

Univerzita Karlova v Praze

Pedagogická fakulta

Katedra speciální pedagogiky



DIPLOMOVÁ PRÁCE

Úloha logopeda v rehabilitaci neurologických pacientů

Role of speech therapist in the rehabilitation of patients with neurological disorders

Linda Rathousová

Vedoucí práce: Doc. PaedDr. Jiřina Klenková, Ph.D.

Studijní program: Speciální pedagogika (N7506)

Studijní obor: Speciální pedagogika (7506T002)

2016

Prohlašuji, že jsem diplomovou práci na téma *Úloha logopeda v rehabilitaci neurologických pacientů* vypracovala pod vedením vedoucí práce samostatně za použití v práci uvedených informačních zdrojů, a že práce nebyla využita k získání jiného nebo stejného titulu. Souhlasím, aby práce byla uložena v knihovně Pedagogické fakulty Univerzity Karlovy v Praze a zpřístupněna ke studijním účelům.

V Praze, 2016

Linda Rathousová

Upřímně děkuji vedoucí práce doc. PaedDr. Jiřině Klenkové, Ph.D. za odborné konzultace, podporu a trpělivost v průběhu vedení mé diplomové práce. Rovněž bych chtěla poděkovat všem účastníkům výzkumu za vstřícnost a pomoc při získání potřebných informací a podkladů pro praktickou část práce.

Abstrakt

Diplomová práce s názvem *Úloha logopeda v rehabilitaci neurologických pacientů* si klade za cíl charakterizovat úlohu logopeda jako nedílné součásti multidisciplinárního týmu pečujícího o pacienta s neurologickou diagnózou v procesu komprehenzivní rehabilitační péče na neurologických pracovištích.

Práce na základě poznatků z prostudované odborné literatury v teoretické části nejprve definuje terminologii týkající se komunikace a narušené komunikační schopnosti obecně, poté se zaměřuje na neurologická onemocnění a pacienty s neurogenním narušením komunikační schopnosti. Hlavní část práce je orientována na intervenci logopeda v procesu komprehenzivní rehabilitace pacienta s neurologickým onemocněním.

Praktická část práce uvádí a interpretuje výsledky dotazníkového šetření uskutečněného na neurologických pracovištích nemocnic v České republice v říjnu roku 2016 s cílem získat informace, zda a jakým způsobem je na těchto pracovištích zastoupena logopedická intervence v procesu rehabilitace neurologických pacientů.

Klíčová slova

Komunikace, logoped, logopedická intervence, narušená komunikační schopnost, neurogenní poruchy komunikace, neurologické oddělení

Abstract

The thesis titled *Role of speech therapist in the rehabilitation of patients with neurological disorders* characterizes the role of speech therapy intervention as an integral part of the multidisciplinary team taking care of a patient with a neurological diagnosis in the process of comprehensive rehabilitation care.

The theoretical part of the thesis is based on professional literature, it defines the terminology related to communication and communication disability in general, then it focuses on neurological diseases and patients with neurogenic communication disorder. The main part is focused on speech therapy intervention in the process of comprehensive rehabilitation of patients with neurological diseases.

The practical part of the thesis presents results of a survey, carried out on neurological departments of hospitals in the Czech Republic in October 2016 to obtain information on whether and how the speech therapy intervention is provided at neurological departments in hospitals in the Czech Republic.

Key words:

Communication, neurogenic communication disorders, neurological department, speech disorders, speech therapist, speech therapy intervention

Obsah

ÚVOD.....	8
TEORETICKÁ ČÁST.....	11
1 KOMUNIKACE.....	11
1.1 VYMEZENÍ POJMU KOMUNIKACE.....	11
1.2 LIDSKÝ KOMUNIKAČNÍ SYSTÉM.....	12
1.3 NARUŠENÁ KOMUNIKAČNÍ SCHOPNOST.....	15
1.4 ALTERNATIVNÍ A AUGMENTATIVNÍ KOMUNIKACE.....	17
2 NEUROGENNĚ PODMÍNĚNÉ NARUŠENÍ KOMUNIKAČNÍ SCHOPNOSTI...19	
2.1 VYMEZENÍ POJMU NEUROGENNÍ PORUCHY KOMUNIKACE.....	19
2.2 KLASIFIKACE NEUROGENNÍCH PORUCH KOMUNIKACE.....	20
2.3 ETIOLOGIE NEUROGENNÍCH PORUCH KOMUNIKACE.....	26
3 NARUŠENÁ KOMUNIKAČNÍ SCHOPNOST U VYBRANÝCH ONEMOCNĚNÍ CENTRÁLNÍ NERVOVÉ SOUSTAVY A DUŠEVNÍCH CHOROB.....29	
3.1 DEMENCE.....	29
3.2 ALZHEIMEROVA CHOROBA.....	30
3.3 PICKOVA NEMOC.....	31
3.4 PARKINSONOVA NEMOC.....	31
3.5 AMYOTROFICKÁ LATERÁLNÍ SKLERÓZA.....	32
3.6 ROZTROUŠENÁ SKLERÓZA.....	33
3.7 CHOREA.....	34
3.8 ATETÓZA.....	35
4 PÉČE O PACIENTY S NEUROGENNÍ PORUCHOU KOMUNIKACE.....36	
4.1 FACIOORÁLNÍ TERAPIE.....	38
4.2 PÉČE O AFATICKÉ PACIENTY.....	39
4.3 PÉČE O PACIENTY SE ZÍSKANOU DYSARTRÍÍ.....	43

4.4 PÉČE O PACIENTY S DYSFAGIÍ.....	45
4.5 PÉČE O PACIENTY SE SYNDROMEM DEMENCE.....	47
4.5 PÉČE O PACIENTY S NEURODEGENERATIVNÍ CHOROBOU.....	50
4.6 PÉČE O PACIENTY PO ÚRAZECH A CÉVNÍCH PŘÍHODÁCH MOZKU.....	50
5 KLINICKÁ LOGOPEDIE.....	51
5.1 KLINICKÁ LOGOPEDIE V ČESKÉ REPUBLICE.....	51
5.2 PRACOVNÍSTĚ KLINICKÉ LOGOPEDIE.....	52
5.2 PROFESNÍ ORGANIZACE.....	53
PRAKTICKÁ ČÁST.....	55
6 LOGOPEDICKÁ INTERVENCE V REHABILITACI NEUROLOGICKÉHO PACIENTA.....	55
6.1 CÍL ŠETŘENÍ, METODY SBĚRU DAT, CHARAKTERISTIKA VÝZKUMNÉHO SOUBORU.....	55
6.2 VÝSLEDKY ŠETŘENÍ A INTERPRETACE DAT.....	59
6.6 ZÁVĚR DOTAZNÍKOVÉHO ŠETŘENÍ.....	67
ZÁVĚR.....	69
RESUMÉ.....	71
SUMMARY.....	72
SEZNAM POUŽITÝCH INFORMAČNÍCH ZDROJŮ.....	73
SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK.....	77
SEZNAM PŘÍLOH.....	78

ÚVOD

Schopnost komunikovat mluvenou řečí, tedy vyměňovat si informace, dorozumívat se, ovlivňovat se a projevovat snahu o vzájemné pochopení se, je výsadou lidské společnosti, které se tak dostává nedocenitelné možnosti vytvářet, udržovat a pěstovat mezilidské vztahy, vzdělávat se, socializovat a ovlivňovat rozvoj osobnosti. Bez procesu komunikace by lidská společnost nemohla existovat, natož se vyvíjet. Lidský mozek a nervový systém jako celek je zdrojem veškerého sociálního tedy i komunikačního chování, a dysfunkce, ageneze či trauma některých jeho částí může mít v jakémkoli věku za následek narušení komunikační schopnosti a tedy i narušení kvality života, sociálního prostředí a sociálních vazeb, ve kterých jedinec doposud žije. Pacientovi s narušenou komunikační schopností tak nastává možnost volby. Buď se distancuje od společnosti a zanevře na svůj dosavadní způsob života a komunikace, nebo se s pomocí odborníků a svých blízkých bude snažit narušenou komunikační schopnost v maximální možné míře obnovit či společně nalézt nové formy alternativní a augmentativní komunikace vyhovující jeho možnostem a schopnostem k uspokojení alespoň pragmatického cíle komunikace.

Rozšiřující se zájem o studium neurologických onemocnění, především o jejich etiologii a symptomatologii, vede k tomu, že se stále více logopedů začíná uplatňovat ve zdravotnických zařízeních lůžkového i ambulantního typu v resortu státním, nestátním i soukromém. „*Rozvíjející se věda dnes mnohem častěji přináší záchranu lidem, kteří by dříve například po traumatech hlavy nepřežili. Narušená komunikační schopnost těch, kdo přežijí, představuje pro logopedy nové a větší stimuly k práci.*“ (Love, Webb, 2009, s. 11) Logoped se tak stává nedílnou součástí multidisciplinárního týmu zabezpečujícího komprehenzivní rehabilitaci pacienta s neurologickým onemocněním, stejně jako například interní lékař, psycholog, psychiatr, stomatolog, fyzioterapeut, sociální pracovník a další.

Provázanost různých a mnohdy i zdánlivě odlišných vědních oborů se s rozvojem nových poznatků stále více prohlubuje a rozšiřuje. Spolupráci logopedie a neurologie výstižně popisují autoři publikace *Mozek a řeč*, v originále vydané pod názvem *Neurology for the Speech-Language Pathologist* v New Yorku, Russel J. Love a Wande G. Webb, která se stala motivací a stěžejním pramenem pro tuto práci. Podle autorů musí „*klinický*

neurolog při diagnostice poruch komunikačních schopností neurologicky nemocného klienta úzce spolupracovat s logopedem. Úkolem logopeda jistě není stanovení konečné neurologické diagnózy. Nepopíratelná odpovědnost logopeda však spočívá ve zhodnocení všech relevantních aspektů řeči a jazyka u pacientů s neurologickým onemocněním nebo s podezřením na ně. Logoped musí být schopen rozumět výsledkům svého vyšetření v kontextu neurologických mechanismů, jež tvoří podstatu onemocnění. Musí být rovněž zběhlý v metodách současné neurologické diagnostiky a terapie, které se užívají u osob s postižením komunikačních schopností. S pohledem neurologů na problematiku narušené komunikační schopnosti by se měl seznámit každý logoped a neurologové by zase měli znát metody logopedické diagnostiky a terapie. Vzájemné porozumění je obzvláště důležité, jelikož neurologie a logopedie se po mnoho let vyvíjely nezávisle a teprve nyní se začínají vzájemně více ovlivňovat. Toto vzájemné ovlivňování bude jistě ku prospěchu odborníků obou profesí a těch, jimž se snaží sloužit.“ (Love, Webb, 2009, s. 14) Zmínění autoři charakterizují úlohu moderního logopeda jednou větou takto: „Úkolem dnešního logopeda je tedy rozvíjet svou profesi tím, že se bude vzdělávat v oblasti neuroanatomie a vlivu neurologických onemocnění na komunikaci.“ (Love, Webb, 2009, s. 21)

V povědomí široké laické a mnohdy i odborné veřejnosti koluje mýtus, že pojmy logoped a logopedická intervence se skloňují pouze v souvislosti s dětskými pacienty, a to nejčastěji předškolního věku, z hlediska diagnostiky, terapie a prevence narušené komunikační schopnosti. Za nejvíce skloňovanou diagnózu je pak považován *rotacismus*, *rotacismus bohemicus* a *sigmatismus*, diagnózy veřejnosti známé pod českými názvy ráčkování a šiřlavost, zahrnuté pod zastřešujícím pojmem *dyslalie*, tedy patlavost. S logopedy se ovšem setkáme nejen v resortu školství, mládeže a tělovýchovy, ale i v resortu ministerstva zdravotnictví a v resortu ministerstva práce a sociálních věcí. Votava (2003) shrnuje tento postoj veřejnosti glosou: „Ujasnění pojmu klinický logoped zde uvádím z důvodu častého názoru (bohužel i u pracovníků ve zdravotnictví), že logoped je paní učitelka ve školce, co mě učila výslovnost R.“ (Votava, 2003, s. 46)

Rehabilitace osob s neurogenně podmíněným somatickým a komunikačním postižením vyžaduje uplatnění multidisciplinárního přístupu a týmové spolupráce vycházejícího z ucelené (komprehenzivní) rehabilitace, která zahrnuje složku léčebnou,

sociální, pracovní a pedagogickou. Ucelenost v tomto systému znamená převážně včasnost a návaznost jednotlivých složek a také všestrannost. Jeho uplatnění v praxi provází řada obtíží spojených s personálním, finančním a organizačním zázemím. Zapojení logopedické intervence do neurologické péče probíhá v České republice intenzivněji teprve v posledních dvou desetiletích. Toto období zatím nestačilo na upevnění pozice klinického logopeda v multidisciplinárním rehabilitačním týmu osob s neurogenním postižením, a doprovází jej tak řada specifických problémů, které zároveň upozorňují na závažnost této problematiky. Členy týmu, kteří pracují na dosahování společných rehabilitačních cílů, by měli být lékaři, fyzioterapeuti, ergoterapeuti, kliničtí psychologové, sociální pracovníci a v případě potřeby kliničtí logopedi a speciální pedagogové. (Neubauerová a kol., 2011)

Světová zdravotnická organizace v roce 1969 definovala *rehabilitaci* jako včasné, plynulé a koordinované úsilí o co nejrychlejší a nejšetrnější zapojení občanů se zdravotním postižením do všech obvyklých aktivit života společnosti s využitím, léčebných, sociálních, pedagogických a pracovních prostředků. Podle tohoto pojetí by samotný pojem *rehabilitace* měl být chápán jako *rehabilitace ucelená*. Většinou je ale pojem chápáný jako synonymum *rehabilitace léčebné*, proto označením *ucelená* upřesňujeme to, že kromě péče zdravotní obsahuje i další již zmíněné složky. (Neubauerová a kol., 2011)

Úloha logopeda v týmu zabezpečujícím komprehenzivní rehabilitaci je diagnostikovat a terapeuticky ovlivňovat narušenou komunikační schopnost přítomnou u osob s neurogenním postižením centrální nervové soustavy, vyšetřit a zhodnotit stav komunikačních schopností pacienta s ohledem na příčinu, vývoj a celkový stav a zvolit a realizovat vhodnou intervenční strategii verbální komunikace. (Lippertová-Grünerová, 2005) K tomu využívá reedukačních i kompenzačních postupů, forem alternativní i augmentativní komunikace a snaží se o maximalizaci komunikačních schopností pacienta v průběhu procesu rehabilitace. Součástí logopedické intervence je na specializovaných pracovištích i vyšetření a terapie poruch polykání. (Neubauerová a kol., 2011)

TEORETICKÁ ČÁST

1 Komunikace

1.1 Vymezení pojmu komunikace

Pojem *komunikace* nemá v odborné literatuře jednoznačnou definici a jeho podrobný výklad se odvíjí od vědní disciplíny, v jejímž teoretickém rámci je pojem užit, například v technice, v dopravě, v humanitních vědách jako je psychologie, sociologie nebo antropologie. Slovo komunikace pochází z latinského *communicare*, jenž znamená *společně něco sdílet, činit něco společným*. Komunikace je základ existence, vývoje a organizace společnosti a menších sociálních celků v ní obsažených. (Vybíral, 2005)

Klenková (2006, s. 25) charakterizuje komunikaci v teoretickém rámci logopedie a psychologie: „*Komunikace (...) znamená obecně lidskou schopnost užívat výrazové prostředky k vytváření, udržování a pěstování mezilidských vztahů. V nejširším slova smyslu lze komunikaci chápat jako symbolický výraz interakce, tj. vzájemné a oboustranné ovlivňování mezi dvěma nebo více systémy. Znamená současně i přenos informací, které jsou prostředkem ovlivňování subjektů na komunikaci se podílejících.*“ Minibergerová a Dušek (2006, s. 41) pojem komunikace vymezují v širokém pojetí jako „*označení velkého množství dějů, které probíhají mezi lidmi při vzájemném kontaktu a výměně informací.*“ Zacharová (2016, s. 8) doplňuje definici komunikace, kdy ji popisuje jako „*univerzální jev lidské společnosti a přímý regulátor úrovně mezilidských vztahů a podmínku existence každého sociálního systému... a prostředek začlenění jednotlivce do skupiny*“.

Komunikace jako proces výměny informací je tvořena čtyřmi vzájemně se ovlivňujícími prvky, kterými jsou *komunikátor* (zdroj informace), *komunikant* (příjemce informace), *komuniké* (obsah sdělení) a *komunikační kanál* (předem dohodnutý komunikační kanál). (Klenková, 2006) Pro účely této práce je podstatná informace, že komunikační kanál lidské komunikace může být optický (písmo, gesta), akustický (řeč, další zvuky), taktilní (např. Braillovo písmo) a olfaktorický (feromony, vůně).

1.2 Lidský komunikační systém

Každý živý tvor má potřebu komunikovat ve smyslu vzájemného předávání si informací mezi jednotlivci či skupinami se záměrem uspokojení co největšího počtu svých osobních potřeb. K uspokojení lidských potřeb, jejichž hierarchii sestavil americký psycholog Maslow (2014) do známé pyramidy od nejnižších k nejvyšším (potřeby fyziologické, bezpečí, lásky, úcty a seberealizace), přičemž potřeby vyšší úrovně se objevují až po uspokojení potřeb nižší úrovně, člověk jako nástroj verbální komunikace využívá mluvenou řeč. Ta je velmi významně doplňována a podporována nebo naopak vyvracena komunikací neverbální, tedy gestikou, mimikou, posturikou, proxemikou, kinezikou, paralingvistickými projevy aj. V medicíně a psychologii není komunikace pouhým přenosem informací mezi sdělujícím a příjemcem, ale jedná se o sebe prezentaci, sebe potvrdování, vyjádření postoje k předmětu, ke komuniké, i k příjemci informace, k začlenění se do skupiny (Zacharová, 2016). Při narušené komunikační schopnosti tak nastává nemožnost nebo omezená možnost uspokojovat potřeby jednotlivce či skupiny.

