice dysartrického profilu jsme viděli především posun v první a druhé části testu. Motorika mluvidel se zlepšila. Avšak třetí část testu nelze vyšetřit pro přítomnost Brocovy afázie. V následující tabulce předkládáme výsledek výstupní logopedické diagnostiky, jež byla realizována dne 15. června 2015.

Záznam výstupní logopedické diagnostiky ze dne 15. června 2015	
Spontánní řečový projev	Nonfluentní, parafázie, neologismy, anomické pauzy.
Rozumění řeči	Reaguje velmi dobře. Jedná se již o lehčí narušení rozumění řeči.
Automatické řady	Daří se s dopomocí.
Opakování	Opakování narušuje artikulační neobratnost a parafázie.
Pojmenování	Anomie, parafrázie, neologismy, nutná sémantická i fonemická nápověda.
Lexie	Nevykazuje známky narušení.
Grafie	Nereaguje na diktát. Opis hlásek, slabik i slov zvládá.
Kalkulie	Nelze.
Gnose	Bez obtíží.
Dysartrický profil	Ne.
Respirace	Bez obtíží.
Fonace	Hlas fyziologický.
Rezonance	Bez obtíží.
Artikulace	Nelze hodnotit.
Motorika mluvidel	V pořádku.
Diagnóza	Brocova afázie, apraxie, grafomotorický deficit pravé ruky.
Poznámky	Pacient navazuje a udržuje zrakový kontakt, spolupracuje.

Tabulka 4: Záznam výstupní logopedické diagnostiky ze dne 15. června 2015.

7.9 Resumé

Klienta, pana Josefa, jsme sledovali čtrnáct dnů v akutním období po prodělané cévní mozkové příhodě ischemické. Došlo k zasažení tepny arteria cerebri anterior. V této případové studii je obsažena anamnéza, popis zdravotního stavu pacienta v akutní fázi,

vstupní logopedické vyšetření testem MASTcz a Testem 3F - dysartrický profil, dále pak průběh logopedické terapie v akutní fázi.

Druhý den po vzniku cévní mozkové příhody proběhla vstupní logopedická diagnostika, která odhalila přítomnost dominující Brocovy afázie a dysartrie. Celkem čtyřikrát jsme uskutečnili logopedickou terapii, ve které jsme se zaměřili na oblast porozumění a produkce řeči. V rámci rehabilitační péče se pan Mirek setkal s celým týmem odborníků, kteří se snažili vytvořit multidisciplinární tým. Velkou oporou pana Josefa byla celá jeho rodina. V akutním období zvládl díky aktivní terapeutické práci zlepšit oblast motoriky mluvidel. Stále je přítomna Brocova afázie.

Panu Josefovi jsme doporučili stálou logopedickou péči, a to i po propuštění z Krajské nemocnice Tomáše Bati ve Zlíně. Přejeme mu brzké uzdravení.

8 Kazuistika č. 3

Poslední kazuistika se zaměřuje na případ paní Bohumily. Paní Bohumila má sedmdesát tři let. Ve svém věku je velmi aktivní. Stále pracuje na základní škole jako učitelka. Své povolání má velmi ráda. Žije se svým synem, snachou a vnukem v rodinném domě. Paní Bohumila byla přijata na jednotku intenzivní péče dne 18. července 2015 po náhlém zkolabování při práci na zahradě.

Tato případová studie je tvořena nejen analýzou lékařských dokumentů, ale také vlastním logopedickým vyšetřením, tedy diagnostikou, která probíhala ihned v akutní fázi po prodělané cévní mozkové příhodě. V následujícím textu analyzujeme nejen samotnou diagnostiku, ale také terapii. Pokusíme také popsat, pocity a prožitky, které nejen klient, ale i rodina v tomto období musí zvládnout.

Upozorňujeme, že tato případová studie je anonymní a jména v ní jsou smyšlená.

Základní informace o klientovi

Jméno: Bohumila

Věk: 73 let

Vzdělání: vysokoškolské

Povolání: pedagog

Nemoci:

- inkontinence,
- hypermetropie,
- arteriální hypertenze,
- operace karpálního tunelu pravé ruky, později levé ruky.

Mateřský jazyk: český

Medikace:

- chlortalidon
- magnesium

8.1 Zkoumaná osoba

Dne 18. července 2015 byla paní Bohumila přijata na jednotku intenzivní péče na neurologickém oddělení v Krajské nemocnici Tomáše Bati ve Zlíně kvůli náhlému kolapsu v zahradě. Byla jí diagnostikována cévní mozková příhoda hemoragická.

Po přijetí na neurologickou jednotku intenzivní péče byly provedeny testy mikrobiologické, akutní CT mozku, rentgenové vyšetření nitrohručních orgánů a hematologické vyšetření. Následující informace byly převzaty z neurologické zprávy a popisují tzv. status praesens neboli aktuální stav pacienta po přijetí na neurologickou jednotku intenzivní péče.

Status praesens:

- Krátká porucha vědomí.
- Krevní tlak 190/110.
- Nauzea.
- Světloplachost.
- Jazyk nevyplazí, ústa asymetrická.
- Taktilní cití nelze posoudit.
- Anamnéza odebrána od syna.

CT mozku nativní:

- Bez ložiskových a plošných patologií nitrolebních struktur nativně.
- Komorový systém přiměřené šíře, bez asymetrie.
- Skelet base lební bez patologie.

Objektivní anamnéza:

- Kůže a sliznice prokrveny.
 - Pacientka přiměřené výživy.

Subjektivní anamnéza:

- Nelze odebrat.

Interní konzilium:

- Hemoragická cévní mozková příhoda, příčinou je intracerebrální krvácení.
- Spastická dysartrie.
- Pravostranná hemiparéza dolní i horní končetiny.
- Paréza n. VII.

Z neurologické zprávy tedy vyplývá, že paní Bohumila prodělala cévní mozkovou příhodu hemoragického typu, příčinou je intracerebrální krvácení. Důsledkem cévní mozkové příhody hemoragické je pravostranná paréza n. facialis, dále pak pravostranná hemiparéza dolní a horní končetiny. Neurolog stanovil dysartrii spastického typu.

V následujícím textu se zaměříme na osobní, rodinnou, pracovní a sociální anamnézu paní Bohumily, která byla zpracována po vyplnění anamnestického dotazníku a z dodatečné výpovědi klientky.

8.2 Anamnéza

8.2.1 Osobní anamnéza

Paní Bohumila se narodila dne 30. dubna 1942, je národností české. Na první pohled je to velmi sympatická paní. Narodila se jako první dítě, má jednoho bratra. Vychovávala ji vlastní matka, otec brzy zemřel. Paní Bohumila prodělala běžné onemocnění dětského věku. Nejčastěji trpěla angínami a záněty středouší. Vývoj probíhal zcela běžně. V devíti letech prodělala chirurgický zákrok. Jednalo se o odstranění syndaktylie na pravé dolní končetině mezi ukazováčkem a prostředníčkem. Jak sama vypověděla, její vývoj to nijak neomezilo.

Od svých 23 let se léčí s hypertenzí. Prodělala také operaci karpálních tunelů, nejprve na pravé, později na levé ruce. Po studiích na vysoké škole se vdala a měla syna Petra. Porod probíhal bez problémů.

Nejraději trávila paní Bohumila čas se svým vnoučkem. Také ráda pracovala na zahradě. Se svými kamarádkami se scházela pravidelně jednou do týdne. Jezdila s nimi ráda na výlety do přírody či muzeí. Klientka nepila, nekouřila a udržovala se v dobré tělesné kondici pravidelnou chůzí a jízdou na kole.

8.2.2 Rodinná anamnéza

Matka paní Bohumily byla učitelkou v mateřské škole. Měla dvě děti, dceru a syna. Taktéž se od mládí léčila na hypertenzi. Zemřela v 63 letech na cévní mozkovou příhodu. Otec zemřel ve 32 letech na rakovinu tlustého střeva. Žádná forma narušené komunikační schopnosti či jiné psychické onemocnění se v rodině nevyskytovalo.

Paní Bohumila byla vdaná jednou, s manželem se rozvedla. Má jednoho syna a jedno vnouče. Syn je vysokoškolsky vzdělán v oboru historie.

8.2.3 Pracovní anamnéza

Klientka vystudovala střední školu pedagogickou. Následně absolvovala pedagogický obor na vysoké škole. Dva roky pracovala na základní škole, poté měla syna Petra. Do důchodového věku pokračovala v práci ve svém oboru. Nyní opět pracuje jako pedagogický zástup v základní škole.

8.2.4 Sociální anamnéza

Klientka žije společně se synem Petrem, snachou a jejich synem v rodinném domě v Zádveřicích.