Řečová komunikace je podmíněna třemi typy předpokladů: vrozenými mentálními předpoklady užívání jazyka; předpoklady získanými aktivní interakcí s prostředím (učení); faktory aktuálně působícími v komunikační situaci. Při řečové komunikaci jsou mezi účastníky předávány informace s motivovaným záměrem na základě výběru komunikačních prostředků. Při jejich využití dochází k přenosu informace, jejímu zpracování, porozumění obsahu a tvorbě odpovědi. (Neubauerová a kol., 2011)

Základní předpoklady pro řeč jsou tvořeny souhrou biologických a sociologických činitelů. „*Pro dorozumění prostřednictvím jazyka a řeči je nutná znalost pravidel, slovní zásoba a mentální i biologická způsobilost (určitá úroveň inteligence, neporušené řečové ústrojí a oblasti nervového systému).*“ (https://wikisofia.cz/wiki/Komunikace#cite_note-Vyb.C3.ADral-1) Biologické faktory ovlivňující řeč mají základ v nervové soustavě periferní, která zajišťuje vstupní informace sluchové a zrakové a plní motorické funkce prostřednictvím 12 párů hlavových nervů, a v nervové soustavě centrální, která zpracovává senzorické informace získané z periferie a programuje motorické funkce nutné pro realizaci jazyka. Mozek je soubor funkčních systémů, jejichž spolupráce a správná funkce

na úrovni somatosenzitivní, somatomotorické a somatosenzorické je nezbytná pro jazyk a řeč. (Durdilová, 2011)

„Zdrojem veškeré komunikace lidského rodu je nervový systém. Pouze lidé mohou mluvit. Zvláštní dar řeči zajišťuje člověku jedinečnost v živočišné říši. Schopnost tvořit artikulovanou řeč je výsledkem nervových mechanismů, jež se v lidském mozku vyvinuly během dlouhé řady evolučních změn.“ (Russel, Webb, 2009, s. 27) V lidském mozku se za stovky let vývoje vytvořilo uspořádání nervových struktur a procesů, které vyústilo v to, co lze nazvat *lidským komunikačním systémem*. Pro mozkové zpracování informací je zásadní celková velikost mozku. Podle Walkmena (1992, In: Russel, Webb, 2009) je průměrná hmotnost mozku šimpanzů přibližně třikrát nižší než průměrná hmotnost mozku lidského, ovšem v dalších kritériích porovnání obou mozkových struktur nebyly nalezeny zásadní rozdíly kromě jednoho. Lidský mozek má ve frontálním laloku tzv. Brocovu areu, která se spojuje se schopností tvořit artikulovanou řeč. Mozek je rozdělen asi do 52 oblastí, z nichž pouze některé se podílejí na řečové aktivitě. Sledováním patologie se ukazuje, že nebývá poškozena pouze jedna, ale většinou je poškozeno více oblastí najednou. (Durdilová, 2011)

Pro lidskou komunikaci jsou zásadní pojmy *jazyk a řeč*. Obojí spolu úzce souvisí – aby mohl člověk mluvit (*řeč*), musí umět *jazyk*, jazyk se však může naučit jen tak, že se pokusí mluvit. (Jespersen, 1946, In: Hausenblas, 1991) Mezi kulturou řeči a kulturou jazyka je souvislost. Jazyk se navenek projevuje pouze v řeči a dorozumění pomocí řeči je mezi lidmi možné jen na základě společného jazyka. (Hausenblas, 1991)

1.2.1 Jazyk

Jazyk je sociální jev, systém konvenčních znaků a pravidel, kterými se řídí určité společenství při dorozumívání se (tj. při vzájemném předávání si či sdělování informací), a je bezprostředně vázán na život člověka v určitém společenství. „*Jazyk je soustava zvukových a druhotných dorozumívacích prostředků znakové povahy, schopná vyjádřit veškeré vědění a představy člověka o světě a jeho vlastní vnitřní prožitky.*“ (Klenková, 2006, s. 27) Jazyk je jev a proces společenský (řeč je jev individuální, ale čerpá podněty ze společenského prostředí a v něm se také realizuje) (Klenková, 2006). Mluvíme o

komunikačním kódu složeném z jasně odlišených a selektovaných signálů, znaků a symbolů reprezentujících každý aspekt tohoto kódu. Podmínkou užití tohoto kódu jsou kognitivní procesy, především v oblasti paměti a pozornosti, intelektové schopnosti, schopnost přijímat a přizpůsobovat se novým informacím a také intaktní cerebrální funkce. Jejich narušení např. získanou fatickou poruchou vyvolá poruchy v možnostech fyziologického užití jazykového kódu ve všech jeho základních složkách (sémantické, syntaktické, fonologické, pragmatické). (Neubauer a kol., 2007)

Nejmenší jednotkou hlasového zvuku je *hláska*. Zvuky lidské řeči se zabývá *fonetika*. Nejmenší jednotkou zvukové stránky řeči, která rozlišuje význam, je *foném*. Fonémy se zabývá *fonologie*. *Morfémy*, tedy nejmenšími oddělitelnými částmi slova, které nesou věcný nebo gramatický význam, se zabývá *morfologie*. Souhrn všech slov v určitém jazyce, slovní zásoba, se nazývá *lexikon* a zabývá se jím *lexikologie*. Pro dorozumění prostřednictvím jazyka a řeči je nutná znalost pravidel, především *syntaxe*, který zkoumá vztahy mezi slovy ve větě. Věda zabývající se studiem jazyka se nazývá *lingvistika* a zahrnuje v sobě ostatní jazykové disciplíny (*fonologii, morfologii, lexikologii, syntax*).

Vztah mozku a jazyka je jedním z nejnáročnějších odvětví neurologie. Vývoj jeho poznávání začal pochopením vztahu anatomicky vymezeného ložiskového postižení mozku k hrubému postižení jazykové funkce. Později k poznávání pomohl vynález zobrazovacích metod, které umožnily zkoumat vztah strukturálních změn mozku a chování dynamicky. V poslední době pak zkoumání vztahu mozku a jazyka napomáhají funkční zobrazovací metody, které dovolují zkoumat normu. (Koukolík, 2000)

1.2.2 Řeč

„*Řečí rozumíme zvukový, artikulovaný projev jazyka, sloužící ke vzájemné komunikaci.*“ (https://wikisofia.cz/wiki/Komunikace#cite_note-Vyb.C3.ADral-1) Řeč jako specificky lidská činnost je charakterizována jako vědomá realizace jazyka jako složitého komunikačního systému znaků a symbolů ve všech formách. Tato schopnost nám není vrozená, ale přinášíme si na svět určité dispozice, které se rozvíjí až při verbálním styku s mluvčím okolím. Zevní řeč jako záležitost mluvních orgánů je doplňována, resp. vychází

z vnitřní řeči, která je záležitostí mozku a jeho hemisfér a souvisí s kognitivními procesy a myšlením. (Klenková, 2006) Řeč jako fyzikální realizace jazyka vzniká lidskou respirací, fonací, artikulací a rezonancí. Pro správné užití řečových signálů je třeba popsat jejich atributy, jako jsou akustické a auditorní znaky zpracovávané sluchovou percepcí a kognitivními cerebrálními procesy. Lidská řeč vzniká ve vokálním traktu, který má kromě funkce zvukové, nezbytné pro plnohodnotnou lidskou komunikaci, převážně funkce vitální, tedy dýchání a příjem potravy. (Neubauer a kol., 2007)

1.3 Narušená komunikační schopnost

Narušená komunikační schopnost je předmětem vědního oboru *logopedie*, který se zabývá individuální schopností člověka používat *jazyk* jako systém při domluvě. Komunikační schopnost i její narušení je nutné vnímat na všech jejích úrovních, tedy na úrovni foneticko-fonologické, lexikálně-sémantické, morfologicko-syntaktické, a pragmatické. (Klenková, 2006) Lechta a kol. (2005, s. 15) charakterizuje logopedii jako „*vědní obor interdisciplinárního charakteru, jehož předmětem jsou zákonitosti vzniku, eliminace a prevence narušené komunikační schopnosti.*“

Pro definování jakéhokoli narušení a odchylky je nutné nejprve stanovit *normu*, od níž se *odchylka* může „vypočítat“. Stejně jako v každém teoretickém základu jsou i v případě logopedie hranice normy stanovitelné obtížně. Narušená komunikační schopnost se dá nahlížet jako odchylka od užití (kodifikované) jazykové normy v určitém jazykovém prostředí, nebo jako odchylka od komunikačního záměru jedince (Lechta a kol., 2003). Lechta a kol. (2003, s. 17) ve své publikaci vychází při definici z komunikačního záměru jedince, který není vázán na dané jazykové prostředí. Uvádí, že „*komunikační schopnost člověka je narušena tehdy, když některá rovina jeho jazykových projevů (případně několik rovin současně) působí interferenčně vzhledem k jeho komunikačnímu záměru.*“

Narušená komunikační schopnost se dá popsat z hlediska příčiny, druhu, stupně, formy, patogeneze, specifík a následků narušení. Může jít o narušenou komunikační schopnost verbálního i neverbálního projevu. Může být narušena složka expresivní i receptivní. Může být charakteru trvalého nebo přechodného. Může se projevit jako vrozená

vada nebo jako vada získaná. V celkovém klinickém obraze může narušená komunikační schopnost dominovat nebo může být příznakem jiného dominujícího postižení, onemocnění či narušení. Narušení může být úplné nebo částečné a toto narušení si člověk může, ale nemusí uvědomovat. Narušená komunikační schopnost se může projevit ve sféře symbolických procesů ve zvukové či nezvukové podobě, ale i ve sféře nesymbolických procesů rovněž ve zvukové či nezvukové dimenzi. (Lechta a kol., 2003)

V české logopedické literatuře i praxi je od 90. let 20. století užívána klasifikace narušené komunikační schopnosti podle symptomu, který je pro to které narušení nejtypičtější. Symptomatickou klasifikaci uvádí Lechta a kol. (2003):

1. Vývojová nemluvnost (vývojová dysfázie)
2. Získaná orgánová nemluvnost (afázie)
3. Získaná psychogenní nemluvnost (mutismus)
4. Narušení zvuku řeči (rinolalie, palatolalie)
5. Narušení fluence řeči (tumultus sermonis, balbuties)
6. Narušení článkování řeči (dyslalie, dysartrie)
7. Narušení grafické stránky řeči
8. Symptomatické poruchy řeči
9. Poruchy hlasu
10. Kombinované vady a poruchy řeči

1.4.2 Logopedická intervence

Logopedická intervence je činnost, kterou vykonává logoped – odborník v oblasti narušené komunikační schopnosti (Klenková, 2006). Lechta a kol. (2005, s. 18) popisuje termín slovy: „Aktivitu, která je specifická pro práci logopeda ve všech jejích oblastech, je možné označit termínem logopedická intervence. Termín intervence zde chápeme v tom nejširším možném smyslu tohoto slova tak, abychom jí podchytili celý komplex různorodých činností logopeda.“ Autor dále uvádí cíle, které logoped v rámci logopedické

intervence uskutečňuje. Těmi jsou **identifikovat; eliminovat, zmírnit** či alespoň **překonat** narušenou komunikační schopnost; **předejít** tomuto narušení. Těchto cílů je možné dosáhnout na třech úrovních. A to na úrovni **diagnostiky, terapie a prevence**. Při charakteristice logopedie jako vědního oboru interdisciplinárního je třeba i logopedickou intervenci charakterizovat jako záležitost interdisciplinární. Logopedi pracují v týmu s dalšími odborníky a využívají poznatky z oborů lékařských, lingvistických, speciálně pedagogických, psychologických aj. (Lechta a kol., 2005)

Odlišení diagnostiky, terapie a prevence může být obtížné. Jednotlivé úrovně se prolínají a bezprostředně na sebe navazují (Klenková, 2006). V praxi stále častěji dochází k *terapeutické diagnostice* (kde již první kontakty logopeda a člověka s narušenou komunikační schopností mohou mít pozitivní terapeutický efekt) a *diagnostické terapii* (kdy v průběhu terapie dochází k precizování diagnostiky). (Lechta a kol., 2005)

1.4 Alternativní a augmentativní komunikace

Pokud si uvědomíme, že komunikace je proces, který umožňuje lidem vytvářet, udržovat a pěstovat mezilidské vztahy, předávat si a sdílet informace a uspokojovat tak své potřeby, lidé s narušenou komunikační schopností v jakémkoli smyslu tuto možnost nemají nebo ji mají omezenou. Je tedy potřeba jim nabídnout takový způsob komunikace, kterým mohou na základě svých možností a schopností naplnit alespoň některé cíle komunikace. Takovými jsou alternativní a augmentativní způsoby komunikace, které umožňují kompenzovat (po určitou dobu nebo trvale) projevy poruchy a postižení u osoby se závažným expresivním narušením komunikační schopnosti (tj. narušením řeči, jazyka a psaní). Ty se dělí na systémy, které nevyžadují pomůcky, a systémy vyžadující pomůcky, a to buď netechnické nebo technické. (Škodová, Jedlička a kol., 2007)

Alternativní a augmentativní komunikace (dále AAK) umožňuje osobám s narušenou komunikační schopností jako dominantním nebo symptomatickým postižením komunikovat se svým okolím, vyjadřovat pocity, přání a reagovat na podněty jiným způsobem než verbální komunikací (v případě lidí se sluchovým postižením jinak než znakovým jazykem), a to v takovém rozsahu, aby se stejně jako ostatní lidé mohli aktivně

zapojit do sociálního dění. Augmentativní komunikační systémy podporují již existující komunikační schopnosti, které jsou však nedostatečné pro běžné dorozumívání se. Alternativní komunikační systémy se užívají jako náhrada mluvené řeči. (Klenková, 2006)

AAK je využívána jak u vrozených narušení komunikační schopnosti (jako důsledku handicapů smyslových, mentálních, centrálních poruch vývoje hybnosti, vývojových poruch řeči a kombinovaných postižení), tak u poruch získaných a degenerativních onemocnění (poúrazových stavech mozku, nádorech mozku, cévních mozkových příhodách, Parkinsonovy a Alzheimerovy nemoci apod.). (Janovcová, 2003)

Při verbální komunikaci používáme k podpoření nebo k vyvrácení mluveného slova mimiku, gestiku, řeč těla, případně své myšlenky vyjadřujeme písemně. Mluvíme pak o multimodální komunikaci. V případě, že hlavní složka této komunikace, řeč, je omezena, je těžce srozumitelná, nebo se verbálně člověk nemůže vyjadřovat vůbec, tyto vedlejší způsoby komunikace získávají ještě větší význam a byly zpracovány do znakových nebo symbolických systémů sloužících ke komunikaci. U dětí s rizikovou diagnózou je třeba začít s nácvikem AAK co nejdříve, aby dítě nemělo možnost zažít selhání při pokusech o komunikaci a aby se rozvíjela jeho schopnost exprese. (Škodová, Jedlička a kol., 2007)

2 Neurogenně podmíněné narušení komunikační schopnosti

2.1 Vymezení pojmu neurogení poruchy komunikace

Neurogeními poruchami komunikace rozumíme řečové a jazykové deficity při funkčním nebo organickém postižení centrálního nebo periferního nervového systému. Cséfalvay a Traubner (1996, In: Neubauer a kol., 2007, s. 13) definují neurogení poruchy komunikace jako „*získané postižení komunikačních schopností zasahující veškeré modality řeči (expresivní a receptivní, mluvenou a psanou řeč) a v různé míře i veškeré roviny jazykového systému (foneticko-fonologickou, morfologicko-syntaktickou, lexikálně-sémantickou a také pragmatickou).*“

Fyziologický proces polykání a jeho patologické projevy jsou doménou nejen medicíny, ale spadají i do diagnosticko-terapeutické kompetence klinického logopeda, a to z prostého důvodu. Orgány participující na tvorbě řeči jsou totožné s těmi, které se účastní fyziologického průběhu polykacího aktu (jazyk, rty, hrtan, měkké patro). V poslední době se proto na rehabilitaci osob s poruchami polykání, *dysfagií*, podílejí i logopedi jako součást multidisciplinárního – dysfagiologického týmu. Členy tohoto týmu jsou kromě klinického logopeda také ošetřující lékař, internista, neurolog, rentgenolog, otorinolaryngolog, ortoped, chirurg, nutriční terapeut, ergoterapeut, fyzioterapeut, ergoterapeut, popř. také stomatolog, gastroenterolog, psycholog a sociální pracovník.

V oblasti neurogeního narušení komunikace je třeba správně užívat termíny *jazyk* a *řeč*. Mluvíme-li o afázii a kognitivně-komunikační poruše, mluvíme o neurogení poruše užívání jazyka jako systému vyjadřovacích a dorozumivacích prostředků symbolické povahy. Mluvíme-li o dysartrii, anartrii či řečové apraxii, mluvíme o neurogení poruše řeči, tedy o poruše motorické produkce řečových zvuků. (Lebedová, 2012)

Neubauer a kol. (2007, s. 16) definuje **jazykovou poruchu** jako „*skutečnost, kdy při primárně nepoškozených motorických modalitách (respirace, fonace, artikulace, rezonance) dochází k obtížím v užití jazykového vyjádření u postiženého člověka. Projev je nápadně odlišný od kodifikované normy jazykového vyjádření v daném sociálním*

prostředí, je stigmatizovaný a vede ke ztížení až znemožnění dorozumění se s okolím. Jsou zasaženy i další formy sdělení informací – písemná, popř. manuální forma vyjádření s užitím jazykového kódu. Percepční jazyková porucha v sobě zahrnuje obtíže v dekódování orální řeči, písma, případně manuální formy sdělení.“ Dále definuje **motorickou řečovou poruchu** jako „skutečnost, kdy při primárně nepoškozených jazykových schopnostech člověka (lexikon, morfologie, syntax, pragmatika) dochází k obtížím v možnosti srozumitelně se vyjádřit orální řečí. Projev je nápadně odlišný od kodifikované normy výslovnosti v daném sociálním prostředí, je stigmatizovaný a vede ke ztížení až znemožnění dorozumění s okolím. Nejsou primárně zasaženy další formy sdělení informací – písemná, popř. manuální forma vyjádření s užitím jazykového kódu. Ovšem přidružené poruchy motoriky končetin mohou praktické využití těchto forem komunikace částečně či úplně blokovat.“ (Neubauer a kol., 2007, s. 16)

2.2 Klasifikace neurogenních poruch komunikace

Neubauer a kol. (2007) dělí získané neurogenní poruchy komunikace z hlediska jejich dominantní příčiny na poruchy na bázi postižení **individuálního jazykového systému** (afázie), **motorických řečových funkcí** (dysartrie/anartrie, orální dyspraxie/apraxie), **primárních funkcí orofaciálního traktu** (dysfagie, orální dyspraxie/apraxie) a **kognitivně-komunikačních schopností** (demence, poruchy verbální paměti a dalších funkcí na bázi traumatu centrální nervové soustavy). V diferenciální diagnostice je tato klasifikace využívána při volbě adekvátního systému terapie, který je zaměřen na práci s modalitou, jež je dominující pro vznik a přetrvávání poruchy řečové komunikace, nikoli na vnější či sekundární symptomy poruchy. (Neubauer a kol., 2007)

2.2.1 Poruchy individuálního jazykového systému

Afázie

„Afázii lze definovat jako postižení schopnosti jazykové produkce a percepce, jež vzniká na základě získaného poškození centrálního nervového systému. Je to multimodální porucha, která se může 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) Existuje několik možných klasifikací afázie většinou ovlivněných názorovou zaujatostí badatelů, kteří spolu na širokém poli afaziologie nediskutovali či se přímo názorově rozcházel (Love, Webb, 2009). Afázie doprovází různá neurologická onemocnění, především ložisková poškození korových a podkorových oblastí mozku. Poškození centrální nervové soustavy může být ložiskové nebo difuzní. Klinický obraz afázie závisí na tom, o jaké organické poškození centrální nervové soustavy se jedná, na lokalizaci a na rozsahu léze, dále sehrává roli i věk jedince, u něhož k organickému poškození došlo. Nejčastějšími příčinami vzniku afázie jsou cévní mozkové příhody, úrazy mozku, mozkové nádory, encefalitidy a meningoencefalitidy, intoxikace centrální nervové soustavy či degenerativní onemocnění centrální nervové soustavy. (Klenková, 2006)

Afázie u lidí se sluchovým postižením používajících znakový jazyk jako hlavní komunikační prostředek, jsou při postižení stejných korových oblastí homologní se stejnými afáziemi slyšících lidí využívajících ke komunikaci řečový kanál. Přestože je znakový jazyk výsledkem učení ve zrakové a hybné modalitě, nikoli v modalitě sluchové, jakou je mluvená řeč, je u lidí se sluchovým postižením komunikujících znakovým jazykem dokázána stejná levostranná řečová a jazyková dominance jako u lidí slyšících. Porovnání gest znakového jazyka a gest běžně užívaných například jako prostředek nonverbální komunikace dokázalo, že jsou tyto dvě skupiny na sobě nezávislé. Gesta ze systému znakového jazyka jsou jazykovým, nikoli čistě hybným projevem, jenž by se dal zařadit do rámce „pouhé“ apraxie. (Koukolík, 2000)

2.2.2 Poruchy motorických řečových funkcí

Dysartrie/anartrie

Získaná dysartrie (vznikající v průběhu dětství u dítěte staršího než 1-2 roky, v dospělosti, či při stárnutí organismu) je popisována jako narušení motorické realizace řeči s doprovodnými poruchami fonace, respirace, rezonance a prozodie při zachovaném

porozumění, zpracování a kódování mluvené řeči v důsledku organického poškození centrální nervové soustavy (na bázi úrazu mozku, infekce či onkologického onemocnění centrální nervové soustavy). Přidružit se mohou i problémy dysfagické. Při úplné neschopnosti artikulovat a tedy verbálně komunikovat se jedná o *anarthrii*. (Kalita a kol., 2006) Klenková (2006, s. 117) popisuje dysarthrii jako „*poruchu motorické realizace řeči jako celku vznikající při organickém poškození centrální nervové soustavy.*“ Podle Kejklíčkové (2011) toto organické poškození postihuje buď řídicí část mluvního procesu, nebo výkonné svalstvo mluvidel a může se tak nacházet v kůře mozkové, v podkorových centrech, v mozečku či v periferním nervstvu, a podle lokalizace poškození se dále označuje typ dysartrie. Nejtěžší stupeň dysarthrické poruchy, *anarthrie*, se projevuje úplnou ztrátou schopnosti verbálně komunikovat v důsledku ztráty nebo nerozvinutí vůlí kontrolované hybnosti mluvidel, a to často i s neschopností tvořit hlas – *afonií* (Neubauer a kol., 2007). Etiologii diagnózy dysartrie je možné popsat v prenatálním, perinatálním, i postnatálním období, ale i v pozdějším věku (cévní onemocnění, zánětlivá onemocnění mozku, nádory, metastázy, úrazy hlavy, degenerativní onemocnění centrálního nervového systému, roztroušená skleróza, Parkinsonova nemoc, toxická poškození centrálního nervového systému) (Klenková, 2006). Anarthrie se nejčastěji objevuje u těžkých posttraumatických stavů po úrazech hlavy a lézích nervové tkáně a je symptomem některých degenerativních a progresivních onemocnění centrální nervové soustavy, například amyotrofické laterální sklerózy (Neubauer a kol., 2007).

Podle typu získané dysartrie se liší symptomy doprovázející narušení komunikační schopnosti. U periferní dysartrie vznikající při postižení dolního motorického neuronu je řeč monotónní, nevýrazná, častým symptomem je porucha dýchání, chraplavý hlas, poruchy polykání, hypernazalita. Při poruše centrálního motorického neuronu a vzniku spastické dysartrie se projevuje celkové narušení dechové ekonomie, hlas je tlačný, tvořený se zvýšenou námahou, často tichý, výše posazený, typické jsou tvrdé hlasové začátky, celkové tempo řeči je zpomalené a výslovnost množství hlásek, především souhlásek, je narušena, řeč je nerytmická, těžkopádná, monotónní, pomalá s omezenou intonací, rušená častým mluvním frázováním. Ataktická dysarthrie vznikající při poškození mozečku a jeho drah s sebou přináší symptomy jako je mělké dýchání s nedostatečnou kontrolou při výdechu, nestabilní monotónní hlas s proměnlivou intenzitou často se jeví

jako mečivý, pomalé tempo řeči, splývání jednotlivých hlásek a slabik, nepřesná artikulace charakteristická neobratností mluvidel a nepřesnostmi v koordinaci jejich pohybů. Poruchou extrapyramidového systému vzniká hypokinetická dysartrie projevující se monotónní řečí s pauzami před jejím započatím v důsledku svalové ztuhlosti, překotným nepřesným projevem s opakováním slabik či slov, mělkým přerušovaným dýcháním, nestabilním hlasem s proměnlivou výškou a intenzitou, žmoulavými pohyby jazyka, pacienti často nedoříkávají slova do konce, vynechávají hlásky, občas i celé slabiky, mají kolísavé tempo řeči, při zvýšeném úsilí a soustředění se příznaky prohlubují, naopak při zabezpečení dostatečné stabilní symetrické tělesné opory se řeč zlepšuje. Dyskinetický syndrom je provázen hyperkinetickou dysartrií, která se manifestuje mimovolními pohyby rušícími celkovou motoriku včetně řečového projevu, jehož tempo je kolísavé, artikulace bývá zpomalená, řeč může být až nesrozumitelná, protože bývá silně narušena mimovolními pohyby a častými nádechy. Kombinací výše uvedenými typy získané dysartrie může vzniknout dysartrie smíšená, bývá častá u pacientů s rozsáhlým poškozením nebo degenerativním onemocněním centrální nervové soustavy. (Kalita a kol., 2006)

Verbální dyspraxie/apraxie

Odlišení verbální dyspraxie od dysartrie a motorické afázie není zcela jednoznačné. Neubauer a kol. (2007) udává, že u verbální dyspraxie nejsou svaly oslabeny, není narušen svalový tonus ani koordinace, pohyb není nijak omezen, ale je narušeno programování řeči samé. Dále musí být vyloučeny jazykové poruchy, dysgramatismy, poruchy čtení a psaní ve vztahu k expresivní afázii. Při diferenciaci diagnostice nacházíme u verbální dyspraxie nekonstantnost fonemických obtíží oproti dysartrii. U verbální dyspraxie pozorujeme chyby při tvoření jednotlivých hlásek, přičemž se chyby vyskytují nekonstantně. Postižený chybně nastavuje mluvidla, vážne řazení hlásek ve slově za sebou a objevují se i fonemické poruchy typu záměn, vynechávání nebo perseverace artikulačních segmentů projevu, a to zejména souhlásek. Obtíže gradují při iniciaci projevu. Pozorovat můžeme i mírné nápadnosti v prozódii a kadenci projevu. Verbální dyspraxie může být komplikována různými projevy neverbální dyspraxie, s kterými by neměla být zaměňována. (Neubauer a kol., 2007) Verbální apraxie znamená neschopnost provádět

volně řečové artikulační pohyby, a to při absenci parézy, oslabení nebo poruchy koordinace řečového svalstva. (Love, Webb, 2009)

2.2.3 Poruchy primárních funkcí orofaciálního traktu

Dysfagie

Dysfagii je možné stručně definovat jako poruchy polykání, které mohou spočívat v poruchách polykání slin, tekutin, tuhé stravy různé konzistence a léků. Tyto poruchy mohou nastat při narušení mechaniky samotného polykacího aktu, při neurologických, gastrointestinálních nebo dalších problémech. (Tedla a kol. 2009). Kejkličková (2011, s. 116) jako dysfagii označuje stav, „*kdy polykací akt neprobíhá hladce, kdy sousto zůstává vězet v polykacích cestách anebo polykání vyvolává pocit překážky. ... jedná se o poruchu polykání pevné či tekuté stravy, která nastává v průběhu transportu z dutiny ústní do žaludku.*“ Autorka dále dodává, že při čisté dysfagii nebývají zřetelné bolesti. Pokud je dysfagie spojena s bolestí, označuje se jako *odynofagie*, jako *aspiraci* označujeme vdechnutí stravy do cest dýchacích, *penetrace* označuje proniknutí stravy nad hlasivky bez aspirace, *drooling* znamená neudržení tekutiny nebo pevného sousta v dutině ústní, *reflux* označuje zpětný tok či přesun tekutiny, při *regurgitaci* dochází k zpětnému toku žaludečních šťáv ze žaludku do jícnu bez vyvolání dávivého reflexu, při *leakingu* pacient ztrácí kontrolu nad soustem vlivem snížené orální mobility nebo deficitu zpětné senzorké vazby, *pouch* jako zeslabení laterální stěny faryngu může vést k postdeglutivní aspiraci (Škodová, Jedlička a kol., 2007). Etiologie dysfagie je velmi rozsáhlá, patří sem například vrozené anomálie, nádorová onemocnění, obrny svalstva či pooperační deformace v oblasti orofaciálního traktu a dýchací soustavy, onemocnění slinných žláz, onemocnění centrální nervové soustavy a další. Statistika uvádí, že 45 % osob starších 75 let trpí poruchami polykání, přičemž se souběžně vyskytují rozličná onemocnění neurologická, psychiatrická a chronická onemocnění způsobená stářím. Dysfagie se často vyskytuje v kombinaci s dysartrií, neboť poškození centrální nervové soustavy má vliv i na schopnost respirace a příjmu potravy. (Kejkličková, 2011) Dysfagie ovlivňuje schopnost přijímat potravu a tekutiny, a tak nepřímou ovlivňuje i fungování pacientů v rodině a společnosti. Váhový úbytek často vede k nižší fyzické výkonnosti nemocných. (Tedla a kol., 2009)

Orální dyspraxie/apraxie

Neubauer a kol. (2007) hovoří o orální dyspraxii jako o potížích při opakování předvedených pohybů mluvidel, zejména pohybů jazyka, dolní čelisti a orofaciálních svalů. Obtíže gradují při napodobování dvou a více za sebou následujících pohybů podle předvedeného vzoru. Love a Webb (2009) rozvíjejí definici a charakterizují orální apraxii, při které se jedná o celkovou neschopnost opakování předvedených pohybů: „*Orální apraxie je neřečová porucha, která znamená neschopnost provádět neřečové pohyby svaly hrtanu, hltanu, jazyka a tváří, a to i přesto, že automatické pohyby – a někdy rovněž imitační pohyby – týchž svalů jsou zachovány. Tato porucha nevzniká následkem parézy, oslabení či narušení koordinace orálního svalstva. Může se vyskytovat izolovaně nebo spolu s řečovou apraxií. Neurologové většinou orální apraxii nazývají jako buko-faciální apraxii.*“ (Love, Webb, 2009, s. 217)

2.2.4 Poruchy kognitivně-komunikačních funkcí

U kognitivně-komunikačních poruch hraje dominantní roli porucha kognitivních procesů, zároveň jde i o poruchu řečové komunikace jako takové. Tento vztah ukazuje na „*propojení neurokognitivních jazykových a paměťových neuronálních sítí mozku i na klíčovou podpůrnou roli verbální dlouhodobé paměti a cílené pozornosti na funkci centrálních jazykových procesů v CNS*“ (Neubauer a kol., 2007, s. 59) a upozorňuje nás na propojení neurologické, neuropsychologické a logopedické diagnostiky a terapie a na nutnost nalezení interdisciplinárních vazeb při péči o takto postižené osoby. (Neubauer a kol, 2007) Tyto poruchy vznikají u pacientů s demencí a s traumatickým poškozením centrální nervové soustavy. K traumatickému poškození mozku dochází nejčastěji v důsledku prudké změny rychlosti, která způsobí rotaci, kompresi a expanzi mozku v lebce a následně vznikají léze a kontuze mozku. Taková situace nastává například při prudkém nárazu při dopravní nehodě nebo dalších nehodách. Symptomy takového poškození mozku mohou být totožné s afatickým poškozením, ale úlohou logopedické intervence je určit, které kognitivní procesy v pozadí jazykového výkonu pacienta jsou narušeny a v jaké míře. Logoped se tak stává součástí multidisciplinárního rehabilitačního týmu pečujícího o pacienta s traumatickým poškozením mozku. (Love, Webb, 2009)

2.3 Etiologie neurogených poruch komunikace

Vznik neurogených poruch komunikace způsobují nejčastěji čtyři příčiny. Jedná se o cévní onemocnění mozku, traumatické postižení centrální nervové soustavy (dále CNS), nádory a infekce CNS a degenerativní onemocnění CNS. (Neubauer a kol., 2007)

Cévní mozková příhoda

Cévní mozková příhoda (dále CMP) (*iktus*) je závažným a častým invalidizujícím onemocněním s velkou mortalitou a jeho prevalence se stále více posouvá do produktivního věku. Jedná se o třetí nejčastější příčinu úmrtí ve světě s finančně velmi nákladnou léčbou a rehabilitací. 80 % všech cévních mozkových příhod je tvořeno ischemickými ikty, hemoragické ikty tvoří 20 % celkového počtu. Méně častým, ale velmi závažným typem hemoragické CMP je subarachnoidální krvácení (dále SAK) často z ruptury aneurysmatu, tedy vrozeně vzniklého oslabení cévní stěny. Může dojít k výlevu krve mezi mozkové pleny při prasknutí cévní výdutě nebo jiné anomálie, většinou vrozené. Mezi vyvolávací příčiny tohoto stavu patří sportovní výkon, rozčilení nebo usilovný tlak na stoličce. (Neubauerová a kol., 2011) Cévní mozková příhoda je možnou příčinou vzniku demence (tzv. cévní, vaskulární demence), nebo spouštěčem pro vznik nebo zhoršení Alzheimerovy choroby. (Kalita a kol., 2006) Následkem poškození mozku může dojít i k poruchám sluchu a zraku, které mohou během několika týdnů odeznít. Až 60 % osob po CMP trpí určitým stupněm poruchy hybnosti a mentálních funkcí, především řečových a komunikačních, u 90 % pacientů po cévní mozkové příhodě, kteří přežijí, dochází k různě rychlému a různě kvalitnímu návratu porušených funkcí v rozmezí jednoho i více let. (Neubauer a kol., 2007) Svaly obličeje jsou následkem postižení velmi oslabeny a člověk postižený cévní mozkovou příhodou tak působí jako zamračený. Mohou se vyskytovat problémy se zavíráním oka, úst, poruchy salivace a polykání. Ochablost svalstva se týká i svalů rtů, jazyka a hrdla, což má neblahé následky na komunikační schopnost takového jedince. Cévní mozkové příhody mají závažné psychické i fyzické následky a znamenají zátěž nejen pro pacienta, ale také pro jeho rodinu a okolí. Přibližně u pětiny pacientů po cévní mozkové příhodě se objevují příznaky afázie. (Kejklíčková, 2011)

Traumatická postižení CNS

Traumatická postižení CNS jsou druhou nejčastější příčinou vzniku neurogenických poruch komunikace, a to zejména kvůli vysokému počtu dopravních nehod, a v menší míře i pracovních úrazů. Až u poloviny dopravních nehod dochází u jejich účastníků k poranění mozku a u 30 % z tohoto počtu nehod dochází ke vzniku narušené komunikační schopnosti. (Neubauer a kol., 2007) I podle Powella (2010) jsou nejčastějšími příčinami poškození mozku silniční nehody, dále pak pracovní a domácí úrazy, úrazy utrpěné při sportu a rekreaci a zranění vznikající jako důsledek fyzického napadení. Šlapal (2007) uvádí, že při poranění hlavy může dojít k postižení měkkých tkání (podkožní hematomy, tržně zhmožděné či řezné rány), ke zlomeninám (kostí lebečních, lební baze či kostí obličejových) a dále k mnohem závažnějším uzavřeným nebo otevřeným poraněním mozku. Mezi nejběžnější uzavřená poranění mozku se řadí otřes mozku (komoce), který patří mezi nejčastější úrazy v dětském věku vůbec. Komoce se řadí mezi lehké úrazy hlavy, mezi středně těžké úrazy hlavy patří zhmoždění mozku (kontuze) a nekomplikované krvácení, pacientovo bezvědomí trvající déle než šest hodin je charakterizováno jako těžký úraz. Při traumatu mozku často není přítomen žádný fokální nález, ale dochází k difuznímu poškození mozku následkem molekulární komoce způsobené akcelerací, rotací, kompresí či expanzí mozku, často po srážce s jiným předmětem, a vzniká tak dočasné nebo trvalé poškození jak šedé, tak bílé hmoty mozkové. Tyto se nejčastěji projevují jako poruchy kognitivních funkcí, psychických, fyzických a emočních schopností a dovedností. Otevřená poranění mozku jsou poměrně vzácná a dochází k nim při průniku dlouhého ostrého předmětu lebkou do mozku a roztržením či měkké tkáně. Vznikají specifická postižení mozku způsobená poškozením určité části mozku. (Love, Webb, 2009) Powell (2010) diferencuje poškození mozku při traumatické události, kdy mohou být zároveň zasaženy oblasti Wernickeho a Broccova, které mají vliv na komunikační schopnost jedince, a poškození mozku při CMP, kdy obě oblasti bývají zasaženy izolovaně.

Nádory a infekce CNS

Mozkové tumory se podle Neubauera a kol. (2007) vyskytují až u 2,6 % všech pacientů s neurologickým onemocněním. Lokalizace a typ tumoru ovlivní narušenou komunikační schopnost v celém spektru jejích možných symptomů. Narušení komunikační

schopnosti se zde neobjeví náhle jako po centrální mozkové příhodě, ale spíše jako pozvolna nastupující či skokově progredující symptomy. Podle Klenkové (2006) mají infekce centrální nervové soustavy spojené nejčastěji s encefalitidou (zánětem mozku) a meningitidou (zánětem mozkových blan) vliv na verbální paměť a řečovou komunikaci a často vznikají po traumatickém poranění centrální nervové soustavy nebo po operačním výkonu a komplikují a zpomalují obnovu porušených funkcí (Neubauer a kol., 2007).

Degenerativní onemocnění CNS a demence

Degenerativní onemocnění jsou charakterizována jako heterogenní skupina chorob CNS se společnými rysy, mezi které patří plíživý počátek, kterému předchází období bez příznaků; pomalý, často roky trvající progresivní průběh; symetrické postižení specifických nervových struktur; častý familiární výskyt. (Neubauerová a kol., 2011) Neubauer a kol. (2007) v této souvislosti hovoří zejména o Parkinsonově chorobě a neurologicky diagnostikovatelných syndromech s atrofií mozkové tkáně. Tato onemocnění se podílejí na vzniku pozvolně progredujících dysartrií a dyspraxií. Často zasahují především centrální motorický systém, nikoli kognitivní a fatické funkce. Většinou se jedná o onemocnění s dědičnou predispozicí. Alzheimerova choroba zapříčiňuje 50 – 60% všech demencí, které mají za následek narušení nejen komunikační schopnosti verbální i neverbální, ale také poruchy chování a psychické poruchy. Jednou z dalších příčin syndromu demence je např. Pickova choroba. (Neubauer a kol., 2007)

Intoxikace mozku

Škodová, Jedlička a kol. (2007) uvádí jako jednu z dalších možných příčin narušení komunikační schopnosti intoxikaci mozku, která v poslední době narůstá v souvislosti s vyšším výskytem užívání drogových látek a konzumací alkoholu. Objevují se i poškození mozku vlivem otravy CNS jedovatými plyny (nejvíce oxidem uhelnatým). V případě intoxikace mozku dochází jak k poruchám komunikace, tak i k deterioraci celé osobnosti.