8.3 Vstupní logopedické vyšetření

Paní Bohumila byla přijata na jednotku intenzivní péče neurologického oddělení ve stavu bezvědomí. Jelikož se jednalo o cévní mozkovou příhodu hemoragickou, musel být klientce snížen zvýšený krevní tlak. Proto jsme mohli přistoupit ke vstupnímu logopedickému vyšetření až třetí den po vzniku cévní mozkové příhody.

Dne 21. července 2015 na neurologické jednotce intenzivní péče bylo autorkou práce provedeno vstupní logopedické vyšetření, a to pod odborným dohledem klinické logopedky, paní Mgr. Jany Dřevojanové. V následujícím textu podrobně popíšeme, jak jsme s klientkou navazovali první kontakt a jakým způsobem jsme prováděli logopedickou diagnostiku a následnou terapii. Pro lepší přehlednost uvedeme výsledky logopedické diagnostiky v tabulce, která je běžně součástí zdravotnické dokumentace. Pro účely testování jsme využili Test Mastcz a Test 3F-dysartrický profil.

Po konzultaci s neurologem jsme mohli po vzniku cévní mozkové příhody hemoragické přejít ke vstupnímu logopedickému vyšetření. Toto vyšetření proběhlo na neurologické jednotce intenzivní péče v Krajské nemocnici Tomáše Bati ve Zlíně. Z lékařské

zprávy nevyplývalo, že by u klientky došlo k poruše fatických funkcí. Jelikož však mohlo dojít pouze k lehčímu typu narušení, pro jistotu jsme vyšetřili i tuto oblast.

Vyšetření probíhalo u lůžka klientky. Klientka byla při vědomí, orientovaná časem i místem. První kontakt jsme zahájili podáním ruky, pozdravem a představením. Klientka si zakrývala ústa a omlouvala se, že není upravena. Objasnili jsme důvod svého příchodu. Vysvětlili jsme, co se bude dít dále a jak celé vstupní vyšetření bude probíhat. Paní Bohumily jsme se ptali ještě před zahájením testování na následující otázky:

- Jak se cítíte?
- Pociťujete obtíže při komunikaci?

Klientka vypověděla, že se cítí velmi unavená, pociťuje bolest hlavy. Mluví se jí velmi špatně. Bojí se, že její zdravotní stav nebude nikdy takový, jako byl před onemocněním. Následně se rozplakala, proto jsme se snažili paní Bohumilu motivovat a povzbudit ji.

Vyšetření fatických funkcí testem MASTcz

První část se zaměřuje na automatickou řeč, tedy na počítání od jedné do deseti, dny v týdnu, měsíce v roce a přísloví. V této části nemá klientka problémy. Odpovídá adekvátně bez větších prodlev. Taktéž část druhá je realizována bez problémů.

Třetí část je zaměřena na opakování slov a vět. Klientka opakovala slova i věty správně, pouze motorika mluvidel činila problémy v této části. Spontánní řečový projev klientky je namáhavý, a to především z důvody přítomné spastické dysartrie.

Pátá část testu vyšetřuje grafii, tedy psaní na diktát. Zde nastal problém v důsledku hemiparézy dolní i horní končetiny. Klientka používala pro psaní ruku pravou, nyní používá ruku levou. Diktát zvládla paní Bohumila bez větších obtíží. V dalších oddílech, jež se zaměřují na porozumění, jsme nezaznamenali potíže. Jelikož paní Bohumila byla již značně unavena, společně jsme se domluvili na pokračování v logopedické diagnostice další den.

Vyšetření dysartrického profilu Testem 3F

Dne 22. července jsme s klientkou dle předešlé domluvy realizovali vyšetření Testem 3F – dysartrickým profilem. Nejprve jsme paní Bohumile objasnili důvod vyšetření a vysvětlili jednotlivé části testu.

V první části s názvem faciokineze, jsme se zaměřili na motoriku rtů, čelisti a jazyka. Výrazný je pravostranný pokles ústního koutku. Rty jsou asymetrické i v klidu. Diadochokineze, rychlost i rozsah orofaciálního svalstva je narušena. Druhá část je orientovaná na fonaci, respiraci a respiraci s fonací. Respirace u klientky je v pořádku. Největší problém však nastal u délky mluvní respirace.

Ve třetí části se zaměříme na fonetiku, tedy na artikulaci, prozodii a srozumitelnost. Hlas je hlubší a slabší. Objevují se náhlé změny ve výšce hlasu. Nazalita orálních hlásek je zvýšena. Prozodické faktory zvládá klienta napodobovat správně.

Výsledek vstupního logopedického vyšetření

Dle neurologického vyšetření byla stanovena spastická dysartrie. Vstupní logopedickou diagnostikou byly zjištěny dominující symptomy spastické dysartrie, grafomotorický deficit pravé horní končetiny. Porucha fatických funkcí nebyla diagnostikována.

Výsledný index produkce je ohodnocen číslem 42, index rozumění je ohodnocen číslem 45. Celkový jazykový index klienta v akutní fázi po cévní mozkové příhodě je tedy 87.

Na první pohled je viditelný pravostranný pokles koutku, ústa jsou asymetrická při pohybu i v klidu. Při realizaci Testu 3F byla diagnostikována středně těžká dysartrie. V následující tabulce předkládáme výsledek vstupní logopedické diagnostiky, jež byla realizována dne 22. července 2015.

Záznam vstupního logopedického vyšetření ze dne 22. července 2015	
Spontánní řečový projev	Bez poruchy fatických funkcí.
Rozumění řeči	Bez obtíží.
Automatické řady	Bez obtíží.
Opakování	Bez obtíží.
Pojmenování	Bez obtíží.
Lexie	Bez obtíží.

Grafie	Bez obtíží.
Kalkulie	Bez obtíží.
Gnozie	Bez obtíží.
Dysartrický profil	Spastická dysartrie.
Respirace	V pořádku.
Fonace	Hlas je hlubší a slabší.
Rezonance	Bez obtíží.
Artikulace	Setřelá.
Motorika mluvidel	Rty v klidu i při pohybu asymetrické.
Srozumitelnost	Narušena.
Reflexy a polykání	Dávivý reflex v pořádku.
Diagnóza	Spastická dysartrie. Grafomotorický deficit pravé ruky.
Poznámky	Klientka navazuje a udržuje zrakový kontakt, spolupracuje.

Tabulka 5: Záznam výstupní logopedické diagnostiky ze dne 22. července 2015.

8.4 Logopedická terapie dne 24. července 2015

Dne 24. července 2015 se uskutečnila první logopedická terapie, která probíhala u lůžka klientky. Po příchodu na pokoj jsme paní Bohumilu pozdravili a terapii zahájili úvodním rozhovorem. Paní Bohumila však byla velmi vyčerpaná a plakala. Bylo vidět celkové psychické rozpoložení. Po otázce, zda můžeme přistoupit k terapii, kývala hlavou a nechtěla dále spolupracovat. Na naše doporučení jsme ošetřujícímu lékaři sdělili psychický stav klientky. Domníváme se, že paní Bohuslavě by prospěla konzultace svého stavu s klinickým psychologem. Terapii jsme pro tento den ukončili.

8.5 Logopedická terapie dne 27. července 2015

Jelikož minulá terapie neproběhla dle našich představ, doufali jsme, že paní Bohumila bude mít lepší náladu. Jak jsme se dle lékařských záznamů dozvěděli, i přes naši urgenci

psychologické vyšetření stále neproběhlo. Po příchodu na pokoj jsme se snažili klientku povzbudit a motivovat ji. Bohužel, paní Bohumila odmítala jakékoliv cvičení. Proto jsme navrhli společný rozhovor, který taktéž odmítla. Na první pohled je psychický stav klientky ještě více zhoršen oproti minulé terapii. Proto opět urgujeme nutnost psychologického vyšetření. Dle následně zjištěných informací byl klinický psycholog přítomen u lůžka klientky až 29. července.

8.6 Logopedická terapie dne 30. července 2015

Dne 30. července byla uskutečněna v pořadí již třetí logopedická terapie. Paní Bohumila byla převezena na lůžkovou část neurologického oddělení. Terapii jsme zaměřili nejprve na masáž v orofaciální oblasti pomocí vibračních pomůcek. Toto cvičení se paní Bohumile velmi líbilo. Bylo vidět celkové uvolnění.

Dále pak jsme se zaměřili na cvičení respirace. Využívali jsme cvičení aktivní. Klientka nejprve měla foukat do balónku, poté jsme zvolili foukání brčkem do hrníčku s vodou. Cvičení ji velmi bavilo. Následně proběhla oromotorická cvičení v následujícím textu uvedeme příklady:

- vyšpulení a následné zatažení rtů;
- úsměv a vyšpulení rtů;
- kmitání jazyka z pravého do levého koutku;
- olíznutí dolního i horního rtu;
- vytváření tlaku jazykem do tváře;
- nafouknutí tváří.