3 Narušená komunikační schopnost u vybraných onemocnění centrální nervové soustavy a duševních chorob

Narušená komunikační schopnost u závažných onemocnění centrální nervové soustavy a duševních chorob se vyskytuje převážně u dospělých osob. Při komunikaci s takovými pacienty bychom měli komunikovat s porozuměním, navazovat oční kontakt, mluvit jasně a správně artikulovat, neopravovat a nehodnotit pacientův projev. Vhodné je klást uzavřené otázky, na něž může pacient odpovědět stručně ano/ne. (Kejklíčková, 2011)

3.1 Demence

Demence, duševní onemocnění, soubor příznaků podle desáté revize Mezinárodní statistické klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů charakterizovaný jako *„syndrom způsobený chorobou mozku, obvykle chronické nebo progresivní povahy, kde dochází k porušení mnoha vyšších nervových kortikálních funkcí, k nimž patří paměť, myšlení, orientace, chápání, počítání, schopnost učení, jazyk a úsudek. Vědomí není zastřeno. Obvykle je přidruženo porušené chápání a příležitostně mu předchází i zhoršení emoční kontroly, sociálního chování nebo motivace. Tento syndrom se vyskytuje u Alzheimerovy choroby, cerebrovaskulárního onemocnění a u jiných stavů, které primárně postihují mozek.“* (<http://www.uzis.cz/cz/mkn/F00-F09.html>) Přestože nástup onemocnění vypadá spíše na pouhé zhoršování psychických funkcí pacienta vlivem stáří, jde o onemocnění končící smrtí pacienta (Venglářová, 2007). Syndrom je způsoben degenerativními změnami mozkové tkáně, které mohou mít různé příčiny. Nejčastěji se syndrom demence vyskytuje u Alzheimerovy choroby, která tvoří 60 % veškerých demencí. Dále se objevuje také v symptomatologii některých závažných onemocnění mozku, jako jsou Pickova nemoc, Parkinsonova nemoc, Huntingtonova choroba, roztroušená skleróza, Wilsonova nemoc, Creuzfeldt-Jakobova nemoc aj. Mezi další příčiny demence patří onemocnění mozkových cév, srdeční selhání, prodělaný zánět mozku, mozková traumata, komoce či kontuze, hydrocefalus, průmyslové intoxikace, vedlejší účinky léků, metabolické poruchy, endokrinopatie, hypovitaminózy, onemocnění jater,

ledvinové selhání, pokročilá nádorová onemocnění, borelióza, progresivní paralýza, chronický alkoholismus, deprese aj. Demence se může vyskytnout v jakémkoli věku, dokonce i v dětství, ovšem s přibývajícím věkem riziko jejího vzniku narůstá. Jelikož v populaci stoupá procento starších osob, stoupá i výskyt syndromu demence. Jedná se o syndrom s progredujícím procesem, který končí úplnou změnou osobnosti a naprostým psychickým úpadkem pacienta. Mezi zasažené funkce se řadí porucha paměti, afázie, apraxie, agnózie, porucha řídicích funkcí. Mezi nastupující symptomy demence patří výpadky krátkodobé paměti, ztráta úsudku, porucha orientace, oslabená pozornost, změna chování, neschopnost abstraktního myšlení, poruchy komunikačních dovedností. Současně se mohou objevit neobvyklé afekty, změny nálady, neschopnost soustředění, oslabování vnímání, později nastává úpadek ve sféře etické i estetické. V posledních fázích se nemocný stává nesoběstačným, nedokáže vykonávat základní denní potřeby a je odkázaný na pomoc svého okolí. V důsledku ztráty zaměstnání a postupně i jiných psychických a fyzických aktivit pacient ztrácí své předchozí sociální začlenění. (Kejklíčková, 2011)

3.2 Alzheimerova choroba

Alzheimerova choroba je způsobena postupnou atrofií mozkových tkání a projevuje se narůstající demencí, poruchou myšlení s postupnou dezorientací, ztrátou kognitivních funkcí, později celkovou zmateností se snížením paměti a psychické výkonnosti. Bývá postižena i orientace v prostoru, časová orientace, pacient postupně ztrácí schopnost vykonávat běžné aktivity denního života, ztrácí schopnost plánovat a sekvencovat i velmi jednoduché činnosti (praní, vaření). Často se vyskytuje motorický neklid. Nastupují i poruchy chování a poruchy v citové oblasti (prudké změny nálad, afekty, agresivita, deprese, poruchy spánku, halucinace). V pokročilém stádiu se vyskytuje *prozopagnózie*, kdy pacienti přestávají rozeznávat jednotlivé osoby, nakonec nepoznávají ani svou rodinu a nejbližší. Zpočátku projevů nemoci je řeč sice plynulá, ale obsahově prázdná, nemocní sami často hledají význam slov (Koukolík, Jirák, 1998). Postupně je řeč postižena v expresivní i receptivní složce (globální afázie). Stává se setřelou a nesrozumitelnou, reakce jsou nepřiměřené, rozumění řeči slábne a nakonec zcela mizí. Motoricky je řeč postižena až v pozdějších stádiích nemoci, pragmatické a sémantické jazykové schopnosti

jsou naopak zasaženy velmi časně (Neubauer a kol., 2007). Nemocní ztrácejí i schopnost udržet oční kontakt s okolím (Koukolík, Jirák, 1998). Syndrom se zpravidla vyskytuje u pacientů starších 60 let. Etiologie choroby není jasná. (Kejklíčková, 2011) Typický je pomalý, nenápadný začátek onemocnění s trvale progredujícím zhoršováním duševních schopností Časná fáze je nenápadná, většinou si jí všímá nejprve okolí pacienta. Pokud choroba propukne před dosažením věku 65 let pacienta, její progres ve srovnání s osobami, u kterých se choroba projevila po dosažení 75 let věku, je rychlejší. (Topinková, 1999).

3.3 Pickova nemoc

Pickova nemoc má podobnou etiologii i symptomy jako Alzheimerova choroba. Je způsobena dědičnou specificky degenerativní encefalopatií s ložiskovými atrofiemi. Onemocnění se projevuje postupným rozpadem osobnosti a progredující demencí. Příznaky se mohou projevovat již mezi 40. a 50. rokem života jedince, střední doba průběhu nemoci je tři roky. Onemocnění začíná řečovými poruchami, které vyústí do neplynulé afázie, dále se může projevit apraxie, akineze, svalová rigidita, později emoční otupělost a mutismus. (Koukolík, Jirák, 1998). Kejklíčková (2011) dodává, že narušená komunikační schopnost nastupuje pozvolna, nejprve slábne mluvní výkon, objevuje se nutkání k nesmyslné mluvě, anomie, mluva bývá frázovitá, dochází k ulpívavému opakování slov i vět (perseverace), později nastupují vážné fatické poruchy znemožňující komunikaci, mluva je váhavá a rozvášná, někdy vymizí zcela. Mezi další příznaky patří snadná unavitelnost, neschopnost řešit obtížnější úkoly, oslabení až ztráta abstraktního myšlení, naopak paměť bývá dlouho zachována, objevuje se motorický neklid, bezúčelové aktivity, nesmyslná mluva, oslabení mimiky, někdy svalová atrofie. Později dochází k narušení sociálních vazeb a k oslabení až ztrátě etických zábran.). (Kejklíčková, 2011)

3.4 Parkinsonova nemoc

Parkinsonova nemoc je degenerativní onemocnění projevující se svalovou ztuhlostí, třesem a omezenou pohyblivostí. Je způsobena sníženou produkcí dopaminu, což je látka potřebná k přenosu nervových vzruchů v mozku. Nejčastěji se onemocnění projevuje u

osob vyššího věku, nezářídka symptomy nastupují i u osob středního věku. Nemoc má dědičnou predispozici, ale etiologie onemocnění není jasná. Mezi symptomy patří snížená pohyblivost, oslabené až vymizelé přirozené souhyby včetně mimiky a gestikulace, maskovitý obličej, strnulé držení trupu a končetin v předklonu, krátké zrychlené šouravé kroky při chůzi, nahrbení dopředu, tendence k padání, charakteristický třes, který při rozrušení sílí. Kognitivní funkce zpočátku nebývají porušeny. V pokročilém stádiu nemoci se objevují příznaky demence. Podobné symptomy má i Parkinsonův syndrom, který vzniká následkem poškození v extrapyramidovém systému. (Kejklíčková, 2011) Verbální projev je monotónní, někdy se stává méně zřetelným, rozmazaným, chybí mu dynamika. Pohyby jazyka, rtů a měkkého patra jsou omezené a pomalé. Řečové tempo je naopak zrychlené. Hlas je slabý a dyšný s abnormální výškou a zabarvením. Při opakování slabik spolu tyto mohou začít splývat. Někteří pacienti mají možnost využít jen tak malého rozsahu pohybů v orofaciální oblasti, že v kombinaci s rychlým řečovým tempem není vůbec zřetelný rozdíl mezi slabikami a je slyšet pouze zvuk připomínající bzučení a brumlání. Řeč pacientů s Parkinsonovou nemocí se ale značně liší podle stadia onemocnění a podle efektivity medikamentózní léčby. Mezi symptomy onemocnění se řadí i dysfagie ve všech čtyřech fázích procesu polykání. (Love, Webb, 2009)

3.5 Amyotrofická laterální skleróza

Onemocnění způsobuje progresivní degeneraci systému horního i dolního motoneuronu. Projevuje se nejčastěji v páté dekádě věku pacienta, etiologie není známá. Mezi prvními příznaky výskytu onemocnění se může projevit setřelá řeč nebo porucha polykání, případně jen mírně změněná kvalita hlasu. V průběhu času dochází k úplné ztrátě schopnosti verbální komunikace a příjmu potravy orální cestou. Obecně se vyskytují příznaky poškození jak horního tak dolního motoneuronu, klinický obraz je proto smíšený. Svaly jsou slabé, ale reflexy mohou být zvýšené, přítomny bývají fascikulace a atrofie, ale i spasticita. Lze sledovat příznaky pervazivní slabosti rtů, jazyka a měkkého patra. Rozsah pohybů je omezený a postižení může být asymetrické. Na jazyku můžeme sledovat fascikulace a později i atrofii. Sledovat můžeme drsnější přiškrcený hlas se sníženou výškou, který má často vlhký a kloktavý charakter. U některých pacientů se projeví slabá

addukce hlasivek, která vede k dyšnosti a krátkým frázím, slyšet můžeme hlasité nádechy. Přítomna je monotonie výšky a síly hlasu a redukce přízvuku. Často je přítomná hypernazalita. Projevuje se nepřesná artikulace hlásek, hlavně souhlásek. Srozumitelnost verbálního projevu je narušena zpomaleným tempem řeči a omezeným rozsahem pohybů artikulačních orgánů. Řeč je často zcela nesrozumitelná. Pacient může trpět dysfagií v důsledku špatné kontroly jazyka a jazykové stáze, převážně při polykání tekutin. Může se vyskytovat zpožděná reakce polknutí, takže může docházet k aspiraci před polknutím. V průběhu onemocnění se mohou vyskytnout problémy s volní kontrolou salivace. V pozdním stádiu onemocnění bývá nutné zavedení výživy sondou. (Love, Webb, 2009)

3.6 Roztroušená skleróza

Roztroušená skleróza je autoimunitní onemocnění zasahující především bílou hmotu mozkovou a je charakterizováno rozptýlenými ložisky demyelinizace, která způsobují narušení přenosu nervových impulzů v centrální nervové soustavě (Love, Webb, 2009). Onemocnění je relativně časté, vyskytuje se převážně mezi 20. a 50. rokem života jedince, přičemž časné příznaky onemocnění bývají mírné. Etiologie vychází z latentní infekce tzv. pomalými viry v dětství a následnou autoimunitní reakcí organismu, jejíž impulz není stále zcela znám. Výsledkem je narušení ochranných myelinových pochev v nervových drahách mozku a tvorba perivaskulárních infiltrátů, které mohou být rozesety v různých oblastech mozku. Podle lokalizace chorobného procesu se liší symptomatologie, mezi kterou řadíme záněty hlavových nervů, svalové obrny, poruchy zraku, neurastenické potíže, svalové slabosti, menší výkonnost, závratě, instabilitu, nystagmus, výpadky citlivosti, potíže s močením a defekací, neúměrnou euforii, v pozdějších stádiích demenci. Onemocnění má nejednotný průběh s různě dlouhými obdobími bez příznaků a novými atakami. V pokročilém stádiu dochází k omezení hybnosti a invalidizaci osob. Mluva se mění, je nepřirozená a skandovaná, vyskytuje se dysartrie, nejčastěji smíšená spasticko-ataktická. Fatické poruchy se obvykle nevyskytují. (Kejklíčková, 2011)

3.7 Chorea

Chorea je skupinové označení několika onemocnění extrapyramidového systému, které se projevují mimovolnými škubavými pohyby v důsledku neovladatelných rychlých kontrakcí svalových skupin v obličeji, na končetinách a na trupu. (Kejklíčková, 2011)

Huntingtonova choroba je chronické progresivní degenerativní dědičné onemocnění mozku projevující se nepravidelnými náhlými mimovolnými pohyby končetin a obličejových svalů. Onemocnění je smrtelné. (Love, Webb, 2009) Je způsobeno atrofickými změnami mozku, začíná se manifestovat mezi 25. a 55. rokem života jedince, projevuje se svalovými spasmami, rigiditou, oslabením hybnosti, poruchami citlivosti, parestezií, bolestmi v oblasti trupu a končetin. Objevuje se dysfagie značně se lišící u jednotlivých pacientů kvůli neustále se měnící pozici těla v důsledku mimovolných rychlých a nepravidelných pohybů. Dále inkontinence moči a stolice, někdy kachexie, může docházet k těžkým psychickým poruchám se sebevražednými tendencemi, halucinacemi, rigidita, nakonec nastupuje demence. Deprese postihuje přibližně 40 % nemocných (Koukolík, Jirák, 1998). Mluva bývá těžce dysartrická, artikulace pomalá a namáhavá doprovázená velice přehnanou křečovitou škubavou mimikou a gestikulací včetně nepřírozených pohybů trupu a dolních končetin. (Kejklíčková, 2011) Pro onemocnění je charakteristický tzv. příznak jazyka, kdy pacient není schopen udržet vyplazený jazyk déle než několik málo sekund nebo vůbec. (Love, Webb, 2009)

Wilsonova nemoc je závažné dědičné onemocnění způsobené poruchou metabolismu mědi. (Love, Webb, 2009) Postihuje játra a mozek nadbytečným vstřebáváním a hromaděním mědi nejprve v játrech, dále v mozku a ledvinách, očích, slinivce a dalších orgánech. Nahromaděná měď působí degeneraci tkání a narušuje funkci postižených orgánů. Postupné chřadnutí organismu se projevuje řadou symptomů jako je třes, rigidita, poruchy hybnosti, svalové kontraktury, těžká dysartrie, epileptické záchvaty, mozečkové záchvaty, bulbární paralýza, jsou narušeny vegetativní funkce, vyskytují se bolesti břicha. Postižení korových funkcí se projevuje neovladatelnými afekty, ubýváním a ztrátou poznávacích funkcí, poruchou chování, rozpadem intelektu a demencí. (Kejklíčková, 2011)

Creutzfeld-Jakobova nemoc je vzácně se vyskytující smrtelné neurodegenerativní onemocnění mozku, při kterém postižený jedinec umírá během několika měsíců až let. Onemocnění je charakterizováno pomalu progredující demencí, myoklonickými fascikulacemi, ataxií, somnolencí s pozvolným počátkem, halucinacemi, těžkou dysartrií, senzoricou i motorickou afázií. (Love, Webb, 2009) Typické jsou i zrakové poruchy v raném stádiu onemocnění (Koukolík, Jirák, 1998).

3.8 Atetóza

Atetóza je poškození extrapyramidového systému vzniklé traumatem během porodu, zánětlivými nebo degenerativními procesy. Na rozdíl od chorey se vyznačuje pomalejším, tonickým stahem svalu nebo skupiny svalů s delším trváním (Love, Webb, 2009). Projevuje se porušeným držením těla, poruchou svalového tonu a zhoršenou hybností. Pohyby končetin jsou mimovolné, bezúčelové, pomalé, šroubovité, kroutivé, vzpíravé. Trup se nepřirozeně předklání, uklání, zaklání, prsty rukou se roztahují, dlaně přetáčí. Kognitivní funkce většinou nebývají porušeny. Mluvu je možné popsat podobně jako pohyby končetin, je dysartrická, pomalá, artikulace těžce koordinovatelná, často doprovázena otevřenou huhňavostí, někdy zvýšenou salivací. Mimický, pantomimický i gestikulační doprovod mluvy je nechtěný, přehnaný, nepřirozený. (Kejklíčková, 2011)

4 Péče o pacienty s neurogenní poruchou komunikace

Úloha logopedické intervence v rámci neurologické rehabilitace je velmi důležitá, protože tento obor se již během časně fáze rehabilitace intenzivně podílí na interdisciplinárním terapeutickém konceptu. Narušení komunikační schopnosti s etiologií v poškození centrální nervové soustavy je velmi časté a komunikace s okolím má již od rané fáze onemocnění pro pacienty velkou prioritu. Narušená komunikační schopnost znamená nejen pro pacienta s neurologickým onemocněním ztrátu kontaktů a životní kvality, a tedy i narůstající sociální izolaci. Hlavním cílem terapie je proto co nejrychleji umožnit pacientovi komunikovat s okolím. (Lippertová-Grünerová, 2013) Logopedická intervence u pacientů s neurogenním narušením komunikační schopnosti podléhá vývoji a poznatkům v oblastech anatomických, neurofyzilogických, neurobiologických a neurologických lékařských oborů. Tyto dnes produkují velké množství odborných dílčích poznatků, často protichůdných, ale zároveň malé množství zobecňujících doporučení pro postup v průběhu celkové rehabilitace pacienta s postižením CNS. (Neubauer a kol., 2007)

Péče o pacienty s neurogenním narušením komunikační schopnosti je dlouhodobým procesem, jehož úspěch je podmíněn spolupracujícím okolím postižené osoby. Pomocí terapeutických postupů jsou rozvíjeny stávající komunikační schopnosti pacienta, zároveň jsou doporučovány nové techniky, ze kterých může pacient vytěžit větší úspěšnost svých verbálních a neverbálních komunikačních snah. V tomto úsilí je podstatná pomoc a podpora okolí pacienta, které vytvořením motivujícího rodinného či institucionálního prostředí může značně přispět k úspěšnosti rehabilitace. Klinický logoped by měl být schopen nejen najít a uplatňovat zásady nejvhodnějších způsobů komunikace u konkrétního pacienta, ale především je předávat a demonstrovat těm, kteří jsou s pacientem v pravidelném kontaktu. Kvůli závažnému dopadu poškození CNS by měl být celý proces logopedické intervence prostoupen psychoterapeutickými metodami. Cílem je umožnit maximální využití psychického potenciálu pacienta a efektivní práce s reaktivními depresivními stavy či neadaptivními formami chování. Schopnost propojit logopedické, psychoterapeutické a kognitivní postupy rehabilitace vyžaduje od terapeuta celoživotní

rozšiřování vlastní odborné kompetence. Kvalita spolupráce klinického logopeda s lékaři, fyzioterapeuty, psychology a dalšími členy multidisciplinárního týmu ovlivní vedení a progres rehabilitačního programu. (Neubauer a kol., 2007)

Logopedická intervence u dospělých osob musí být přizpůsobena psychickým schopnostem pacienta přiměřeným motivujícím obsahem a vhodnými pomůckami podle věku pacienta. U dospělých osob není vhodné používat neupravené materiály a postupy využívané při logopedické intervenci u dětí. Takové snahy můžeme dnes zaznamenat hlavně od nekvalifikovaných osob z rodinného prostředí pacienta, kterému je potřeba tyto dobře míněné snahy o pomoc rodinnému příslušníkovi vlídně rozmluvit. Přetrvávající mýty o obsahu logopedické intervence jako o metodice vyvozování jednotlivých hlásek je těžké vyvrátit i některým odborníkům z lékařských a nelékařských oborů. Logopedická intervence v sobě zahrnuje i snahu o opětovné vybavení vyšších psychických a kognitivních funkcí v oblasti verbální a neverbální komunikace. Nutností pro zacílení rehabilitačního postupu je podrobná diagnostika orientovaná na zjištění typu a rozsahu neurogení poruchy komunikace. Kombinace více poruch řečové komunikace nejsou v praxi žádnou výjimkou, například u osob s rozsáhlým poraněním mozkové tkáně se můžeme zároveň setkat s fatickou poruchou a získanou dysartrií, u které mohou mít poruchy fonace, respirace a prozódie koexistující charakter, nebo mohou mít dominantní roli. Individuální terapeutický program zacílený na projevy konkrétních komunikačních obtíží s optimální kombinací terapeutických technik pro jednotlivé neurologické pacienty je tak předpokladem dlouhodobého kladného efektu v jejich rehabilitaci. Terapeutický program nelze stanovit šablonovitě podle orientační diagnostiky. (Neubauer a kol., 2007)

Nejintenzivnější by terapie měla být v prvních měsících po vzniku poruchy, aby bylo umožněno maximálně dynamizovat proces rehabilitace a maximalizovat komunikační potenciál pacienta. Tato intenzivní dlouhotrvající terapie se v našem zdravotním systému odehrává v rehabilitačních ústavech, lázeňských léčebnách a v léčebnách dlouhodobě nemocných. V postakutním stádiu péče je logopedická intervence poskytována i na rehabilitačních, interních a neurologických odděleních nemocnic. V systému následné rehabilitační péče je potřeba do budoucna stabilizovat rehabilitační týmy v regionálních

nemocnicích či podpořit rozvoj domácí péče s docházkou klinického logopeda za pacientem do domácího prostředí. (Neubauer a kol., 2007)

4.1 Facioorální terapie

Facioorální oblast má pro člověka velký význam. Ústy člověk přijímá potravu a komunikuje. Jedná se o velmi intimní oblast těla, ve které se nachází velké množství senzorických receptorů. Po dlouhou dobu neurorehabilitace nevěnovala této oblasti příliš velkou pozornost, byla prováděna jen základní hygienická opatření a ústa byla chápána jako orgán pro příjem potravy. Moderní neurorehabilitace přináší velký rozvoj facioorální terapie a zařazuje ji do každého rehabilitačního konceptu. Je prováděna převážně odborníky logopedickými a ergoterapeutickými. Na mimických pohybech, pohybech příjmu potravy a pohybech při tvorbě řeči se podílejí různé motorické funkční systémy, jako je facioorální, faryngeální a laryngeální svalstvo. (Lippertová-Grünerová, 2005)

Lippertová-Grünerová (2005) popisuje následky poškození, kdy kvůli abnormálnímu tonu mimického svalstva a poruchám senzitivity dochází k omezení mimiky a tím také nonverbální komunikace, ústa pacienta jsou často zavřena, což omezuje pohyb jazyka. Pacient není schopen ústa otevřít, což může být podpořeno kousacím reflexem, jenž často stěžuje jak provádění hygienických opatření, tak příjem potravy. Dochází ke zvýšenému riziku tvorby zubního kazu a paradentózy. Při otevírání úst násilím může dojít k poškození zubů, ale také k aspiraci odlomených pomůcek ústní hygieny. Pacient může jen velmi omezeně přijímat tekutou i tuhou stravu, ztrácí možnost kontroly úst, dochází k výtokům slin. Dysfagie vede k velkému riziku aspirace a vzniku pneumonie. Dochází k hyperextenzi krční páteře, která vede k poruchám polykání a omezuje tvorbu hlasu, jehož hlasitost je tak velmi proměnlivá. Dochází k problémům s artikulací.

Zvýšený svalový tonus facioorální oblasti je doprovázen i zvýšeným napětím krční páteře a jazyka. Snížením svalového tonu můžeme dosáhnout otevření úst a snížení spasticity jazyka. Terapie facioorální oblasti patří spolu se správným polohováním a pasivním pohybováním k prvním terapeutickým aktivitám, které se v časně rehabilitaci provádějí. Mobilizace krční páteře má za cíl dosáhnout optimální výchozí pozice pro další

terapii, která umožňuje pohyb do stran a předklon. Dále přichází na řadu taktilní, termická, vibrační a kinestetická stimulace všech mimických svalů, která podporuje normalizaci svalového tonu. Provádí se pasivní pohyby přirozených funkcí mimického svalstva při povrchové i vnitřní stimulaci ústní dutiny. Oblast ústní dutiny je místem vysoké senzitivity, tedy i možným místem vzniku sensorické deprivace. Facioorální oblast je u zdravého jedince vystavena mnoha sensorickým impulsům (při příjmu potravy, mluvení, pohybech jazyka), proto u pacienta například v kómatu je přísun těchto podnětů zcela redukován. Jediným sensorickým stimulem jsou v takovém případě hygienická opatření a odsávání slin, která mohou být pro pacienta při snížení ostatních sensorických podnětů velmi bolestivá. Včasné zahájení facioorální terapie zabraňuje vzniku sensorické deprivace a připravuje základ pro pozdější terapii poruch polykání a řeči. (Lippertová-Grünerová, 2005)

4.2 Péče o afatické pacienty

Afázie jakožto narušení komunikační schopnosti ovlivňující percepci a/nebo expresi jazyka a vyšší psychické funkce člověka, jako jsou kognitivní funkce, zásadně ovlivňuje komunikační schopnost jedince a tudíž jeho socializaci a kvalitu života. O afatického pacienta je nutné tedy pečovat především komplexně a systematicky. Kromě logopedické intervence je třeba zajistit celkovou rehabilitaci, péči psychologickou, neurologickou, interní a psychiatrickou. Klinický obraz poruch kognitivních funkcí u osob s afázií je variabilní a závisí na lokalizaci léze a na etiologii jejího vzniku (Vitásková a kol., 2015). Pro plánování terapie pacienta s afázií je klíčovým bodem precizní diagnostika všech komunikačních funkcí. Hlavním cílem logopedické intervence není v případě afatického pacienta naučit ho mluvit bezchybně, ale jeho komunikační schopnosti reedukovat natolik, aby se domluvil s intaktní společností v běžných denních situacích. Hlavní je tedy funkční aspekt komunikace v každodenním životě pacienta (non-lingvistický), formální stránka řeči (lingvistická) je druhotná. Tento přístup k terapii afázie označujeme pojmem *pragmaticky orientovaná terapie*. (Kejklíčková, 2011)

Na základě analýzy diagnostického testování řečové poruchy terapeut určí postup rehabilitace, která směřuje do dvou základních oblastí. Jednak k rehabilitaci

nejdůležitějších složek jazykového systému (zachované složky jsou rozšiřovány o složky nové) a jednak k rehabilitaci komunikačních schopností každého pacienta, jehož kompenzační strategie je modifikována do co nejsrozumitelnější formy. Uvedené oblasti nebývají zasaženy stejně intenzivně. Přestože pacient může v jazykových testech dosahovat dobrých výsledků, nemusí si poradit v modelových komunikačních situacích, a naopak. (Kulišťák a kol., 1997)

Procesy úpravy poškozených oblastí mozku po cévní mozkové příhodě probíhají třemi způsoby: restitucí, kompenzací a adaptací. **Restituce** zahrnuje částečnou nebo úplnou obnovu funkcí poškozených mozkových oblastí, v kterých se ihned po vzniku léze tvoří edém. Ten znemožňuje látkovou výměnu nervových buněk, které tak mohou být oslabeny, ale nemusí být odumřelé. Po vstřebání edému se mohou buňky zotavit a podle počtu zasažených buněk nastává ústup poruch a návrat ztracených schopností. Proces probíhá převážně automaticky, medikamentózní a cvičná léčba tomuto napomáhá. Pokud nepoškozené buňky v okolí buněk odumřelých a poškozených tvoří nové nervové spoje a přebírají jejich funkci, mluvíme o **substituci**. Dochází tak k substituci původního uspořádání a k reorganizaci funkčních procesů. **Kompenzace** nastává, pokud se do obnovy ztracených funkcí po delším čase od příhody zapojí i buňky a spoje v mozku, které jsou od postiženého místa vzdálené a funkčně s ním málo příbuzné. (Kejklíčková, 2011)

Logopedická intervence v případě narušené komunikační schopnosti po cévní mozkové příhodě, afázie, má tři obdobné roviny. **Funkční restituce** zahrnuje logopedickou intervenci v procesu obnovy původních komunikačních funkcí nebo alespoň zachování schopnosti komunikovat. Při **funkční kompenzaci** dochází k nahrazení neobnovitelné části komunikačních schopností jinými způsoby vyjadřování. Pokud nastupuje přizpůsobení sociálního prostředí pacienta jeho potřebám a omezením, mluvíme o **funkční adaptaci**. (Kejklíčková, 2011) „V praxi jde tedy o to, obnovit schopnost pacienta vyjadřovat se dostatečně mluvou (restituce) nebo vyjádřit chybějící slovo, výraz, pojmenování opisem (kompenzace) a osoby z jeho blízkého okolí instruovat, jak mají s postiženým nejvhodněji jednat (adaptace).“ (Kejklíčková, 2011, s. 56)

Lippertová-Grünerová (2005) rozlišuje v terapii afázie tři fáze: fázi aktivace, fázi specifického cvičení a fázi konsolidace. Ve **fázi aktivace** se akutní stádium onemocnění

může projevit spontánní remisí afázie. V tomto stadiu je nutné podpořit spontánní remisí aktivním logopedickým tréninkem. **Fáze specifického cvičení** začíná 4-6 týdnů po začátku onemocnění, kdy se afázie manifestuje v plném rozsahu. Nasazovány jsou indirektní, direktní a kompenzační metody individuální terapie deficitů řeči. **Fáze konsolidace** má za cíl zlepšení komunikační schopnosti pacienta. Dosavadní komunikační schopnosti je třeba uplatnit v oblastech komunikace denního života. Děje se tak převážně formou skupinové terapie, kde má pacient možnost komunikovat při rozhovorech a každodenních situacích.

Po zajištění vitálních funkcí pacienta a souhlasu ošetřujícího neurologa, internisty a anesteziologa, může již na jednotce intenzivní péče začít logopedická intervence. Ta probíhá podle typu a závažnosti řečové poruchy i podle celkového fyzického a psychického stavu pacienta, zejména podle rozsahu a stupně ochrnutí. Již od počátku je stěžejní spolupráce s příbuznými a blízkým okolím pacienta. Po propuštění z nemocničního léčení logoped zajišťuje návaznost péče v místě bydliště pacienta, může se jednat o terapii skupinovou i individuální. V rámci komprehenzivní rehabilitace afatiků je doporučováno využití rekondičních pobytů nabízejících pestrý léčebně-rehabilitační program. Mezi moderní terapeutické přístupy patří i muzikoterapie a arteterapie. Tyto usnadňují kontakt s pacientem, navozují komunikační pohodu, přímo rozvíjejí pohybové schopnosti, zlepšují sensorické vjemy a přispívají k lepšímu estetickému cítění na aktivní i pasivní úrovni zapojení pacienta. Pacient tak získává pocit uspokojení a seberealizace, který pomáhá v celkové i řečové rehabilitaci. (Kejklíčková, 2011)

Pokud ani po největším nasazení odborné péče nelze dosáhnout ústupu fatické poruchy a dostatečného obnovení řečových funkcí, přichází na řadu totální komunikace, kdy se logoped snaží využít všechny možné prostředky nonverbální komunikace a veškeré alternativní komunikační systémy jako podporu a doplnění mluvního projevu k úspěšnému dosažení komunikačních cílů. V tomto případě lze využít i moderních elektronických pomůcek s počítačovými systémy individuálně naprogramovaných podle vyjadřovacích schopností, možností a potřeb pacienta. (Kejklíčková, 2011) *„Základním úkolem logopedie v rámci celého týmu na rehabilitaci zúčastněných odborníků zůstává s maximální snahou a všemi použitelnými prostředky dosáhnout nejvyšší možné míry komunikační schopnosti a soběstačnosti afatika.“* (Kejklíčková, 2011, s. 59)

Jednou ze zásadních úloh logopedické intervence při rehabilitaci afatického pacienta je navázat úzkou a důvěrnou spolupráci s rodinou a blízkým okolím pacienta. Tito často nemají dostatek informací, jak postiženému co nejúčinněji ulehčit běžné denní situace a současně co nejefektivněji pomoci v rehabilitační terapii. Logoped by tak měl kromě své cílené odborné činnosti získat k informované spolupráci příbuzné a blízké pacienta. Psychická podpora okolí, povzbuzování, ocenění za každou snahu a pokrok pacienta dává postiženému pocit, že není ve svém neštěstí opuštěn, že má k dispozici pomoc a podporu. Logoped přispívá i k organizaci denních aktivit pacienta tak, aby měl lehce unavitelný pacient dostatek klidného odpočinku, zajišťuje pomoc při chůzi, zjednodušuje pohyb v prostoru a může doporučit i případné úpravy bytu. V případě upoutání pacienta na lůžko je třeba pečovat o vhodnou polohu vleže i v polosedě, zajistit polohovací lůžko, podpěry a polštáře, uchopovací madla apod. Domácí prostředí pacienta nabízí pro rehabilitaci řeči řadu podpůrných impulzů, jako je společné prohlížení fotografií, upomínkových předmětů, dokumentů, knih, osobních sbírek, diplomů atd. Vzpomínky z různých životních období mohou být zdrojem výchozích prvků k rozvoji komunikačních dovedností. Jedná se o tzv. reminiscenční terapii. (Kejklíčková, 2011)

Pokusy o využití medikace při léčbě afázie mají dlouhou historii, ovšem s nepovzbudivými a metodologicky nepodloženými výsledky. V posledních letech se ale věda podrobněji zabývá výzkumem role jednotlivých neurotransmiterů, a tím přichází i možnost využití léčiv v rehabilitaci afázie. Některé jazykové funkce, jako například verbální paměť a verbální fluence, je možné ovlivnit působením na specifické neurotransmiterové systémy v mozku. Pouze několik z objevených dvaceti neurotransmiterů je možné ovlivnit medikací, která má vliv na kognitivní funkce a která má v lepším případě pouze sekundární nespecifický přínos pro řeč a jazyk. Bylo zjištěno, že verbální fluence řeči je ovlivněna dopaminergními systémy. Při snížené produkci dopaminu například při Parkinsonově chorobě je tedy fluence řeči zasažena. Jeho produkce snížená při parkinsonismu může být pozitivně ovlivněna L-dopou a dochází tak ke zlepšení parametrů řeči jako jsou hlasitost, tempo, frázování nebo syntaktická stavba, dojít může i k redukci parafází. (Love, Webb, 2009)

Při komunikaci s afatickým pacientem bývá velký rozdíl v možnostech verbální komunikace v klidu a bez rušivých vlivů oproti mluvě ve stresu a časovém nátlaku. Verbální projev také kolísá nahoru a dolů den ode dne. Před začátkem rozmluvy tedy upoutáme pozornost osoby s afázií a odstraníme rušivé vlivy v okolí. Mluvíme pomalu, výrazně, oddělujeme slova, používáme krátké věty, projev podporujeme neverbálně. Obsah udržujeme u krátkých konkrétních témat bez abstraktních pojmů. Sdělení a klíčová slova pomalu opakuje, ale nezvyšujeme hlas. Nepohoršujeme se nad častými nadávkami, které mohou být automatismy při snaze o pokus říct jiná slova. Dobré je klást uzavřené otázky. Člověka s afatickým projevem neopravujeme při gramatických či syntaktických chybách, jeho projev nehodnotíme ani nesrovnáváme. Osoby s těžkou afázií mohou mít problém porozumět i nejzákladnějším dotazům a nemusí být schopny artikulované mluvy. Přesto jsou dospělými myslícími a cítícími bytostmi a nemůžeme na ně mluvit jako na dítě či o nich mluvit ve třetí osobě v jejich přítomnosti. (Neubauer a kol., 2007)

4.3 Péče o pacienty se získanou dysartrií

Získaná dysartrie je popisována jako narušení motorické realizace řeči s doprovodnými poruchami fonace, respirace, rezonance a prozodie při zachovaném porozumění, zpracování a kódování mluvené řeči v důsledku organického poškození centrální nervové soustavy. Přidružit se mohou i problémy dysfagické. Při úplné neschopnosti pacienta artikulovat, a tedy verbálně komunikovat, se jedná o anartrii. U dospělých osob se s touto diagnózou setkáme ve spojení s cévní mozkovou příhodou, úrazy hlavy, stavy po operacích v oblasti mozku, infekčním či onkologickým onemocněním mozku. U takto náhle vzniklé dysartrie dochází po určité době k částečnému samovolnému zlepšení verbální komunikace, často je ale nutná pomoc klinického logopeda, který by měl pacienta sledovat již od počátku manifestace symptomů. Na vznik dysartrie může mít postupný vliv i medikace. Parkinsonova nemoc, roztroušená skleróza, a degenerativní onemocnění centrální nervové soustavy jsou doprovázeny postupně se zhoršující dysartrií. Cílem terapie v těchto případech je zpomalit či zastavit proces rozvoje dysartrie, případně zvolit vhodné kompenzační postupy. (Kalita a kol., 2006)

Podrobné vyšetření a stanovení primární diagnózy přísluší neurologovi, který následně odesílá pacienta ke klinickému logopedovi s popisem výsledků moderních zobrazovacích metod, lokalizace a rozsahu postižení, stavu centrální nervové soustavy, přítomnosti patologických reflexů a stavu smyslových orgánů pacienta. Na rozvoji hybnosti pacienta a obnově původních motorických dovedností spolupracují i rehabilitační lékař a fyzioterapeut, kteří polohují a stabilizují pacienta a snaží se nalézt nejvhodnější polohu pacienta pro zrakový kontakt a verbální komunikaci s okolím. Ergoterapeut jako součást týmu zajišťuje a rozvíjí schopnost sebeobsluhy a samostatného pohybu pacienta, jeho jemnou motoriku, kognitivní schopnosti, dovednosti související s příjmem potravy a další. V nutných případech je do týmu pečujícího o pacienta s dysartrií zahrnut i foniatr, otorinolaryngolog, oftalmolog či psychiatr. Při vyšetření pacienta je třeba zaměřit pozornost na oblasti faciokineze, diadochokineze, polykání, žvýkání, kašláni, fonorespirace, fonace, fonetiky, artikulace, prozódie a tempa řeči, srozumitelnost čteného a psaného projevu, které jsou součástí dysartrického profilu pro získané dysartrie. Dále je možné využít škály pro psychologickou diagnostiku nebo diagnostiku klinické logopedie k hodnocení řečových schopností intaktní dětské populace. (Kalita a kol., 2006)

Včasnost zahájení logopedické diagnostiky a terapie ihned po té, co se pacient dostane mimo ohrožení života, je zásadní pro její úspěch. Pokud u pacienta dochází k postupnému zhoršení komunikačních obtíží v rámci degenerativního onemocnění CNS, úlohou logopeda je snaha o zlepšení případně stabilizaci řečového projevu a celkového zlepšení komunikace s okolím. Pokud se zhoršování komunikační schopnosti pacienta nezastavuje, úlohou logopeda se stává postupně připravit okolí na určitý alternativní způsob komunikace, díky kterému by si pacient i nadále uchoval dosavadní sociální kontakty. Dostatek kvalitní logopedické intervence v lůžkových zdravotnických zařízeních, mezi které patří jednotky intenzivní péče, neurologická a další oddělení nemocnic, rehabilitační zařízení, lázeňské léčebny a další, je důležitý z hlediska nutnosti zahájení včasné logopedické péče co nejdříve po vzniku dysartrie, kdy je největší šance na dosažení terapeutického cíle. Úlohou logopeda je mimo jiné objasnit pacientovi a jeho rodině a nejbližším smysl a cíle terapie, měl by realisticky zhodnotit možnosti pacienta a seznámit jej s faktem, že terapie je dlouhodobou záležitostí a její úspěšnost je závislá na spolupráci pacienta. (Kalita a kol., 2006)

Logopedická intervence je v případě dysartrického pacienta podle Kality (2006) zaměřena na vhodnou motivaci pacienta ke komunikaci, stimulační terapii, úpravu postury, terapii poruch citlivosti v dutině ústní a na obličeji, terapii poruch polykání, terapii nadměrné salivace, rozvoj orofaciální motoriky, dechovou terapii a svalovou relaxaci, fonační cvičení, vokalizaci, rytmizační postupy, případně zavedení alternativní a augmentativní komunikace, práci s počítačem a dalšími elektronickými pomůckami, skupinovou terapii a prognózu. Prognóza je příznivější, pokud je pacient veden systematicky multidisciplinárním týmem odborníků již od počátku diagnózy a pokud je v pravidelném kontaktu s klinickým logopedem, který má dostatečné zkušenosti s terapií dysartrie a přidružených poruch. U osob s degenerativním onemocněním CNS je třeba počítat s progresivním vývojem dysartrického narušení komunikační schopnosti. U osob po CMP či úrazu hlavy může zcela dojít k odeznění motorických komunikačních obtíží.