Klientka po celou dobu spolupracovala a byla v dobrém psychickém rozpoložení. Cvičení paní Bohumilu bavila. Jelikož byla klientka již unavena, terapii jsme ukončili.

8.7 Logopedická terapie dne 3. srpna 2015

Poslední logopedická terapie proběhla u paní Bohumily dne 3. srpna 2015. Klientka při úvodním rozhovoru ukazovala autorce práce fotografie své rodiny. Všechny členy pojmenovávala jmény. Klientka také vyprávěla, co dělají nejraději společně s vnukem.

Stejně jako minulou terapii jsme se nejprve zaměřili na masáž obličeje a na aktivní cvičení orofaciálního svalstva avšak s mírnými obměnami. Proto následně uvedeme příklady z aktivního cvičení orofaciální oblasti:

- úsměv s viditelnými zuby, poté zatažení rtů;
- zdvihání koutku rtů nahoru na pravou a levou stranu;
- kousání do rtů;
- pohyb dolní čelisti zprava do leva;
- otvírání a zavírání úst.

Dále pak jsme zvolili izometrická cvičení, která využívají tlaku jazyka proti špátli. Tyto cvičení vycházejí z myofunkční terapie dle Kittelové. Klientka spolupracovala. V další části terapie jsme procvičovali čtení samohlásek, samohlásek, slabik i slov. Největší problém činily klientce hlásky bilabiální.

V poslední části terapie jsme se zaměřili na nácvik grafomotorických dovedností. Před samotným nácvikem proběhla průpravná uvolňovací cvičení pomocí masážního míčku s bodlinkami a mačkáním pěnového míčku. Další nácvik probíhal obkreslováním kruhů a spirál.

Paní Bohumila po celou dobu spolupracovala. Cvičení ji bavila. Po společné domluvě jsme klientce dali materiály, dle kterých může pracovat i samostatně. Souhlasila také s další logopedickou terapií, což nám udělalo velkou radost.

8.8 Výstupní logopedické vyšetření

Jelikož paní Bohumila zpočátku nechtěla spolupracovat a její stav vyžadoval psychologickou pomoc, není vliv terapie tak viditelný. Avšak z důvodu komparace jsme výstupní logopedickou diagnostiku realizovali. Jelikož vstupní diagnostika neprokázala přítomnost afázie a nic nenasvědčovalo regresi, proto jsme vynechali vyšetření testem MASTcz. Vyšetření dysartrického profilu Testem 3F probíhalo obdobně jako při vstupním vyšetření. Dysartrický index byl stále stejný, jedná se tedy o středně těžkou dysartrii. V následující tabulce předkládáme výsledek vstupní logopedické diagnostiky, jež byla realizována dne 5. srpna 2015.

Záznam výstupního logopedického vyšetření ze dne 5. srpna 2015	
Spontánní řečový projev	Bez poruchy fatických funkcí.
Rozumění řeči	Bez obtíží.

Automatické řady	Bez obtíží.
Opakování	Bez obtíží.
Pojmenování	Bez obtíží.
Lexie	Bez obtíží.
Grafie	Bez obtíží.
Kalkulie	Bez obtíží.
Gnozie	Bez obtíží.
Dysartrický profil	Spastická dysartrie.
Respirace	V pořádku.
Fonace	Hlas je hlubší a slabší.
Rezonance	Bez obtíží.
Artikulace	Setřelá.
Motorika mluvidel	Rty v klidu i při pohyby asymetrické.
Srozumitelnost	Narušena.
Reflexy a polykání	Dávivý reflex v pořádku.
Diagnóza	Spastická dysartrie, grafomotorický deficit pravé ruky.
Poznámky	Klientka navazuje a udržuje zrakový kontakt, spolupracuje.

Tabulka 6: Záznam výstupní logopedické diagnostiky ze dne 5. srpna 2015.

8.9 Resumé

Paní Bohumilu jsme sledovali čtrnáct dnů v akutním období po prodělané cévní mozkové příhodě hemoragické. V této případové studii je obsažena anamnéza, popis zdravotního stavu klientky v akutní fázi, vstupní logopedické vyšetření testem MASTcz a Testem 3F - dysartrický profil, dále pak průběh logopedické terapie v akutní fázi.

Vstupní vyšetření proběhlo dne 21. července 2015. Jako první jsme se zaměřili na diagnostiku poruch fatických funkcí testem MASTcz. Z důvodu únavy klientky pokračovalo vstupní logopedické vyšetření následující den pomocí Testu 3F – dysartrický profil. Zjištěna byla dominující spastická dysartrie středně těžkého typu, bez přítomnosti poruchy fatických funkcí. Logopedická terapie byla uskutečněna celkem čtyřikrát. Zaměřili jsme se na stimulaci orofaciální oblasti. Bohužel, i přes terapeutickou snahu, paní Bohumila v počátečním stádiu odmítala spolupracovat. Stav paní Bohumily vyžadoval psychologické vyšetření. Ke zlepšení nedošlo. Autorka práce je velmi ráda, že klientka souhlasila s další terapií. Přejeme hodně sil a brzké uzdravení.

9 Interpretace výsledků a zodpovězení výzkumných otázek

Hlavním cílem praktické části bylo analyzovat celý proces logopedické intervence v akutní fázi po cévní mozkové příhodě, ale také přiblížit a nahlédnout do života klientů a jejich rodinných příslušníků v tomto období. V závěrečné části se tedy budeme zabývat interpretací výsledků a zodpovíme výzkumné otázky.

Šetření probíhalo v Krajské nemocnici Tomáše Bati ve Zlíně. Pro zpracování výzkumného šetření byla použita kvalitativní metoda. Byl stanoven hlavní cíl. Také jedna hlavní a tři vedlejší výzkumné otázky. Pro výzkumné šetření jsme vybrali tři klienty v akutním období po cévní mozkové příhodě.

Autorka práce s klienty provedla vstupní a výstupní logopedické vyšetření, a to především z důvodu komparace stavu klienta. Pro diagnostiku byly použity test MASTcz a Test 3F – dysartrický profil. U každého klienta, kromě paní Bohumily, byla provedena celkem čtyřikrát logopedická terapie. Nyní odpovíme na stanovené výzkumné otázky.

Hlavní výzkumná otázka: *Jak se v akutní fázi po cévní mozkové příhodě bude měnit klinický obraz afázií a dysartrií?*

U pana Mirka došlo po manifestaci cévní mozkové příhody ischemické v povodí arteria cerebri media k poruše fatických funkcí a paréze nervus facialis. Po vstupní diagnostice byla stanovena diagnóza globální afázie a dysartrie. V akutním období probíhala terapie a po ní byla provedena výstupní logopedická diagnostika. Při srovnání jsme zjistili pokrok především v oblasti porozumění. V orofaciální oblasti došlo ke zlepšení celkové úrovně motility.

U druhého klienta, pana Josefa, po prodělání cévní mozkové příhody ischemické v povodí arteria cerebri media byla autorkou práce diagnostikována při vstupním vyšetření Brocova afázie a apraxie. Výstupní hodnocení ukázalo stálou přítomnost Brocovy afázie, ale se zlepšením v oblasti porozumění a také v opisu písmen, slabik a slov.

Poslední zkoumanou osobou byla paní Bohumila. Po cévní mozkové příhodě hemoragické byla u ní neurologem diagnostikována spastická dysartrie. Paní Bohumila byla velmi unavená a plačtivá, což znemožňovalo terapii. U klientky jsme nezaznamenali žádný posun ani zlepšení v oblasti oromotoriky.

Klinický obraz u afázií a dysartrií se mění v závislosti na přidružených faktorech jako je zdravotní a psychický stav klienta a jeho motivace.

Vedlejší výzkumná otázka: *Jakým způsobem logoped navazuje první kontakt u osob po cévní mozkové příhodě?*

První kontakt jsme navazovali dle stavu vědomí klienta. Pokud při našem příchodu klient spal, pak jsme navazovali kontakt dotekem či pohlazením na rameno se současným pozdravením. Naopak pokud by klient při vědomí, započali jsme první kontakt vzájemným podáním ruky a pozdravem. Záviselo často také na psychickém stavu klienta. Čecháčková využívá v akutním období u klientů prvky tzv. body therapy, která se zakládá na taktilních podnětech vedoucí ke stimulaci (Čecháčková in Škodová, Jedlička a kol., 2007).

Vedlejší výzkumná otázka: *Lze test MASTcz nebo Test 3F-dysartrický profil u klientů v akutní fázi provést v jeden časový úsek? Pokud ano, jak tato diagnostika bude probíhat?*

Testování záviselo na zdravotním stavu klienta, zda testování zvládne. Pokud byl již unaven, pak jsme jej nechali odpočinout a pokračovali při dalším setkání, jak tomu bylo například u paní Bohumily. Naopak tomu bylo u klientů pana Mirka a Josefa. Ti zvládli testování v celé šíři. Ještě před samotnou diagnostikou jsme se snažili úvodním rozhovorem namotivovat klienta. V průběhu testování jsme se drželi instrukcí testů a následně jsme je vyhodnotili. Klientovi jsme vždy objasnili jeho stav a nastínili další průběh terapie.

Vedlejší výzkumná otázka: *Které faktory jsou důležité pro úspěšnost terapie?*

Pozorováním jsme zjistili nejvýznamnější a nejúčinnější faktory důležité pro úspěšnost terapie. Jedním z faktorů je přítomnost rodinných příslušníků, kteří klientovi dodávají pocit lásky a bezpečí. Dalším činitelem úspěšnosti je psychický stav. U klientů plačtivých či s depresivními stavy je účinnost terapie menší, proto doporučujeme odbornou psychologickou pomoc. Taktéž musíme zmínit důležitost interdisciplinární spolupráce personálu. Posledním z faktorů, které můžeme jmenovat je motivace, ta prostupuje celou terapii.

9.1 Diskuze a závěr

Cíle výzkumného šetření byly naplněny. Na hlavní i vedlejší výzkumné otázky jsme taktéž odpověděli. V této práci jsme se pokusili shrnout všechny terapeutické přístupy a následně je aplikovat v praxi. Zjistili jsme faktory důležité pro úspěšnost terapie. Velmi rádi bychom zdůraznili nutnost interdisciplinární spolupráce. Domníváme se, že větší skupina

sledovaných osob by poskytla různorodější náhled na tuto problematiku, která je velmi individuální. Doufáme však, že celá práce poskytla širší náhled na toto téma a zdůraznila nutnost započítí logopedické terapie již v akutním období.

ZÁVĚR

Problematikou cévních mozkových příhod se zabývá celá řada odborníků. Je především důležité, aby se odborné poznatky dostávaly i k laické veřejnosti. Ovlivnění rizikových faktorů vede ke snížení možnosti výskytu cévních mozkových příhod.

Velký důraz se v této době klade na multidisciplinární přístup. Ten tvoří samotní odborníci z řad neurologů, kardiologů, zdravotních sester, fyzioterapeutů a klinických psychologů. Do týmu spadá taktéž klinický logoped. Proto musí docházet ke kooperaci a vzájemné výměně informací, a to vždy ve prospěch klienta.

Klient samotný prochází po prodělaném onemocnění nervové soustavy řadou změn. Zdravotní změny na něj vyvolávají psychický tlak. Musíme myslet na to, že klient se s těmito změnami musí vyrovnat. Ze zdravotního hlediska klient ztrácí v důsledku hemiplegie či hemiparézy možnost pohybu, stává se tedy imobilním. Avšak tyto důsledky nejsou jedinými. Dalšími důsledky jsou afázie nebo dysartrie, která vyvolává pocit nenapravitelného poškození. Všechny tyto skutečnosti negativně ovlivňují samotnou léčbu.

Celá práce se sestává z teoretické a praktické části. V první části jsme se podrobněji zajímali o problematiku cévních mozkových příhod. Zaměřili jsme se na historii, terminologii, rizikové faktory, diagnostiku, prognózu a prevenci tohoto onemocnění. S cévními mozkovými příhodami souvisí poruchy fatických funkcí – afázie a poruchy motorické realizace řeči – dysartrie. V rámci těchto získaných forem narušené komunikační schopnosti jsme shrnuli informace o terminologii, etiologii, symptomatologii, klasifikaci, diagnostice, diferenciální diagnostice a prevenci afázií a dysartrií. Neopomenuli jsme shrnout poznatky o logopedické intervenci v akutním období.

V praktické části, která je tvořena třemi kazuistikami klientů, jsme se zaměřili na logopedickou intervenci. Zjištěné informace jsme uplatnili při terapii s klienty. Autorka práce využívala pro vstupní a výstupní vyšetření test MASTcz a také Test 3F- dysartrický profil. Zjištěné výsledky byly komparovány. Z informací které byly nashromážděny, jsme odpověděli na hlavní i vedlejší otázky. Cíl výzkumného šetření byl taktéž splněn. Doufáme, že celá práce poskytla náhled na toto téma a zdůraznila nutnost započetí logopedické terapie již v akutním období.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

ALAN, D.; OŠŤÁDAL, P. Patogeneze aterosklerózy. In: VOJÁČEK, J.; MALÝ, M. et al. *Arteriální a žilní trombóza v klinické praxi*. 1.vyd. Praha: Grada, 2004, s. 33-76. ISBN: 80-247-0501-X.

AMBLER, Z. *Základy neurologie*. 6. vyd. Praha: Galén, 2006. ISBN 80-7262-433-4.

ARGALÁCSOVÁ, S. Poruchy řeči. In: LUKÁŠ, K.; ŽÁK, A. a kol. *Chorobné znaky a příznaky: Diferenciální diagnostika*. Praha: Grada, 2014. s. 543-547. ISBN: 978-80-247-5067-5.

BAUER, J. Cévní onemocnění mozku. In: NEVŠÍMALOVÁ, S. et al. *Neurologie*. Praha: Galén, 2005, s. 171-185. ISBN 80-7262-160-2.

BENSON, D. F.; ARDILA, A. *Aphasia: A clinical perspective*. New York: Oxford University Press, 1996. ISBN: 0-19-508934-0.

BLANKEN, G.; DITTMANN, J. et al. *Linguistic disorders and pathologies: An international handbook*, s. 98. Berlin: Walter de Gruyter. ISBN: 3-11-011324-4.

BOHM, J. Kranio cerebrální traumata. In: NEVŠÍMALOVÁ, S. a kol. *Neurologie*. Praha: Galén, 2005, s. 163-170. ISBN 80-7262-160-2.

BORNSTEIN, N. *Stroke: Practical Guide for Clinicians*. Basel: Karger, 2009, s. 1-8. ISBN: 978-3-8055-9099-0.

BROOKSHIRE, R. H.; MCNEIL, M. R. *Introduction to neurogenic communication disorders*. 8.vyd. St. Louis: Elsevier, 2015. ISBN: 978-0-323-07867-2.

BYTEŠNÍKOVÁ, I. *Komunikace dětí předškolního věku*. Praha: Grada, 2012. ISBN: 978-80-247-3008-0.

CAPLAN, L. R. *Caplan's Stroke: A Clinical Approach*. 4 vyd. Philadelphia: Saunders Elsevier, 2009, s. 3-28. ISBN 978-1-4160-4721-6.

CSÉFALVAY, Z. Klinické syndrómy afázie. In: CSÉFALVAY, Z.; TRAUBNER, P. *Afaziológia pre klinickú prax*. Martin: Osveta, 1996, s. 83-110. ISBN: 80-217-0377-6.

CSÉFALVAY, Z. Diagnostika afázie. In: LECHTA, V. a kol. *Diagnostika narušené komunikační schopnosti*. Praha: Portál, 2003, s. 202-223. ISBN: 80-7178-801-5.