Při komunikaci s dysartrickou osobou bychom neměli předstírat, že jí rozumíme, pokud tomu tak není. Měli bychom tolerovat pomalou a omezenou mluvu a dopřát takové osobě dostatek času. Měli bychom ji motivovat k užití krátkých a výstižných vět, protože dlouhá sdělení zpravidla zhoršují verbální projev. Měli bychom sledovat ústa osoby s dysartrií a dávat najevo naši snahu porozumět, například zopakováním té části promluvy, které jsme rozuměli, pokusem odhadnout a napovědět další slovo. Osoba s dysartrií bez postižení rukou by měla být schopná psát, je proto vhodné takové osobě poskytnout podmínky pro psaní a využít psanou komunikaci k dorozumění. (Neubauer a kol., 2007)

4.4 Péče o pacienty s dysfagií

Příjem potravy neznamená jen přísun nutných živin, ale i požitek a možnost sociální interakce. Poruchy polykání tak ovlivní kvalitu života jedince, především jedince upoutaného na lůžko. Potrava v ústech také sensoricky stimuluje pohyby, vnímání a prokrvení dutiny ústní. Z těchto důvodů je žádoucí terapii dysfagie začít co nejdříve. Alternativní způsoby příjmu potravy mají často velké komplikace a jsou jen dočasným řešením. Velká většina pacientů se opět naučí přijímat potravu fyziologickou cestou.

Terapie dysfagie může začít v případě, že pacient je při vědomí, je schopen aktivně držet hlavu, pravidelně polykat sliny a je schopný si odkašlat. (Lippertová-Grünerová, 2005)

Poruchy polykání mohou mít mnoho velice odlišných příčin. Proto je dysfagie problémem interdisciplinárním. Na diagnostice a terapii dysfagie se podílí otorinolaryngolog, gastroenterolog, internista, ortoped, neurolog, stomatolog, chirurg, rentgenolog, psychosomatolog, nutricionista a v posledním desetiletí výrazně také logoped. Logopedická péče o pacienta s poruchou polykání probíhá v úzké spolupráci s lékaři, fyzioterapeutem, zdravotními sestrami a s rehabilitačními pracovníky. Členy dysfagiologického týmu jsou kromě zmíněných lékařských odborníků také ergoterapeut, fyzioterapeut, mnohdy se k týmu přidávají i členové rodiny pacienta. Každý má v týmu svoji nezastupitelnou roli a jen dobrá koordinace celého týmu může vést k pozitivním výsledkům v péči o pacienta s dysfagií. Klinický logoped je většinou koordinátorem celého dysfagiologického týmu. Je zodpovědný za vytvoření a udržování celého systému tak, aby lékařští odborníci mohli přesně a efektivně identifikovat pacienty s rizikem vzniku dysfagie. Úlohou logopeda v rehabilitaci dysfagického pacienta je rozvíjet, vzdělávat a koordinovat dysfagiologický tým, komunikovat se všemi jeho členy; provést klinická vyšetření polykání u pacientů s pozitivním screeningem; doporučit a spolehodnotit objektivní vyšetření dysfagie; vytvořit zprávu z logopedického vyšetření a podílet se na vytvoření zprávy z objektivního vyšetření; provádět terapii dysfagie a/nebo koordinovat provádění rodinou či ošetrovatelským personálem či dalšími členy dysfagiologického týmu; za spolupráce s nutričními terapeuty doporučit vhodný dietní postup; poskytovat doporučení, informace rodinám nebo pacientům. (<http://nemocnicevitkovice.agel.cz/pracoviste/oddeleni/neurologicke-oddeleni/pdf/pece-o-pac-dysfagie.pdf>)

Cílem léčby je navození schopnosti přijímat potravu a tekutinu ústy. Tím se ulehčí příjem živin přirozenou cestou a vyloučí se riziko aspirace. Logopedická intervence spočívá v tréninkových metodách vhodných pro různé typy poruch polykání. Správnou metodu je nutné stanovit na základě příčiny dysfagie a na základě lokalizace problému. Základem terapie je přesvědčit pacienta o účelnosti a smyslu terapie a získat jeho aktivní spolupráci, která je často psychicky i fyzicky náročná. Metodické postupy určené k

rehabilitaci či péči o pacienty s dysfagií lze rozdělit do tří skupin: restituční; kompenzační; adaptační. Všechny obsahují velké množství pomocných cviků, prvků a návodů. Pro jejich ovládnutí musí logoped absolvovat zaškolovací kurz s praktickým předvedením. Cílem restituční metody je polykání normalizovat nebo ho alespoň co nejvíce přiblížit normě. Uplatňují se cvičení zaměřená na stimulaci, hybnost polykacího svalstva a pozvolný nácvik polykacího aktu. Kompenzační metoda má za cíl podle pacientových možností nacvičit takové polykací techniky, které umožní posun sousta do jícnu a zabraňují aspiraci. Patří sem řada změn polohy těla, hlavy, krku, různé manipulační triky a pomůcky. Adaptační metody se uplatňují hlavně na začátku polykacích potíží a jsou zaměřeny na úpravu stravy, speciální nádoby, přístroje, pomůcky k pití, úpravu stolování apod. (Kejklíčková, 2011)

4.5 Péče o pacienty se syndromem demence

Při diagnóze syndromu demence se v psychice člověka projeví kognitivně-komunikační obtíže, které se manifestují difúzním úbytkem či nekonstantními výpadky kognitivních funkcí pacienta (Neubauerová a kol., 2011). Poruchy se projeví v paměti – člověk si obtížně vybavuje nedávné události, vlastní jména, přesná pojmenování, zapomíná na nejnovější události, často ztrácí věci, dále se vyskytují poruchy časoprostorové orientace – vytrácí se schopnost časového rozvržení dne, dochází k zaměňování dne a noci, člověk se ztrácí i v rodinném prostředí. Mezi projevující se poruchy rozumových schopností patří narušená soudnost, abstraktní myšlení, nedostává se schopnosti řešit problém, rozhodnout se. Mezi motorické obtíže patří porucha vykonávání jednoduchých denních úkonů, jako je odemčení dveří nebo nalití sklenice vody. Pacient přestává poznávat obvyčejné předměty a postupně má větší a větší potíže s identifikací rodinných příslušníků a nakonec nepoznává ani svou vlastní tvář. Projevují se i poruchy řeči a to obtížným nacházením správného slova, slovní zásoba pacienta se redukuje, pacient si vytváří nová slova, opakuje věty jako ozvěna, v konečné fázi onemocnění může dojít i k mutismu. Mezi poruchy chování můžeme řadit příznaky depresivního chování jako je nezájem o okolní dění, dále tělesný neklid, zvýšenou pohyblivost spojenou se stereotypními pohyby, prudké změny nálad, agresivitu, útoky, blouznivé představy, inkontinenci, poruchy příjmu potravy. (Minibergerová, Dušek, 2006)

Stupeň projevů demence je rozhodující pro stanovení vhodného přístupu k rehabilitované osobě. V časném, mírném stádiu demence jde především o to zachovat sociální schopnosti, upravit prostředí a intenzivně stimulovat kognitivní schopnosti pacienta. Sociální schopnosti jsou modelovány pomocí realitní orientace, psychoterapie, resocializačních a remotivačních postupů a pomocí reminiscenční terapie. Aktuální kognitivní schopnosti jsou stimulovány paměťovým a sensorickým tréninkem, cílenou kognitivní stimulací a užitím externích paměťových pomůcek. V pokročilejších, těžších stádiích demence je hlavní snaha směřována na zachování přiměřeného emočního prožívání a chování pacienta a pokračování ve stimulaci kognitivních funkcí a využívání neverbálních způsobů komunikace. (Neubauer a kol., 2007)

Pro komunikaci s takovým pacientem je třeba vytvořit dobré komunikační podmínky. Odstraníme veškeré rušivé zvukové a zrakové elementy v okolí. Začínáme komunikovat až ve chvíli, kdy jsme si jisti, že nás pacient vnímá. Udržujeme klidný a vstřícný výraz tváře a kladný a neagresivní postoj těla. Velmi citlivě vnímáme neverbální projevy pacienta, které nám pomohou rozpoznat jeho iniciativu a vnímat ji, neboť je lepší přijímat jeho iniciativu než přicházet s vlastní. Známkou profesionality je naučit se používat takové termíny a slova, která nemocný přijímá a rozumím jim (Venglářová, 2007). Využijeme-li více informačních kanálů, zajistíme si pacientovo pravděpodobnější pochopení smyslu komunikace. Komunikace dotykem přináší uklidnění a zmírnění agresivity, pokud při dotyku zároveň mluvíme, zintenzivníme jeho působení. Neopomínejme ani komunikaci pohledem, která je velmi hodnotným způsobem komunikace. Pacientovi vždy dáváme najevo, co dělá správně a povzbuzujeme ho k další komunikaci. Lepší než obecná pochvala je výsledná konkrétní zpětná vazba. Používáme ta slova, která sám pacient nejčastěji používá, a tudíž je větší pravděpodobnost, že jim porozumí. Nenutíme jedince, aby si opravoval nesprávným způsobem užití slovo, nevhodné projevy při komunikaci přehlédneme, použití vulgarismů nekomentujeme (Venglářová, 2007). Používáme krátké jednoduché věty, všechny instrukce by měly být jednoznačné a měly by být obsaženy ve větách izolovaně po jednom kroku. Při společných činnostech pojmenováváme nahlas, co právě děláme a co právě dělá pacient. Držíme se jednoho tématu, mluvíme o tom, co se děje tady a teď. Pokládáme co nejméně zbytečných otázek, otázky obecně eliminujeme, případně klademe uzavřené otázky. Při každé

komunikaci je zásadní, abychom vyjadřovali úctu a respekt k osobě, se kterou nebo o níž mluvíme. Lidé se syndromem demence mají svoji lidskou a sociální minulost a musíme přispívat k zachování jejich důstojnosti a vědomí sounáležitosti s lidmi v jejich okolí (Neubauer a kol., 2007). Pokud budeme pacientovo chování chápat jako vzdor, schválnost nebo lenost, bude to v nás vyvolávat snahu toto korigovat, napomínat jej, bojovat s ním o moc, odmítat jej nebo i přehlížet. Tím ale vytvoříme vztah založený na bezmocnosti a neustálém přetahování se o nadřazené postavení. (Minibergerová, Dušek, 2006)

Úlohou klinického logopeda v péči o pacienta s podezřením na diagnózu syndromu demence je posoudit jeho jazykové funkce, neboť dokáže rozpoznat i mírně narušenou komunikační schopnost, která může být signálem intelektové deteriorace, protože jazyk je velmi citlivý i na nepatrné změny ve funkci mozku. Logoped může určit, zda se jedná o pravou afázii, apraxii či amnézii bez jazykového postižení. V pokročilejších stádiích syndromu demence může logoped posoudit vliv deteriorace na funkcionalitu komunikace a může navrhnout řešení, jak lze zlepšit komunikační strategii pacienta s rehabilitačním týmem a rodinou pacienta. *„Je důležité, aby neurolog a logoped, který se specializuje na neurogenní poruchy komunikačních schopností, byli schopni rozpoznat rané příznaky tohoto syndromu a umožnili tak pacientovi a jeho rodině aktivně zabraňovat závažným sociálním, ekonomickým a pracovním následkům nerozpoznané intelektové deteriorace.“* (Love, Webb, 2009, s. 272)

Pro dobrý fyzický i psychický stav dementního pacienta je důležité udržovat jej v dobré tělesné kondici, ponechat mu jeho osobní prostor jako jsou rodinné fotografie, památné předměty, zachovávat v co největší možné míře jeho autonomii, nevykonávat za něj úkony, které je schopný zvládnout sám, i když špatně, stimulovat pacientovy další smysly pohybem, vůněmi, hudbou, bránit izolaci od ostatních lidí, podporovat rodinu a přátele, aby chodili i jen na krátké návštěvy, pokud pacientův zdravotní stav neumožňuje jinak, udržujeme nebo podporujeme pacienta v udržování dobrého fyzického vzhledu (péče o vlasy, nehty, vousy, oblečení). (Minibergerová, Dušek, 2006)

4.5 Péče o pacienty s neurodegenerativní chorobou

Základní podmínkou úspěšného terapeutického plánu, nejen logopedického, je jeho včasný a neodkladný začátek. U osob trpících nástupem komunikačních obtíží na bázi degenerativního onemocnění CNS bychom měli usilovat o stabilizaci stavu, zlepšení procesu komunikace s okolím a dodržování dlouhodobého aktivačního a terapeutického programu. U osob v pokročilém stádiu onemocnění při stabilizaci somatického stavu a přetrvávajících poruchách řečové komunikace by měla rehabilitace komunikační schopnosti nadále pokračovat pro udržení dobré kvality sociálního života, v případě potřeby až několik let. Tito by neměli být ochuzováni o naději na stabilizaci stavu a na zlepšení komunikace s okolím. (Neubauer a kol., 2007)

4.6 Péče o pacienty po úrazech a cévních příhodách mozku

U pacientů po úrazech CNS a po CMP by mělo být již v postakutní péči k dispozici komunikačně podnětné prostředí s častými stimuly přiměřenými stavu vědomí a únavnosti pacienta, a to od všech členů pečujícího personálu. Intervence klinického logopeda by měla být zaměřena na usměrnění a užití vhodné metody komunikace, a na instrukce a vysvětlení projevů narušení komunikační schopnosti okolí a rodině pacienta. Již u některých pacientů hospitalizovaných na jednotkách intenzivní péče (dále JIP), neurologických a interních odděleních nemocnic lze krátkými nespecifickými kontakty s pacientem využívat a rozvíjet vhodné metody emocionálního kontaktu, alternativní a augmentativní komunikaci např. obrazovým materiálem. Výjimkou jsou dezorientovaní pacienti, pacienti trpící akutními bolestivými stavy a poruchami vědomí, u nichž je nutno vyčkat na odeznění těchto symptomů. (Neubauer a kol., 2007)

5 Klinická logopedie

5.1 Klinická logopedie v České republice

V resortu ministerstva zdravotnictví je logopedická intervence zajišťována v logopedických ambulancích zřizovaných při zdravotnických zařízeních se smluvním vztahem ke zdravotním pojišťovnám, případně v soukromých klinikách. K jejich zřízení je potřeba nejen vysokoškolské vzdělání v magisterském studijním programu zakončeném státní závěrečnou zkouškou z oboru logopedie a surdopedie, ale také absolvování postgraduálního studia s tříletou specializační přípravou zakončenou specializační zkouškou (atestací) z klinické logopedie po splnění předatestační přípravy (Neubauerová a kol., 2011). Takoví odborníci se pak stávají klinickými logopedy a jejich pacienty tvoří nejen děti, ale i osoby dospělé a osoby ve stáří. (Klenková, 2006) Klinický logoped je oprávněn k diagnostické a terapeutické intervenci poruch řečové komunikace v celém jejich spektru (Neubauerová, 2011).

Klinická logopedie patří mezi samostatné obory nelékařských zdravotnických povolání, a to od roku 1992, dříve spadala pod odbornost otorinolaryngologie nebo foniatrie (Škodová, Jedlička a kol., 2007). Je možné ji vystudovat v Institutu pro postgraduální vzdělávání ve zdravotnictví v Praze se zakončením atestační zkouškou. Zákon 696/2004 Sb. o nelékařských zdravotnických povoláních ukládá klinickým logopedům pro samostatnou klinickou praxi pravidelné obnovování *Osvědčení o výkonu zdravotnického povolání bez odborného dohledu*, které je podmíněno trvalou účastí na systému vzdělávacích odborných akcí a získáním předepsaného počtu kreditů v oblasti vzdělávání. (Neubauer, 2010) Toto vydává Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů v Brně na základě prokázaných pracovních, vzdělávacích a odborných aktivit. Bez tohoto osvědčení není od roku 2006 možná samostatná práce klinického logopeda v nestátní ambulantní praxi. (Neubauerová a kol., 2011)

Vzhledem k charakteru klientely klinických logopedů je úzká spolupráce s lékařskými obory, jako je foniatrie, pediatrie, neurologie, psychiatrie, stomatologie, otorinolaryngologie (dále ORL), i dalšími nelékařskými obory, nezbytností. Základem

úspěšné diagnostiky a rehabilitace pacienta je dobře fungující spolupráce klinického logopeda s lékařem té odbornosti, do které základní příčina narušení komunikační schopnosti svým charakterem náleží, a klinického psychologa. Ti by měli spolupracovat s dalšími lékařskými i nelékařskými odborníky. Sestavení takového týmu je možné převážně na větších či specializovaných pracovištích. Hůře dochází k propojení odborností tam, kde jsou jednotliví odborníci od sebe vzdálení i v rámci okresu a často se ani osobně neznají. Vždy záleží na odborných i osobnostních kvalitách každého z uvedených specialistů. Klinický logoped nese za svou terapeutickou činnost plnou právní odpovědnost, na rozdíl od logopeda pracujícího ve školství. Z právní odpovědnosti vyplývají i některé povinnosti mezioborové spolupráce. (Škodová, Jedlička a kol., 2007)

5.2 Pracoviště klinické logopedie

Logopedické ambulance zřizované jako samostatná zdravotnická pracoviště jsou často umístěna v rámci městských poliklinik, i některých zařízení zřizovaných městy, církevními organizacemi či občanskými sdruženími, a jejich základem je smluvní vztah se zdravotní pojišťovnou. Logopedická pracoviště lůžkových zařízení jsou součástí větších státních i nestátních nemocničních celků, specializovaných lůžkových zařízení nebo léčeben či rehabilitačních ústavů. (Neubauerová a kol., 2011)

Fakultní nemocnice

V České republice je Ministerstvem zdravotnictví zřízeno deset fakultních nemocnic, jejichž součástí jsou neurologické kliniky poskytující ambulantní i lůžkovou péči a v rámci celkové rehabilitace i logopedickou intervenci. V hlavním městě Praze se jedná o Ústřední vojenskou nemocnici, Všeobecnou fakultní nemocnici, Fakultní nemocnici Královské Vinohrady, Fakultní nemocnici v Motole; v Jihomoravském kraji o Fakultní nemocnici Brno, Fakultní nemocnici u sv. Anny; v Olomouckém kraji o Fakultní nemocnici Olomouc; v Plzeňském kraji o Fakultní nemocnici Plzeň; v Královéhradeckém kraji o Fakultní nemocnici Hradec Králové; v Moravskoslezském kraji o Fakultní nemocnici Ostrava.