- CSÉFALVAY, Z. Diagnostika dysartrie. In: LECHTA, V. a kol. *Diagnostika narušené komunikační schopnosti*. Praha: Portál, 2003, s. 237-245. ISBN: 80-7178-801-5.
- CSÉFALVAY, Z. a kol. *Terapie afázie: Teorie a případové studie*. Praha: Portál, 2007. ISBN: 978-80-7367-316-1.
- CSÉFALVAY, Z. *Kauistiky z afaziologie*. Bratislava: Mabag, 2009. ISBN: 978-80-89113-67-5.
- CSÉFALVAY, Z. a kol. *Terapie afázie: Teorie a případové studie*. Praha: Portál, 2007. ISBN: 978-80-7367-316-1.
- CODE, CH. *The characteristics of aphasia*. East Sussex: Lawrence Erlbaum Associates, 1991. ISBN: 0-86377-186-6.
- ČECHÁČKOVÁ, M. Získané organické poruchy řečové komunikace. 2007. In: ŠKODOVÁ, E.; JEDLIČKA, I. et al. *Klinická logopedie*. 2. vyd. Praha: Portál. ISBN: 978-80-7367-340-6.
- ČERTÍK, B. a kol. *Onemocnění karotid a velkých cév aortálního oblouku*. Praha: Grada, 2005, s. 45. ISBN: 80-247-1268-7.
- DAMASIO, A. R. Sings of aphasia. In: SARNO, T. M. et al. *Acquired aphasia*. 3.vyd. San Diego: Academic Press, 1998, s. 25-40. ISBN: 0-12-619322-3.
- DOBIÁŠ, V. *Klinická propedeutika v urgentní medicíně*. 1.vyd. Praha: Grada, 2013. ISBN:978-80-247-4571-8.
- DUFEK, M. *Cévní mozkové příhody, obecný úvod a klasifikace*. Interní medicína – mezioborové přehledy [online]. 2002 [cit. 2015-10-12]. Dostupné z: <http://www.internimedicina.cz/pdfs/int/2002/06/10.pdf>
- DVOŘÁK, J. *Logopedický slovník: Terminologický a výkladový*. Žďár nad Sázavou: Logopedické centrum, 2007. ISBN: 978-80-902536-6-7.
- DVOŘÁK, J. *Logopedický slovník*. 3.dopl. a rozšíř. vyd. Žďár nad Sázavou: Logopedické centrum, 1998.
- EDELSBERGER, L. *Defektologický slovník*. Praha: H+H, 2000. ISBN: 80-86022-76-5.

FEIGIN, V. *Cévní mozková příhoda: Prevence a léčba mozkového iktu*. Praha: Galén, 2007. ISBN 978-80-7262-428-7.

FREED, D. B. *Motor speech disorders: Diagnosis and treatment*. 2. vyd. New York: Delmar, 2012. ISBN: 1-1111-3827-3.

GEORGE, S. J.; JOHNSON, J. *Atherosclerosis: Molecular and Cellular Mechanisms*. Weinheim: Wiley-VCH, 2010, s. 5. ISBN: 978-3-527-32448-4.

GOLDSTEIN, L.; MCNEIL, J. *Clinical Neuropsychology: A Practical Guide to Assessment and Management for Clinicians*. Chichester: John Wiley & Sons Ltd, 2003. ISBN 0-470-84391-8.

GONZÁLEZ, R. G.; HIRSCH, J. A. et al.. *Acute ischemic stroke: Imaging and Intervention*. 2.vyd. Heidelberg, Dordrecht, London, New York: Springer, 2011. ISBN: 978-3-642-12750-9.

HARTL, P.; HARTLOVÁ, H. *Psychologický slovník*. 1.vyd. Praha: Portál, 2004, s. 239. ISBN: 80-7178-303-X.

HILLIS, A. E. et al. *The handbook of adult language disorders*. 2.vyd. New York: Psychology Press, 2015. ISBN: 978-1-84872-685-7.

HUTYRA, M.; ŠANÁK, D. et al. *Kardioembolizační ischemické cévní mozkové příhody: diagnostika, léčba, prevence*. Praha: Grada, 2011, s. 13-15. ISBN 978-80-247-3816-1.

HRNČIAROVÁ, A.; CSÉFALVAY, Z. Afázie. In: LECHTA, V. a kol. *Logopedické repetitorium*. Bratislava: Slovenské pedagogické nakladateľstvo, 1990, s. 191-208. ISBN: 80-08-00447-9.

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

JORDAN, L.; KAISER, W. *Aphasia- A social approach*. San Diego:Springer, 1996, s. 40. ISBN: 978-1-56593-197-8.

KALINA, M. et al. *Cévní mozková příhoda v medicínské praxi*. Praha: Triton, 2008. ISBN 978-80-7387-107-9.

- KALVACH, Z. a kol. *Geriatric a gerontologie*. Praha: Grada, 2004. ISBN: 80-247-0548-6.
- KALVACH, P. a kol. *Mozkové ischemie a hemoragie*. 3.vyd. Praha: Grada, 2010, s. 45. ISBN: 978-80-247-2765-3.
- KASE, C. S.; CAPLAN, L. R. et al. *Intracerebral hemorrhage*. Boston: Butterworth-Heinemann, 1994, s. 426. ISBN: 0-7506-9308-8.
- KÁŠ, S.; ORSZÁGH, J. *Neurologie pro 4. ročník středních zdravotních škol*. Praha: Scientia medica, 1996, s. 35-37. ISBN: 80-85526-53-0.
- KEJKLÍČKOVÁ, I. *Logopedie v ošetrovatelské praxi*. Praha: Grada, 2011, s. 42-51. ISBN: 978-80-247-2835-3.
- KIRAN, S.; MARQUARDT, T. P. In: GILLAM, B. R.; MARQUARDT, T. P.; MARTIN, N. F. *Communication sciences and disorders: From science to clinical practice*. 2.vyd. Ontario: Jones and Barlett, 2011, s. 271-290. ISBN: 0-763-7975-x.
- KLENKOVÁ, J. 2006. *Logopedie*. Praha: Grada, s. 78. ISBN: 80-247-1110-9.
- KLJAJEVIC, V. *Comprehension of Wh-Dependencies in Broca's aphasia*. Newcastle: Cambridge Scholars, 2012. ISBN: 1-4438-3666-4.
- KOENIG-BRUHIN, M.; KOLONKO, B. et al. *Aphasia following a stroke: recovery and recommendations for rehabilitation*. SANP [online]. 2013, č.8, s. 292-298 [cit. 2015-02-12]. ISSN: 2297-7007. Dostupné z: <http://www.sanp.ch/docs/sanp/2013/08/en/sanp-00209.pdf>
- KOVACH, CH. R.; REYNOLDS, S. Neurological Disorders. In: MATZO, M.; SHERMAN, D. W. *Palliative care nursing: Quality care to the end of life*. 3.vyd. New York: Springer, 2010, s. 286. ISBN: 0-8261-5791-2.
- KOŠTÁLOVÁ, M. Logopedie. In: KALVACH, Z. a kol. *Křehký pacient a primární péče*. Praha: Grada, 2011, s. 229-233. ISBN: 978-80-247-4026-3.
- KULIŠŤÁK, P. *Neuropsychologie*. 1.vyd. Praha: Portál, 2003. ISBN: 80-7178-554-7.
- LANGMEIER, M. a kol. *Základy lékařské fyziologie*. 1.vyd. Praha: Grada, 2009, s. 103. ISBN: 978-80-247-2526-0.

LEZAK, M. D. et al. *Neuropsychological assessment*. 4.ed. New York: Oxford University, 2004. ISBN: 978-0-19-11121-7.

LIEBESKIND, D. S. Rapid diagnostic evaluation. In: KASNER, S. E.; GORELICK, P. B. *Prevention and treatment of ischemic stroke*. Philadelphia: Butterworth Heinemann, 2004, s. 237. ISBN: 0-7506-7464-4.

LOVE, R. J.; WEBB, W. G. *Mozek a řeč: Neurologie nejen pro logopedy*. Praha: Portál, 2009. ISBN: 978-80-7367-464-9.

MARKOVÁ, J.; CSÉFALVAY, Z. Dysarthria. In: KERÉKRÉTIÓVÁ, A. a kol. *Základy logopedie*. Bratislava: Univerzita Komenského Bratislava, 2009, s. 242-256. ISBN: 978-80-223-2574-5.

MCNETT, K. T.; ARMBRUSTER, A. P. Acquired disorders of swallowing, cognition, speech, and language in older adult. In: SIRVEN, J. I.; MALAMUT, B. L. *Clinical neurology of the older adult*. 2. ed. Philadelphia: Lippincott Williams and Wilkins, 2008. s. 126-137. ISBN: 0-7817-6947-7.

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

MURDOCH, B. E. *Dysarthria: A physiological approach to assessment and treatment*. Cheltenham: Stanley Thornes, 1998. s. 1. ISBN: 0-7487-3311-6.

MURDOCH, B. E. *Acquired speech and language disorders: A neuroanatomical and functional neurological approach*. 2. vyd. Singapore: Wiley-Blackwell, 2009. ISBN: 978-0-470-02567-3.

NEČAS, E. Hypoxie. In: VOKURKA, M. a kol. *Patofyziologie pro nelékařské směry*. 3.vyd. Praha: Karolinum, 2012, s. 83. ISBN: 978-80-246-2032-9.

NEUBAUER, K. a kol. *Neurogenní poruchy komunikace u dospělých: Diagnostika a terapie*. Praha: Portál, 2007. ISBN: 978-80-7367-159-4.

NEUBAUER, K. Terapie dysartrie. In: LECHTA, V. et al. *Terapie narušené komunikační schopnosti*. 2.vyd. Praha: Portál, 2011, s. 283-332. ISBN: 978-80-7367-901-9.

OBENBERGER, J.; SEIDEL, Z. *Neurologie pro studium i praxi*. Praha: Grada, 2004, s. 190-198. ISBN 80-247-0623-7.

PAUKNEROVÁ, D. a kol. *Psychologie pro ekonomy a manažery*. 2.vyd. Praha: Grada, 2006. ISBN: 80-247-1706-9.

PEUTELSCHMIEDOVÁ, A. 2005. Afázie. In: VITÁSKOVÁ, K. PEUTELSCHMIEDOVÁ, A. *Logopedie*. 1. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, s. 178-181. ISBN: 80-244-1088-5.

PIDRMAN, V. *Demence*. Praha: Grada, 2007. ISBN: 978-80-247-1490-5.

PÍSECKÁ, K. Afázie. In: LUKÁŠ, K.; ŽÁK, A. a kol. *Chorobné znaky a příznaky: Diferenciální diagnostika*. Praha: Grada, 2014, s. 24-30. ISBN: 978-80-247-5067-5.

POTAGAS, C. et al. Elements of neurology essential for understanding the aphasia. In: PAPATHANASIOU, I.; COPPENS, P; POTAGAS, C. *Aphasia and related neurogenic communication disorders*. Burlington: Jones and Bartlett learning, 2015, s. 23-46. ISBN: 0763771007.

POUND, P.; BURY, M.; EBRAHIM, S. *From apoplexy to stroke. Age Ageing* [online]. 1997, roč. 26, č. 5, s. 331-337 [cit. 2015-10-12]. ISSN 1468-2834. Dostupné z:

<http://ageing.oxfordjournals.org/content/26/5/331.full.pdf+html>

RŮŽIČKA, E.; ROTH, J. Parkinsonova nemoc a jiná extrapiramidová onemocnění. In: NEVŠÍMALOVÁ, S. et al. *Neurologie*. Praha: Galén, 2005, s. 195-208. ISBN: 80-7262-160-2.

ROKYTA, R. et al. *Fyziologie a patologická fyziologie pro klinickou praxi*. Praha: Grada, 2015, s. 444. ISBN: 978-80-247-4867-2.

ROUBÍČKOVÁ, J. a kol. *Test 3F: Dysartrický profil*. 3.vyd. Praha: Galén, 2011. ISBN:978-8-7262-714-1.

RŮŽIČKA, E. Alzheimerova nemoc a jiné demence. In: NEVŠÍMALOVÁ, S. et al. *Neurologie*. Praha: Galén, 2005, s. 187-193. ISBN: 80-7262-160-2.

SACKS, O. *Probouzení: příběh o nečekaném probuzení ze spavé nemoci*. Praha: Dybbuk, 2010. ISBN: 978-80-7438-031-0.

- SACKS, O. 2011. *Zrak mysli*. Praha: Dybbuk, s. 35-36. ISBN: 978-80-7438-050-1.
- SEIDEL, Z.; *Neurologie pro studium i praxi*. 2.vyd. Praha: Grada, 2015. ISBN: 978-80-247-5247-1.
- SENANARONG, V.; CUMMINGS, J. L. Assessing behavior in dementia across cultures. In: KRISHNAMOORTHY, E. S.; PRINCE, M. J.; CUMMINGS, J.L. *Dementia: A global approach*. Cambridge University: Cambridge, 2010, s. 73-83. ISBN: 978-0-521-85776-5.
- SMITH, W.; ENGLISH, J.; JOHNSTON, C. Cerebrovascular diseases. In: HAUSER, S. et al. *Harrison's Neurology in Clinical Medicine*. 2 vyd. The McGraw-Hill Companies, 2010. ISBN: 978-0-07-174103-3.
- SOVÁK, M. 1978. *Logopedie*. 1.vyd. Praha: Státní pedagogické nakladatelství, s. 464. Bez ISBN.
- STANČÁKOVÁ, Z. *Logopedická péče o pacienty s poruchou řeči v subakutním stádiu*. *Neurologie pro prax* [online]. 2013, roč. 14, č. 3, s. 138-139 [cit. 2015-10-12]. Dostupné z: <http://www.neurologiepropraxi.cz/pdfs/neu/2013/03/04.pdf>
- ŠÁCHOVÁ, I. Narušená komunikační schopnost u dětí s DMO a logopedická péče. In: KRAUS, J. a kol. *Dětská mozková obrna*. Praha: Grada, 2005. s. 243. ISBN: 80-247-1018-8.
- ŠEBLOVÁ, J.; KNOR, J. a kol. *Urgentní medicína v klinické praxi lékaře*. Praha: Grada, 2013, s. 215. ISBN: 978-80-247-4434-6.
- TANNER, D. C. *Medical-Legal and forensic aspect of communication disorders, voice prints, and speaker profiling*. United States of America: Lawyers and Judges, 2007. s. 78. ISBN: 1-933264-13-6.
- THOMPSON, S. B. *Dementia and memory: Hand book for students and professionals*. Hampshire: Ashgate, 2006. ISBN: 0-7546-4633-5.
- TURKINGTON, C.; MITCHELL, D. GALVIN, J. E. *The encyclopedia of Alzheimer's disease*. 2.vyd. New York: Facts On File, 2010. ISBN: 0-8160-7766-5.
- VICTOR, M.; ROPPER, A. *Adams and Victor's -Principles of neurology*. 7.vyd. [online]. 2000, s. 406-411 [cit. 2015-10-12]. Dostupné z:

<http://www.federaljack.com/ebooks/Consciousness%20Books%20Collection/Adams%20and%20Victor%20-%20Principles%20Of%20Neurology%207th%20ed.pdf>

VORLÍČEK, J.; ABRAHÁMOVÁ, J.; VORLÍČKOVÁ, H. a kol. *Klinická onkologie pro sestry*. Praha: Grada, 2006. ISBN: 80-247-1716-6.

WHITE, B.; TRUAX, D. *The nurse practitioner in long-term care: Guidelines for clinical practice*. Sudbury: Jones and Bartlett Publishers, 2007, s. 407. ISBN: 0-7637-3429-2.

WIJICKS, E. F. Spontaneous and Traumatic Cerebral Hemorrhage in the Elderly. In: SIRVEN, J. I.; MALAMUT, B. L., *Clinical neurology of the older adult*. 2.vyd. Philadelphia: Lippincott Williams and Wilkins, aWolters Kluwer, 2008, s. 275-277. ISBN: 0-7817-6947-7.

WITYK, R.; LLINAS, R. *Stroke*. Philadelphia: The American College of Physicians, 2007. ISBN: 1-930513-70-4.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. *Rehabilitace po cévní mozkové příhodě: Průvodce nejen pro rehabilitační pracovníky*. 1.vyd. Praha: Grada, 2004, s. 17. ISBN: 80-247-0592-3.

ŽÁK, A. et al. *Ateroskleróza: Nové pohledy*. Praha: Grada, 2011, s. 22. ISBN: 978-80-247-3052-3.

SEZNAM ZKRATEK

ACA	Arteria cerebri anterior
ACM	Arteria cerebri media
BDAE	Bostonský klasifikační systém
BNT	Boston Naming Test
CMP	Cévní mozková příhoda
CNS	Centrální nervová soustava
CT	Počítačová tomografie
MAST	Mississippi aphasia screening test
MIT	Melodicko-intonační terapie
MTDDA	Minnesota Test for Differential Diagnosis of Aphasia
NKS	Narušená komunikační schopnost
RIND	Reverzibilní neurologický deficit
TAP	Terapie perseverací při afázií
TIA	Tranzitorní ischemická ataka
TOAST	Trial of Org 10172 in Acute Stroke Treatment
TWA	Terapie Wernickeho afázie
VAFO	Test vyšetření fatických funkcí v akutní fázi
WAB	Western Aphasia Battery
WHO	Světová zdravotnická organizace

SEZNAM TABULEK

Tabulka 1: Záznam vstupní logopedické diagnostiky ze dne 8. června 2015

Tabulka 2: Záznam výstupní logopedické diagnostiky ze dne 22. června 2015

Tabulka 3: Záznam vstupní logopedické diagnostiky ze dne 3. června 2015

Tabulka 4: Záznam výstupní logopedické diagnostiky ze dne 15. června 2015

Tabulka 5: Záznam vstupní logopedické diagnostiky ze dne 22. července 2015

Tabulka 6: Záznam výstupní logopedické diagnostiky ze dne 5. srpna 2015

SEZNAM OBRÁZKŮ

Obrázek č. 1: Doplňte větu

Obrázek č. 2: Škrtněte, co do řady nepatří

Obrázek č. 3: Doplňte protiklad

Obrázek č. 4: Vyberte vhodné podstatné jméno

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha č. 1 - Anamnestický dotazník

Příloha č. 2 - Test MASTcz (záznamový list)

Příloha č. 3 - Test 3F - dysartrický profil (záznamový list)

Příloha č. 4 – Ukázka terapeutických materiálů

Příloha č. 1 (zdroj: Archiv autorky práce)

Anamnestický dotazník

Po vyplnění důvěrné!