Rehabilitační ústav

Rehabilitační ústavy fungují v České republice v kraji Vysočina (Rehabilitační ústav Chotěboř), v Královéhradeckém kraji (Rehabilitační ústav Hostinné), v Moravskoslezském kraji (Rehabilitačním ústav Hrabyně), v Pardubickém kraji (Rehabilitační ústav Brandýs nad Orlicí), ve Středočeském kraji (Rehabilitační ústav Kladruby a Vojenský rehabilitační ústav Slapy).

5.2 Profesní organizace

Cílem profesních organizací je sdružovat osoby stejné profese za účelem garance úrovně vzdělání jejích členů a kvality jimi poskytované péče a právní a etické ochrany jejích členů. Členy takové organizace mohou být ti, kteří danou profesi aktivně vykonávají, nebo ji vykonávali v době své aktivní činnosti. (Škodová, Jedlička a kol., 2007)

5.2.1 Asociace klinických logopedů České republiky

Asociace klinických logopedů České republiky (dále AKL ČR), ustanovena v roce 1991, je profesní organizací klinických logopedů v České republice. Sdružuje klinické logopedy a logopedy pracující ve zdravotnictví zařazené do předatestační přípravy v oboru klinické logopedie. *„Cílem AKL ČR je chránit profesní zájmy klinických logopedů, rozvíjet obor klinické logopedie v teoretické i praktické rovině, garantovat odbornou úroveň vzdělávání klinických logopedů, aby byly klientům poskytovány služby v souladu s aktuálními standardy péče o pacienty.“* (<http://www.klinickalogopedie.cz/index.php>)

AKL ČR prosadila koncepci oboru, která v roce 1992 vedla k ustanovení klinické logopedie jako samostatného nelékařského zdravotnického oboru, který je součástí oborů ambulantní specializované péče. (Neubauerová a kol., 2011)

5.2.2 Mezinárodní asociace logopedů a foniatrů (IALP)

Mezinárodní asociace logopedů a foniatrů (*International Association of Logopedics and Phoniatrics*, dále IALP) je celosvětová organizace profesionálů a vědců založená v roce 1923 ve Vídni MUDr. Emilem Froeschelsem. Jedná se o nejstarší a dosud stále nejvýznamnější organizaci reprezentující mezinárodní výzkum a profesní snahy v oblasti péče o osoby s poruchami řečové komunikace, hlasu, sluchu a dysfagií. Zásadní význam světové organizace dopadá na evropské území, o čemž svědčí i lokalizace nejvýznamnějších z 27 proběhlých mezinárodních kongresů této organizace. Prof. MUDr. Seeman díky své činnosti a činnosti svých následovníků z Foniatrické kliniky v Praze v rámci IALP pomohl uskutečnění mezinárodního kongresu IALP roku 1989 v Praze. AKL ČR je členem IALP a pravidelně (1x za tři roky) vysílá své zástupce na světové kongresy. (Neubauerová a kol., 2011)

5.2.3 Stálá styčná komise logopedů Evropské unie (CPLOL)

Stálá styčná komise logopedů Evropské unie (*Comité Permanent de Liaison des Orthophonistes / Logopèdes de l'Union Européenne*, dále CPLOL) je nestátní organizace, která byla založena v roce 1988 v Paříži na popud francouzské profesní organizace a v následujícím roce se konstitovala jako sdružení 15 profesních organizací z 12 států Evropské unie (dále EU). CPLOL je velmi aktivní jak na poli vědecko-organizačním, tak i v oblasti dlouhodobých průzkumů stavu vzdělávání logopedů v zemích EU a reálií v oblasti organizace a přístupnosti péče pro osoby s narušenou komunikační schopností. Členy CPLOL jsou národní profesní logopedické organizace z 32 zemí. V roce 2004 se jejím členem stala i Česká republika zastoupená AKL ČR. Podle odborných informací CPLOL je Česká republika řazena mezi země s nejhorší prezentovanou dostupností logopedické péče pro osoby s narušenou komunikační schopností s 12 000 obyvateli na jednoho klinického logopeda. Vyšší počet obyvatel vykazuje pouze Řecko, Lucembursko a Portugalsko, téměř 16 000 obyvatel na jednoho klinického logopeda). Většina států vykazuje počet 4 000 – 7 000 obyvatel na jednoho klinického logopeda. (Neubauerová a kol., 2011)

PRAKTICKÁ ČÁST

6 Logopedická intervence v rehabilitaci neurologického pacienta

Praktická část práce zpracovává výsledky dotazníkového šetření na téma Úloha logopeda v rehabilitaci neurologických pacientů provedeného na lůžkových neurologických pracovištích nemocnic v České republice v říjnu roku 2016.

6.1 Cíl šetření, metody sběru dat, charakteristika výzkumného souboru

6.1.1 Cíl šetření

Cílem dotazníkového šetření bylo zjištění parametrů současné pozice logopedické intervence na pracovištích zabezpečujících rehabilitaci pacientů s neurologickou diagnózou v České republice. Předmětem výzkumu nebylo hodnocení kvality (a jen orientačně kvantity) poskytované logopedické péče na neurologických pracovištích, ale pouze zmapování reálného zapojení logopedické intervence v dané oblasti na daných pracovištích. Dále šlo o zmapování typu a četnosti neurologických diagnóz a s nimi spojených symptomů narušené komunikační schopnosti. Předmětem bylo i získání osobního názoru respondentů na potřebnost logopedické intervence na neurologických pracovištích. Otázky byly kladeny s cílem získat aktuální odpovědi na téma současného stavu logopedické intervence ve vztahu k neurologické péči od samotného lékařského personálu zabezpečujícího rehabilitaci neurologických pacientů na lůžkových neurologických pracovištích v nemocnicích v České republice.

Hlavním cílem výzkumného šetření bylo zjistit informace o poskytování logopedické péče na neurologických pracovištích v České republice.

Na základě hlavního cíle byly stanoveny dílčí cíle výzkumného šetření na neurologických pracovištích v České republice:

1. Detekovat nejčastější neurologické diagnózy na neurologických pracovištích a s nimi spojené neurogenní narušení komunikační schopnosti pacientů.
2. Zjistit počet neurologických pacientů, u kterých je zahrnuta logopedická péče do procesu komplexní rehabilitace.
3. Zjistit informace o rozsahu a délce zaměstnaneckých poměrů logopedů na neurologických pracovištích.
4. Získat osobní názor vedoucích pracovníků neurologických oddělení na zapojení logopedické intervence do procesu komplexní rehabilitace neurologických pacientů.
5. Informovat se o možné preferenci neurologických oddělení výběru logopeda při zaměstnávání dalších osob na svých pracovištích.

6.1.2 Metody sběru dat

Pro sběr dat byla zvolena kvantitativní metoda zastoupená dotazníkovým šetřením. Pomocí kvantitativního výzkumu je možné získat větší množství dat od široké skupiny respondentů po celé České republice, a to v poměrně krátkém časovém úseku. Dle Gavory (1996) se jedná o nejfrekventovanější metodu zjišťování údajů.

Při sestavování dotazníku byl vzat v úvahu výzkum na téma Význam logopedické intervence u osob s psychiatrickou diagnózou (Knoppová, Kučerová, 2006) a výzkum na téma Ucelená rehabilitace osob s postižením centrální nervové soustavy (Neubauerová a kol., 2011). Výsledný dotazník byl modifikován pro prostředí neurologických pracovišť. Před vlastní distribucí dotazníku byla jeho formální i obsahová srozumitelnost ověřena na čtyřech neurologických lůžkových pracovištích krajských nemocnic. Respondenti tohoto předvýzkumu byli požádáni, aby se vyjádřili k případným nejasnostem v dotazníku či nevhodným formulacím otázek. Na základě tohoto šetření pak byla podoba dotazníku finalizována. Data získaná v předvýzkumu nebyla zahrnuta do následného zpracování dat.

Výsledný dotazník se skládal ze 14 uzavřených otázek, které nabízely hotové alternativní odpovědi a to v rozptylu dvou až čtyř alternativ, u otázky číslo sedm 12 alternativ. U většiny otázek bylo možné vybrat pouze jednu odpověď, u otázky číslo sedm

a osm bylo možné vybrat více vhodných odpovědí. Při písemném vyplňování dotazníků byli respondenti požádáni o zakroužkování či zakřížkování jimi vybraných odpovědí. V případě, že respondenti odpovídali elektronickou formou, vyznačili jimi vybrané odpovědi tučným písmem, odlišnou barvou či symbolem před zvolenou odpovědí a zaslali dotazník zpět elektronickou formou.

6.1.3 Charakteristika výzkumného souboru

Data byla sbírána prostřednictvím dotazníků, které byly distribuovány vedoucím pracovníkům neurologických lůžkových zařízení zabezpečujících rehabilitaci neurologických pacientů v České republice. V průběhu měsíce října 2016 bylo rozesláno 74 dotazníků na lůžková neurologická zařízení v České republice (Příloha č. 1) primářům oddělení, případně jejich zástupcům nebo hlavním sestřám. Dotazníky byly rozesílány elektronickou formou na emailové adresy získané pomocí internetových vyhledávačů na webových stránkách jednotlivých zařízení, pomocí online Národního registru poskytovatelů zdravotních služeb a pomocí webu České neurologické společnosti. Všechny rozeslané emaily obsahovaly formální žádost a instrukce k vyplnění dotazníku v těle emailu, přiložený průvodní dopis (Příloha č. 2) a samotný dotazník (Příloha č. 3).

6.1.4 Návratnost dotazníků

Celkem bylo odesláno 74 dotazníků, z toho se vrátilo 35 vyplněných dotazníků. Celková procentuální návratnost tedy činí 45,9 %. (Tab. č. 1)

Na neurologická oddělení bylo odesláno 65 dotazníků, vrátilo se 30 vyplněných dotazníků, procentuální návratnost tedy činí 46,2 % z neurologických oddělení. Na neurologické kliniky bylo odesláno 10 dotazníků, vrátilo se vyplněných 5 dotazníků, procentuální návratnost tedy činí 50,0 % z neurologických klinik. (Tab. č. 2)

Z hlediska procentuálního zastoupení navrácených dotazníků z jednotlivých krajů, bylo nejvíce dotazníku navráceno z Jihočeského kraje (60 %), nejméně se pak vrátilo dotazníků shodně z krajů Plzeňského a Libereckého (33,3 %). (Tab. č. 3)

	Odesláno	Vráceno	Návratnost v %
Počet dotazníků	74	35	45,9

Tab. č. 1: Celková návratnost dotazníků

	Odesláno	Vráceno	Návratnost v %
Neurologická oddělení	64	30	46,2
Neurologické kliniky	10	5	50,0

Tab. č. 2: Návratnost dotazníků z hlediska typu zařízení

	Odesláno	Vráceno	Návratnost v %
Hlavní město Praha	7	3	42,9
Středočeský kraj	7	4	57,1
Jihočeský kraj	5	3	60,0
Plzeňský kraj	3	1	33,3
Karlovarský kraj	2	1	50,0
Ústecký kraj	6	3	50,0
Liberecký kraj	3	1	33,3
Královéhradecký kraj	4	2	50,0
Pardubický kraj	4	2	50,0
Olomoucký kraj	6	3	50,0
Moravskoslezský kraj	10	5	50,0
Jihomoravský kraj	8	3	37,5
Zlínský kraj	4	2	50,0
Kraj Vysočina	5	2	40,0

Tab. č. 3: Návratnost dotazníků z hlediska krajů

Jako důvody nízké návratnosti dotazníků je možné uvést:

- Přílišná zaneprázdněnost respondentů.
- Neochota sdělovat informace o zařízení.
- Momentální nepřítomnost respondentů z důvodů dovolených, školení, nemoci.
- Respondenti nepovažovali dotazník za natolik důležitý, aby mu věnovali pozornost.
- Nesprávné emailové adresy respondentů.

6.2 Výsledky šetření a interpretace dat

V následující kapitole je uvedeno všech 14 dotazníkových otázek i s odpověďmi respondentů. Při rozboru dat je jako 100 % vzorek uvažováno 35 zařízení, z nichž byly dotazníky navraceny vyplněné (otázky č. 1 – 8). V otázkách reflektujících pozici zaměstnaného logopeda na pracovišti se pak 100 % vzorkem pro rozbor dat stává 27 zařízení, které uvedly, že na svém pracovišti logopeda zaměstnávají (otázky č. 10 – 12).

Otázky č. 1 – 5 se vztahovaly k obecným informacím o zařízení, tj. k lůžkové kapacitě zařízení, k personálu podílejícím se na péči o pacienty, k věkové kategorii pacientů. Otázky č. 6 – 8 se vztahovaly k diagnózám samotných pacientů. Otázka č. 9 zjišťovala, zda je na daném pracovišti zaměstnaný logoped. Pokud respondent odpověděl „ne“, byl požádán o přeskočení na otázku č. 13, která si kladla za cíl zjistit osobní názor respondenta o využitelnosti logopedické intervence na pracovišti. Pokud na otázku č. 9 odpověděl respondent „ano“, následující tři otázky se týkaly pozice logopeda na pracovišti.

6.2.1 V jakém zařízení pracujete? Uveďte, prosím, celý název a sídlo zařízení.

Celkem komunikovali respondenti z 35 zařízení, z toho 30 neurologických oddělení v nemocnicích a 5 neurologických klinik. (Tab. č. 4)

	Celkem	Neurologická oddělení	Neurologické kliniky
Počet respondentů	35	30	5
Zastoupení v %	100	85,7	14,3

Tab. č. 4: Typy zařízení

6.2.2 Jaká je věková kategorie pacientů hospitalizovaná / ambulantně ošetřovaná na Vašem pracovišti?

Jednalo se o 31 zařízení, kde jsou hospitalizováni nebo ambulantně ošetřováni dospělí pacienti. Ve 4 zařízeních jsou kromě dospělých hospitalizovány i děti.

Z výsledků vyplývá, že převažují pracoviště, která jsou určena výhradně pro dospělého klientelu (88,6 %). V 11,4 % případů jsou neurologická zařízení schopná věnovat péči dospělým i dětem.

Věková kategorie	Dospělí	Děti	Dospělí i děti
Počet zařízení	31	0	4
Zastoupení v %	88,6	0	11,4

Tab. č. 5: Věková kategorie pacientů

6.2.3 Jaká je lůžková kapacita Vašeho zařízení?

V 18 zařízeních je lůžková kapacita mezi 21 a 40 lůžky, v 8 zařízeních mezi 41 a 60 lůžky, v 9 zařízeních je lůžek více než 60.

Z výsledků vyplývá, že lůžková kapacita zařízení je nejčastěji reprezentována počtem lůžek mezi 21 – 40 lůžky (51,4 %). (Tab. č. 6)

Lůžková kapacita	< 20	21 – 40	41 – 60	> 60
Počet zařízení	0	18	8	9
Zastoupení v %	0	51,4	22,9	25,7

Tab. č. 6: Lůžková kapacita zařízení

6.2.4 Jaký počet lékařského personálu se podílí na péči o Vaše pacienty?

V 19 zařízeních se na péči o pacienty podílí méně než 20 osob lékařského personálu, v 9 zařízeních je to mezi 21 a 30 osobami, ve 4 zařízeních mezi 31 a 40 osobami a ve 3 zařízeních je to více než 40 osob lékařského personálu. (Tab. č. 7)

Počet lékařského personálu	< 20	21 – 30	31– 40	> 40
Počet zařízení	19	9	4	3
Zastoupení v %	54,3	25,7	11,4	8,6

Tab. č. 7: Počet lékařského personálu

6.2.5 Jaký počet nelékařského personálu se podílí na péči o Vaše pacienty?

Ve 12 zařízeních se na péči o pacienty podílí méně než 20 osob nelékařského personálu, v 10 zařízeních je to mezi 21 a 30 osobami, v jednom zařízení je to mezi 31 a 40 osobami, a ve 12 zařízeních je to více než 40 osob nelékařského personálu. (Tab. č. 8)

Počet nelékařského personálu	< 20	21 – 30	31 – 40	> 40
Počet zařízení	12	10	1	12
Zastoupení v %	34,3	28,6	2,9	34,3

Tab. č. 8: Počet nelékařského personálu

6.2.6 Jaká je nejběžnější délka hospitalizace Vašich pacientů?

Ve 27 zařízeních se nejběžnější délka hospitalizace pacientů pohybuje nejdéle do 7 dnů, v 8 zařízeních se pohybuje mezi 8 až 30 dny. V žádném ze zařízení se doba hospitalizace nepohybuje déle než 30 dnů.

Z výsledků vyplývá, že v 77,1 % případů hospitalizace neurologických pacientů tato doba nepřesáhne déle než jeden týden. Pouze ve 22,9 % případů je hospitalizace delší

než jeden týden. Předpokládá se, že případná následná rehabilitace je zajišťována v rehabilitačních nemocnicích a ústavech, v zařízeních následné rehabilitační a hospicové péče. V žádném ze zařízení není tato doba delší než jeden měsíc. (Tab. č. 9)

Doba hospitalizace / dny	< 7	8 – 30	31 – 90	> 90
Počet zařízení	27	8	0	0
Zastoupení v %	77,1	22,9	0	0

Tab. č. 9: Doba hospitalizace pacientů

6.2.7 S jakými neurologickými diagnózami se nejčastěji potýkají Vaši pacienti?

Cévní mozkovou příhodu uvedlo jako častou diagnózu na svém pracovišti 27 neurologických zařízení, záchvatovitá onemocnění 12 zařízení, traumatická postižení CNS 4 zařízení, nádory CNS 15 zařízení, infekce CNS 5 zařízení, degenerativní onemocnění CNS 15 zařízení, Alzheimerovu chorobu 13 zařízení, Parkinsonovou nemoc 15 zařízení, jinou příčinou syndromu demence uvedlo 6 zařízení, amyotrofickou laterální sklerózu 10 zařízení, roztroušenou sklerózu 18 zařízení, mezi jiné diagnózy uvedli 3 respondenti vertigo a 4 respondenti bolesti páteře.