Sepsáno dne:

Jméno a příjmení:

Datum a místo narození:

Národnost:

Bydliště:

Prodělané onemocnění:

Jste kuřák/kuřačka? ANO NE

Matka:

Jméno:

Datum narození:

Věk:

Bydliště:

Dosažené vzdělání:

Jakou ruku preferuje při psaní a činnostech?

Vyskytly se u ní někdy obtíže v řeči či psychické problémy?

Navštěvovala někdy logopeda?

Prodělané onemocnění:

Otec:

Jméno:

Datum narození:

Věk:

Bydliště:

Dosažené vzdělání:

Jakou ruku preferuje při psaní a činnostech?

Vyskytly se někdy u něj obtíže v řeči či psychické problémy?

Navštěvoval někdy logopeda?

Prodělané onemocnění:

Sourozenci klienta:

Počet sourozenců:

Jména:

Dítě je: prvorozené / nejmladší / jiné pořadí:

Datum narození sourozenců:

Vyskytly se u sourozenců obtíže v řeči?

Navštěvoval/la/li někdy logopeda?

Jakou ruku preferuje/jí při psaní a činnostech?

Prodělané onemocnění:

Příloha č. 2 (KOŠŤÁLOVÁ, M. et al. 2008. MASTcz: česká verze The Mississippi Aphasia Screening Test (MAST) [online]. Brno. [cit. 2016-03-18]. Dostupné z: <http://www.fnbrno.cz/nemocnice-bohunic/neurologicka-klinika/screening-afazie-mastcz/t3305>).

MASTcz – záznamový list		Věk	Bydliště	Vzdělání ZŠ SŠ VŠ Laterality P L A
Jméno pacienta	Rodné číslo	NO:		Datum vzniku fatických poruch
Před NO: mateřský jazyk ČJ jiný vývojové poruchy stav kognitivních, jazykových a řečových funkcí sluch znak - brýle na čtení používá ano ne		anartrie, dysartrie, apraxie, agnozie, nově vzniklé poruchy zraku, hemiparéza PHK perseverace, automatizmy, echolálie, agramatizmy, neologizmy, parafázie sémantické - fonemické, anomie, ...		Jméno investigátora I. a II. vyš. Datum vyšetření I. a II. vyš.
INDEX PRODUKCE	INDEX ROZUMĚNÍ	NORMY CELKOVÝ JAZYKOVÝ INDEX	INDEX PRODUKCE	INDEX ROZUMĚNÍ
50	50	ZŠ a SŠ vzdělání > 93 VŠ vzdělání věk do 60 let > 98 VŠ vzdělání věk nad 60 let > 96	> 45 = 50 > 49	> 46 > 48 > 47
1. Automatická řeč	6. Rozumění alternativním otázkám			
10	20			
2. Pojmenování	7. Rozumění slovu- identifikace objektů			
10	10			
3. Opakování	8. Rozumění verbální instrukci			
10	10			
4. Fluence při popisu	9. Rozumění čtené instrukci			
10	10			
5. Psaní na diktát	CELKOVÝ JAZYKOVÝ INDEX	100	max. I. II.	
1. Automatická řeč (2 body: správně, 0 bodů; nesprávně, skóre 0 - 10)			10	
Počítejte po jedné do deseti (nápověda „jedna“ nutná - skóre 1 bod) (1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10)			2	
Vyjmenujte po sobě dny v týdnu (nápověda „pondělí“ nutná - skóre 1 bod) (pondělí, úterý, středa, čtvrtek, pátek, sobota, neděle)			2	
Dokončete následující přísloví: Jablko nepadá daleko od ... (stromu.)			2	
Dokončete následující přísloví: Tak dlouho se chodí se džbánem pro vodu, až ... (se ucho utrhne.)			2	
Dokončete následující přísloví: Jak se do lesa volá, tak ... (se z lesa ozývá.)			2	
2. Pojmenování (2 body: správně, 1 bod; nápověda nutná, 0 bodů; nesprávně, skóre 0 - 10): Ukažte objekt a zeptejte 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	skříňka	vizitka		6
Vedle velkého železného stolu.				2
Bylo by se tu třeptilo slunce na jezerní hladině.				2
4. Fluence při popisu fotografie: ukažte fotografii po dobu 10 s, přitom řekněte: „Ukaži vám fotku, prohlédněte si ji a nyní mi řekněte vše, co se děje na obrázku, mluvíte prosím, dokud neřeknu dost. Začněte teď.“ Od zahájení mluvené produkce začněte měřit 10 s během kterých zapíšete všechny srozumitelné výrazy nebo proveďte nahrávku a poté ji vyhodnotte. Počítejte srozumitelné výrazy včetně neologizmů např. „To tedy nevím ...krak ...no vluk seni ...lady“ produkce osmi výrazů = 5 bodů; (0 až 5 výrazů = 0 bodů; 6 až 10 výrazů = 5 bodů; 11 a více výrazů = 10 bodů) I. vyš. počet srozumitelných výrazů: záznam produkce:				10
Informační hodnota sdělení:				
II. vyš. počet srozumitelných výrazů: záznam produkce:				
Informační hodnota sdělení:				

	max.	I.	II.
6. Písní na cihlách (2 body: správně, 1 bod: jedna chyba, 0 bodů: nesprávně), skóre subtestu 0 - 10) „Napíšte slova, která vám budou diktovat.“	10		
řva			
marza			
čivarka			
ófo-džáné	8		
„Mysl napíšte větu.“ (nežive přecháze celou větu a poté dvě a dvě slova z věty diktujete)	2		
Nade broskvoni /2/ přiodi.			
8. Rozumění sfermatálním otázkám „Budou se vás ptát, prosím odpovídejte ano nebo ne.“ (2 body: správně, 0 bodů: nesprávně, skóre subtestu 0 - 20) Provedení správných reakcí musí být pohotové, do pěti sekund, nespokojte zadání instrukce, milujte hlasitě a zřetelně.	20		
Jmenujete se Nováková? (uveďte jiné příjmení)	2 ne		
Jmenujete se ...? (uveďte správné příjmení pacientky)	2 ano		
Býdíte v Praze? (uveďte jiné místo, než to, ve kterém žijete)	2 ne		
Býdíte ...? (uveďte správné místo)	2 ano		
Ukazuje vám čelo? (vyčleňující se dopředu ucha)	2 ne		
Máte na hlavě klobouk?	2 ne		
Je kráva větší než koza?	2 ano		
Přichází podzám po zimě?	2 ne		
Je snídáné dříve než oběd?	2 ano		
Chutkáte si nejčivře kabát a potom kováč?	2 ne		
7. Rozumění slovu - Identifikace objektů: předložíme uvedené objekty a vyřetovány je vždy pouze 1x vyzván, aby ukázal jmenovaný objekt. „Ukážte kolo je.“ (2 body: správně, 0 bodů: nesprávně, skóre subtestu 0 - 10) Provedení správných reakcí musí být pohotové, do pěti sekund, nespokojte zadání instrukce.	10		
Vřafička			
borbáb			
knoflík			
kámen			
papír			
8. Rozumění mluvené instrukci „Ukážte, co vám řeknu!“ (2 body: správně, 0 bodů: nesprávně, skóre subtestu 0 - 10) Pouze 1x zadaná instrukce. Provedení správných reakcí musí být pohotové, do pěti sekund, nespokojte zadání instrukce, milujte hlasitě a zřetelně.	10		
Ukážte na vaší bradu!	2		
Otevřete ústa!	2		
Ukážte vaší levou ruku vaše pravé oko! (x Ukážte vaší pravou rukou vaše levé oko)	2		
Ukážte na podlahu a potom na váš nos!	2		
Dříve než otevřete ústa, dčokněte se ucha!	2		
8. Rozumění čtené instrukci „Ukážte, co je řady napasání“ (2 body: správně, 0 bodů: nesprávně, skóre subtestu 0 - 10) Pacient si přečte instrukci pouze 1x. Provedení správných reakcí musí být pohotové, do pěti sekund.	10		
Zamávajte rukou.	2		
Zatněte pět.	2		
Ukážte rukou na podlahu a potom na strop.	2		
Položte vaší levou ruku na vaše pravé rameno. (x Položte vaší pravou ruku na vaše levé rameno.)	2		
Než se podíváte na okno, dotkněte se vašeho levého ucha.	2		
Poznamky	2		

Příloha č. 3 (ROUBÍČKOVÁ, J.; HEDÁNEK, J.; STRÁNÍK, A. 2011. *Dysartrický profil Test 3F* [online]. Praha. [cit. 2016-03-18]. Dostupné z: <http://www.fnbrno.cz/nemocnice-bohunice/neurologicka-klinika/dysartrie/t4497>).

Roubíčková J., Hedánek J., Stráník A. <i>Dysartrický profil Test 3F</i> . 3. vyd. Praha: Galén; 2011		Nynější onemocnění	
DYSARTRICKÝ PROFIL TEST 3F		Nynější onemocnění	
<p>Slav před nynějším onemocněním Stav kognitivních, jazykových, řečových funkcí Sluch + Zrak blyže na čtení</p>		<p>Poznámky</p>	
<p>Jméno pacienta</p>		<p>Orientační předtestové vyšetření Afázie ano ne</p>	
<p>Rodné číslo</p>		<p>oralní nebo verbální apraxie ano ne</p>	
<p>Vyšetřil</p>		<p>jazyková fascikulace, fibrilace: ano ne</p>	
<p>Datum vzniku poruchy</p>		<p>tvář symetrická v klidu: ano ne</p>	
<p>Dysartrický index I. a II. vyšetření: 0-17 velmi těžká dysartrie - anartrie 17-35 těžká dysartrie 36-56 středně těžká dysartrie 57-73 lehká dysartrie 74-85 velmi lehká dysartrie 86-90 bez poruchy</p>		<p>tvář symetrická v polyfuz. ano ne</p>	
<p>FACIOKINEZE (maximum 30)</p>		<p>obtěže při příjmu tuhé stravy: často občas ne</p>	
<p>1. Rty (maximum 10)</p>		<p>obtěže při příjmu tekutin: často občas ne</p>	
<p>1.1 Protrže a retrakce rtů mezi zuby</p>		<p>dávivý reflex: nevybavivý sníženy zvýšeny, přiměřeny</p>	
<p>1.2 Pevnost sevření rtů v klidu</p>			
<p>1.3 Pevnost reálného uzavření při nafouknutých tvářích</p>			
<p>1.4 Zaostření koutku do směru</p>			
<p>1.5 Diadochokineze bez fonace</p>			
<p>2. Celist (maximum 10)</p>			
<p>2.1 Otevření a zavření úst (volně)</p>			
<p>2.2 Otevření a zavření úst proti odporu</p>			
<p>2.3 Posouvání mandibuly doprava – doleva</p>			
<p>2.4 Kroužení mandibulou do stran</p>			
<p>2.5 Kontrakce žvýkacích svalů</p>			
<p>3. Jazyk (maximum 10)</p>			
<p>3.1 Vysunutí jazyka z úst a zasunutí</p>			
<p>3.2 Zvednutí špičky jazyka vzhůru a spuštění zpět</p>			
<p>3.3 Vysunutí, obrácení špičky jazyka před ústy vzhůru</p>			
<p>3.4. Přesunutí jazyka z koutku do koutku</p>			
<p>3.5 Kruhvitě oliznutí horního a spodního rtu</p>			
<p>FONORESPIRACE (maximum 30)</p>			
<p>4. Respirace (maximum 10)</p>			
<p>4.1 Klidová prodloužená expirace</p>			
<p>4.2 Síla výdechového proudu</p>			
<p>4.3 Vydřz expirace při syčení (sss...)</p>			
<p>4.4 Opakování serií (ss-ss-ss...)</p>			
<p>4.5 Plymulé zeslování a zeslabování sykoty</p>			
<p>5. Respirace při fonaci (maximum 10)</p>			
<p>5.1 Vydřz expirace při prodloužené fonaci hlásky m</p>			
<p>5.2 Vydřz expirace při prodloužené fonaci hlásky n</p>			
<p>5.3 Synchronizovanost respirace s fonací fffiii</p>			
<p>5.4 Délka výdechové mluvní fráze</p>			
<p>5.5 Mluvní respirace</p>			
<p>6. Fonace (maximum 10)</p>			
<p>6.1 Kvalita hlasu</p>			
<p>6.2 Rezonance</p>			
<p>6.3 Příměřená a ovládaná hlasitost</p>			
<p>6.4 Příměřená a ovládaná výška</p>			
<p>6.5 Hlasový rozsah</p>			
<p>FONETIKA (maximum 30)</p>			
<p>7. Artikulace (maximum 10)</p>			
<p>7.1 Přesnost opakování samohlásek</p>			
<p>7.2 Přesnost opakování souhlásek</p>			
<p>7.3 Přesnost artikulace při čtení TEXT</p>			
<p>7.4 Diadochokineze s fonací (p-t-k) (o-e)</p>			
<p>7.5 Spontánní řeč</p>			
<p>8. Prozodie (maximum 10)</p>			
<p>8.1 Uložení rytmu v rytmickém celku TEXT</p>			
<p>8.2 Základní větní intonace TEXT</p>			
<p>8.3 Přemístování kontrastního důrazu TEXT</p>			
<p>8.4 Intonační variabilita TEXT</p>			
<p>8.5 Komplexní prozodické faktory</p>			
<p>9. Srozumitelnost (maximum 10)</p>			
<p>9.1 Srozumitelnost předřkávaných slov TEXT</p>			
<p>9.2 Srozumitelnost předřkávaných vět TEXT</p>			
<p>9.3 Srozumitelnost četby slov TEXT</p>			
<p>9.4 Srozumitelnost četby textu TEXT</p>			
<p>9.5 Srozumitelnost spontánní mluvy</p>			

Příloha č. 4 Ukázka terapeutických materiálů

Doplňte větu:

Po čtvrtku je

První měsíc v roce je.....

Poslední den v týdnu je.....

Po červenci je..... .

Před létem je

Obrázek č. 1: Doplňte větu

Škrtněte, co do řady nepatří:

jablko-hruška-skříň-citron

auto-košile-traktor-vlak kůň-prase-slepice-slunce

mrkev-stůl-koberec-postel

Obrázek č. 2: Škrtněte, co do řady nepatří

(Zdroj: Archiv autorky práce)

DOPLŇTE PROTIKLAD:



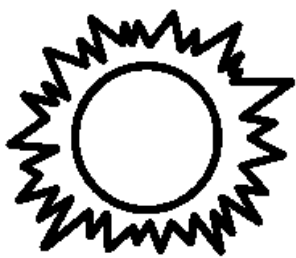
HORKÝ-



VESELÝ-



MĚKKÝ-



DEN-



SILNÝ-



Obrázek č. 3: Doplňte protiklad (Zdroj: Archiv autorky práce)

MLADÝ

- ČAS

- PODZIM

- KŮŇ

STATEČNÝ

- DŮM

- CHLAPEC

- STROM

ŠIROKÁ

- ŠKOLA

- SILNICE

- MÁSLA

Obrázek č. 4: Vyberte vhodné podstatné jméno (**Zdroj: Archiv autorky práce**)

ANOTACE

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

Název práce:	Logopedická intervence v akutním stádiu po cévní mozkové příhodě.
Název v angličtině:	The speech-language intervention for people in the acute stage of stroke.
Anotace práce:	Diplomová práce pojednává o logopedické intervenci u osob v akutním stádiu po cévní mozkové příhodě. Práce je koncipována na část teoretickou a praktickou. Teoretická část se zabývá cévní mozkovou příhodou, afáziemi a dysartriemi. Taktéž se zaměřuje na logopedickou intervenci a obzvláště pak na intervenci v akutním stádiu. Součástí praktické části jsou tři případové studie. Cílem této práce bylo analyzovat celý proces logopedické intervence v akutním stádiu po cévní mozkové příhodě.
Klíčová slova:	Cévní mozková příhoda, afázie, dysartrie, logopedická intervence v akutním stádiu.
Anotace v angličtině:	The thesis discusses the speech therapy intervention for people in the acute stage after stroke. The work is conceived on a theoretical and practical part. The theoretical part deals with stroke, aphasia and dysarthria. It also focuses on intervention and especially to intervention in the acute stage. The practical part of the three case studies. The aim of this study was to analyze the whole process of speech therapy in the acute stage after stroke.
Klíčová slova v angličtině:	Stroke, aphasia, dysarthria, speech-language intervention in the acute stage.
Přílohy vázané v práci:	Příloha č. 1 - Anamnestický dotazník Příloha č. 2 - Test MASTcz (záznamový list)

	Příloha č. 3 - Test 3F - dysartrický profil (záznamový list) Příloha č. 4 – Ukázka terapeutických materiálů
Rozsah práce:	109 stran + 4 přílohy
Jazyk práce:	Český jazyk