Výsledky potvrzují, že cévní mozková příhoda je velmi častým onemocněním a potýkají se s ní pacienti v 77,1 % zařízení. Druhou nejčastější diagnózou je roztroušená skleróza, a to v 51,4 % zařízení. Třetími nejčastějšími diagnózami jsou nádory CNS, degenerativní onemocnění CNS a Parkinsonova nemoc se shodným výskytem ve 42,9 % zařízení. Alzheimerova choroba s výskytem v 37,1 % zařízení, záchvatovitá onemocnění s výskytem ve 34,3 % zařízení a amyotrofická laterální skleróza s výskytem v 28,6 % zařízení patří také mezi poměrně časté diagnózy. Další nespecifikované příčiny se podílejí na vzniku demence v 17,1 % zařízení. Infekce CNS s výskytem v 14,3 % zařízení a traumatická postižení CNS s výskytem 11,4 % zařízení patří k méně častým diagnózám. Respondenti dále uvedli diagnózu vertigo ve 8,6 % zařízení a bolesti zad v 11,4 % zařízení. (Tab. č. 10)

Neurologická diagnóza	Počet zařízení	Zastoupení v %	
Cévní mozková příhoda	27	77,1	
Záchvatovitá onemocnění (migréna, epilepsie)	12	34,3	
Traumatická postižení CNS	4	11,4	
Nádory CNS	15	42,9	
Infekce CNS	5	14,3	
Degenerativní onemocnění CNS	15	42,9	
Alzheimerova choroba	13	37,1	
Parkinsonova nemoc	15	42,9	
Jiné příčiny syndromu demence	6	17,1	
Amyotrofická laterální skleróza	10	28,6	
Roztroušená skleróza	18	51,4	
Jiná:			
	Vertigo	3	8,6
	Bolesti páteře	4	11,4

Tab. č. 10: Neurologické diagnózy

6.2.8 S jakým typem narušené komunikační schopnosti se nejčastěji potýkají Vaši pacienti?

S poruchami individuálního jazykového systému (afázií) se odborníci setkávají ve 25 zařízeních, s poruchami motorických řečových funkcí (dysartrie, anartrie, verbální dyspraxie, verbální apraxie) v 19 zařízeních, s poruchami primárních funkcí orofaciálního traktu (dysfagie, orální dyspraxie, orální apraxie) v 16 zařízeních, s poruchami kognitivně-komunikačních funkcí (syndrom demence) v 16 zařízeních.

Z výsledků vyplývá, že nejčastějším neurogenním narušením komunikační schopnosti jsou poruchy individuálního jazykového systému (afázie), a to v 71,4 % zařízení. Odpovídá to skutečnosti, že nejčastější neurologickou diagnózou je cévní mozková příhoda a afázie patří mezi její možné symptomy (viz kapitola 6.2.7). Druhým nejčastějším narušením komunikační schopnosti jsou poruchy motorických řečových funkcí (dysartrie, anartrie, verbální dyspraxie, verbální apraxie), a to v 54,3 % zařízení. Se

shodným výskytem ve 45,7 % zařízení se vyskytují poruchy primárních funkcí orofaciálního traktu (dysfagie, orální dyspraxie, orální apraxie) a poruchy kognitivně-komunikačních funkcí (syndrom demence). (Tab. č. 11)

Typ narušené komunikační schopnosti	Počet zařízení	Zastoupení v %
Poruchy individuálního jazykového systému (afázie)	25	71,4
Poruchy motorických řečových funkcí (dysartrie, anartrie, verbální dyspraxie, verbální apraxie)	19	54,3
Poruchy primárních funkcí orofaciálního traktu (dysfagie, orální dyspraxie, orální apraxie)	16	45,7
Poruchy kognitivně-komunikačních funkcí (syndrom demence)	16	45,7

Tab. č. 11: Typ narušené komunikační schopnosti

6.2.9 Působí na Vašem pracovišti logoped?

Ve 27 neurologických zařízeních (77,1 %) působí logoped, v 8 (22,9%) neurologických zařízeních logoped nepůsobí.

Z výsledků vyplývá, že počet neurologických pracovišť zaměstnávajících logopeda není nezanedbatelný, právě naopak. Logopedie si postupně získala své postavení i v neurologických disciplínách. (Tab. č. 12)

Působnost logopeda	Ano	Ne
Počet zařízení	27	8
Zastoupení v %	77,1	22,9

Tab. č. 12: Působnost logopeda v zařízení

6.2.10 Na jaký úvazek je ve Vašem zařízení logoped zaměstnán?

V 5 zařízeních pracuje logoped na dohodu o provedení práce (dále DPP), v 6 zařízeních je úvazek menší než 0,5, ve 12 zařízeních se úvazek logopeda pohybuje v rozmezí 0,5 – 1, ve 4 zařízeních je větší než 1.

Výsledky ukazují, že ve většině zařízení, která logopeda zaměstnávají, se rozsah úvazku pohybuje mezi 0,6 – 1 (44,4 %). V 22,2 % zařízení, je úvazek logopeda menší než 0,5, v 14,8 % zařízení je úvazek větší než 1. Ve 18,5 % zařízení je logopedovi poskytována dohoda o provedení práce. (Tab. č. 13)

Typ úvazku	DPP	< 0,5	0,6 – 1	> 1
Počet zařízení	5	6	12	4
Zastoupení v %	18,5	22,2	44,4	14,8

Tab. č. 13: Úvazek logopeda

6.2.11 U kolika pacientů je logopedická intervence součástí komplexní rehabilitace?

V 7 zařízeních je logopedická intervence součástí rehabilitace u 10 – 20 % pacientů, ve 14 zařízeních u 20 – 30 % pacientů, v 9 zařízeních u více než 30 % pacientů.

Z výsledků vyplývá, že ve 44,4 % zařízení je logopedická intervence součástí u 21 – 30 % pacientů. Ve 18,5 % zařízení je součástí u méně než 10 % pacientů. 22,2 % zařízení uvedlo, že logopedická intervence je součástí u 10 – 20 % pacientů a 14,8 % zařízení uvedlo, že logopedická intervence je součástí u více než 30 % pacientů. (Tab. č. 14)

Počet pacientů	< 10%	10% – 20%	21% – 30%	> 30%
Počet zařízení	5	6	12	4
Zastoupení v %	18,5	22,2	44,4	14,8

Tab. č. 14: Logopedická intervence v komplexní rehabilitaci

6.2.12 Jak dlouho již logopeda na Vašem pracovišti zaměstnáváte?

V 18 zařízeních je logoped zaměstnán méně než 5 let, v 6 zařízeních působí logoped mezi 5 a 10 lety, ve 3 zařízeních působí více než 10 let.

Výsledky ukázaly, že 66,7 % zařízení, které logopeda zaměstnávají, je logoped zaměstnán méně než 5 let. Ve 22, 2% těchto zařízení je logoped zaměstnán mezi 5 – 10 lety a v 11,1 % zařízení je zaměstnán více než 10 let. (Tab. č. 15)

Doba působnosti	< 5 let	5 – 10 let	> 10 let
Počet zařízení	18	6	3
Zastoupení v %	66,7	22,2	11,1

Tab. č. 15: Doba působnosti logopeda v zařízení

6.2.13 Měl by dle vašeho názoru být na Vašem pracovišti logoped zaměstnán?

32 respondentů (91,4 %) uvedlo, že logoped by dle jejich názoru měl ve většině případů uplatnění, 2 respondenti (5,7 %) uvedli, že by měl uplatnění jen v některých případech a jeden respondent (2,9 %) se domnívá, že by pro uplatnění logopeda bylo jen velmi málo případů uplatnění. Žádný z respondentů nevyjádřil jako zcela zbytečné logopedickou intervenci zařadit do procesu komplexní rehabilitace. (Tab. č. 16)

Potřeba logopedické intervence na neurologickém pracovišti	Počet zařízení	Počet zařízení v %
<i>Rozhodně ano, ve většině případů by měl uplatnění.</i>	32	91,4
<i>Spíše ano, v některých případech by měl uplatnění.</i>	2	5,7
<i>Spíše ne, bylo by jen málo případů pro jeho uplatnění.</i>	1	2,9

<i>Rozhodně ne, na našem pracovišti by se neuplatnil.</i>	0	0
---	---	---

Tab. č. 16: Potřeba logopedické intervence na neurologickém pracovišti

6.2.14 *Dalo by Vaše pracoviště při možnosti zaměstnat dalšího nelékařského pracovníka přednost zaměstnání logopeda?*

21 respondentů (60 %) uvedlo, že by dalo přednost zaměstnání logopeda před zaměstnáním jiného nelékařského pracovníka, 14 (40,0 %) respondentů uvedlo, že by přednost zaměstnání logopeda před jiným nelékařským pracovníkem nedalo, a to převážně z důvodu nedostatku sester na pracovišti. (Tab. č. 17)

Přednost zaměstnání logopeda	Ano	Ne
Počet zařízení	21	14
Zastoupení v %	60,0	40,0

Tab. č. 17: Přednost zaměstnání logopeda

6.6 Závěr dotazníkového šetření

Hlavním cílem výzkumného šetření bylo zjištění parametrů současné pozice logopedické intervence na pracovištích zabezpečujících rehabilitaci pacientů s neurologickou diagnózou v České republice. Předmětem výzkumu nebylo hodnocení kvality (a jen orientačně kvantity) poskytované logopedické péče na neurologických pracovištích, ale pouze zmapování reálného zapojení logopedické intervence v dané oblasti na daných pracovištích. Vzhledem k cílům výzkumu byl zvolen kvantitativní výzkum realizovaný dotazníkovým šetřením na neurologických pracovištích v České republice.

Z dosažených výsledků výzkumného šetření vyplývá, že přítomnost logopeda v multidisciplinárním týmu pečujícím o neurologického pacienta není již zcela výjimečná, stále více neurologických pracovišť si uvědomuje potřebu logopedické intervence, a stálo by o zaměstnání logopeda na svém pracovišti. Více než 91 % respondentů shledává pozici

logopedické intervence na neurologickém pracovišti jako velmi přínosnou a domnívá se, že ve většině případů by měl logoped v procesu rehabilitace neurologického pacienta uplatnění, necelých 6 % respondentů se domnívá, že by logoped našel uplatnění alespoň v některých případech. Naopak žádný z respondentů neuvedl, že by logoped na neurologickém pracovišti uplatnění neměl žádné. 44,4 % respondentů uvedlo, že logopedická intervence je indikována u 21 – 30 % pacientů. 22,2 % respondentů shledává logopedickou intervenci jako potřebnou u 10 – 20 % pacientů. Více než 77 % respondentů již ve svém zařízení logopeda zaměstnává. Ve 44,4 % zařízení, které již logopeda zaměstnávají, nabízí zaměstnavatel logopedovi úvazek v rozsahu 0,6 – 1 úvazku, ve 22,2 % zařízení úvazek menší než 0,5, v 18,5 % zařízení dohodu o provedení práce a ve 14,8 % zařízení logopedovi dokonce nabízí úvazek větší než 1. Z výsledků výzkumu je zřejmé, že tato tendence stoupá až v posledních několika letech, neboť více než 66 % respondentů, kteří logopeda na svém pracovišti zaměstnávají, uvedlo, že tak činí teprve méně než 5 let. Nicméně mnoho zařízení, ač by o přítomnost logopeda na svém pracovišti stálo, musí dát přednost zaměstnání jiného nelékařského personálu, a to převážně sester. Setkáváme se i zde proto s tradiční bariérou českého zdravotnictví, a to je nedostatek financí na zaplacení potřebného personálu i vybavení. Přesto 60 % respondentů uvedlo, že by dalo přednost zaměstnání logopeda na svém pracovišti před jiným nelékařským pracovníkem. Rozsah výzkumu už ale nedovolil obsáhnout, zda by tento záměr bylo možné zrealizovat například právě z pohledu dostatku financí daného pracoviště.

Závěr

O komunikaci, jakožto o hlavní nástroj rozvoje lidské společnosti i jedince samotného, je třeba pečovat v jakémkoli věku i při jakémkoli sociálním statutu. Narušení komunikační schopnosti může vzniknout na základě rozdílné etiologie, může se projevovat velmi odlišnou a rozmanitou symptomatologií, může se projevit na všech čtyřech jazykových rovinách, může být charakteru trvalého nebo přechodného, může být dominujícím postižením nebo může být součástí symptomů jiného dominujícího postižení, a tudíž může vyžadovat mnoho různých terapeutických přístupů. Jedním z etiologických podkladů narušené komunikační schopnosti mohou být i neurologická onemocnění a poranění. Lidský mozek a nervový systém jako celek je zdrojem veškerého sociálního tedy i komunikačního chování, a dysfunkce, ageneze či trauma některých jeho částí může mít v jakémkoli věku za následek narušení komunikační schopnosti a tedy i narušení kvality života, sociálního prostředí a sociálních vazeb, ve kterých jedinec doposud žil. V takovém případě sehraává při diagnostice a terapii narušené komunikační schopnosti hlavní roli provázanost a informovanost jednotlivých lékařských i nelékařských odborníků multidisciplinárního týmu pečujícího o pacienta s neurologickým onemocněním ve smyslu komprehenzivní rehabilitace, která zahrnuje složku léčebnou, sociální, pracovní a pedagogickou. Mezi členy lékařské složky kromě interního lékaře, psychologa, psychiatra, stomatologa, fyzioterapeuta či sociálního pracovníka, můžeme a měli bychom potkat i logopeda. Úkolem logopeda jistě není stanovení konečné neurologické diagnózy. Měl by však rozumět logopedické diagnostice a terapii v kontextu neurologických mechanismů, jež tvoří podstatu onemocnění, měl by být zběhlý v metodách současné neurologické diagnostiky a terapie, které se užívají u osob s poruchou řeči a jazyka. Spolupráce by měla být vzájemná a i neurologové by měli mít přehled v diagnostice a terapii logopedické.

Neurogení poruchy komunikace jsou získaná postižení komunikačních schopností postihující veškeré modalitty řeči a v různé míře i veškeré jazykové roviny, jednotlivě nebo souběžně. Do diagnosticko-terapeutické kompetence klinického logopeda spadá i patologie procesu polykání, na které se podílí s týmem dalších odborníků. Klasifikace těchto poruch zahrnuje poruchy na bázi **postižení individuálního jazykového systému** (afázie);

motorických řečových funkcí (dysartrie/anartrie, orální dyspraxie/apraxie); **primárních funkcí orofaciálního traktu** (dysfagie, orální dyspraxie/apraxie); a **kognitivně-komunikačních schopností** (demence, poruchy verbální paměti a dalších funkcí na bázi traumatu centrální nervové soustavy). Etiologicky se neurogení poruchy komunikace dají popsat ze čtyř základních příčin. Jedná se o cévní onemocnění mozku, traumatické postižení CNS, nádory a infekce CNS a degenerativní onemocnění CNS.

Do vědomí veřejnosti je třeba vnést fakt, že logoped neintervenuje pouze u dětských pacientů v předškolním období a v období školní docházky, ale má široký rozsah působnosti i v resortu zdravotnictví a resortu práce a sociálních věcí u dospělých pacientů. Logoped působící v resortu zdravotnictví získává toto oprávnění až po splnění povinné předatestační přípravy a úspěšném složení atestační zkoušky v Institutu pro postgraduální vzdělávání ve zdravotnictví v Praze a stává se klinickým logopedem. Klinická logopedie je samostatným nelékařským oborem od roku 1992, dříve spadala pod odbornost otorinolaryngologie a foniatry. Klinický logoped pracuje převážně s dospělými pacienty, nese plnou právní zodpovědnost za veškerou činnost spojenou s vykonáváním praxe.

Rozvíjející se vědní, nejen medicínské, obory dnes přinášejí nové poznatky v teorii, ale i v praxi a pomáhají zachránit životy těm, kteří by dříve například po traumatech hlavy nepřežili. Narušená komunikační schopnost těch, kteří přežili, přináší pro logopedy nové stimuly k práci. Při komunikaci s takovými pacienty bychom měli komunikovat s porozuměním, navazovat oční kontakt, mluvit jasně a správně artikulovat. Vhodné je klást uzavřené otázky, na něž může pacient odpovědět stručně ano/ne, ale obecně otázky co nejvíce eliminovat. Logoped vyšetří a zhodnotí stav narušené komunikační schopnosti pacienta s ohledem na příčinu, vývoj a celkový stav pacienta, a zvolí a realizuje adekvátní intervenční strategii verbální komunikace. K tomu využívá reedukačních i kompenzačních postupů, forem alternativní i augmentativní komunikace a snaží se o maximalizaci komunikačních schopností pacienta v průběhu procesu rehabilitace. Součástí logopedické intervence je na specializovaných pracovištích i vyšetření a terapie poruch polykání. K dosažení cílů logopedické intervence, kterými jsou **identifikovat; eliminovat, zmírnit** či alespoň **překonat** narušenou komunikační schopnost; **předejít** tomuto narušení logoped využívá logopedickou diagnostiku, terapii a prevenci, které se na mnoha místech protínají.

Resumé

Tématem uvedené diplomové práce je charakteristika úlohy logopeda v rehabilitaci neurologických pacientů. Práce v teoretické části definuje terminologii potřebnou pro celkový vhled do problematiky, uvádí neurologické diagnózy, při jejichž terapii je k dosažení co nejlepšího výsledku kromě jiných profesních odborností třeba využít i intervenci logopedickou, charakterizuje základní přístupy v péči o pacienty s neurogenním narušením komunikační schopnosti. Těžištěm praktické části práce je dotazníkové šetření uskutečněné na neurologických pracovištích nemocnic v České republice. Hlavním cílem výzkumného šetření bylo zjistit, zda a jakým způsobem je zajištěna logopedická intervence u pacientů s neurologickou diagnózou na neurologických pracovištích nemocnic v České republice. Vzhledem k cílům výzkumu byl zvolen kvantitativní výzkum realizovaný dotazníkovým šetřením na neurologických pracovištích v České republice.

Summary

The theme of the mentioned thesis is to characterise the role of speech therapist in the rehabilitation of neurological patients. In the theoretical section the thesis defines the terminology necessary for overall insight, summarizes neurological diseases when to get the best therapeutic results is needed to complete the whole process also with speech therapy intervention, characterizes the basic approaches in the care of patients with neurogenic communication disorder. The focus of the practical part is a survey carried out on neurological departments in hospitals in the Czech Republic. The main objective of the research was to determine whether and how the speech therapy intervention is provided in neurological departments in hospitals in the Czech Republic.

Seznam použitých informačních zdrojů

České zdroje:

- ČSN ISO 690. Informace a dokumentace – Pravidla pro bibliografické odkazy a citace informačních zdrojů. Praha: Úřad pro technickou normalizaci, metrologii a státní zkušebnictví, 2011. Třídící znak 01 0197.
- DURDILOVÁ, Lucie. *Speciální pedagogika znevýhodněného člověka s řečovým postižením I.* (Přednáška) Praha: UK v Praze, Pedagogická fakulta. 14.4.2011.
- GAVORA, Peter. *Výzkumné metody v pedagogice: příručka pro studenty, učitele a výzkumné pracovníky.* Brno: Paido, 1996. Edice pedagogické literatury. ISBN 80-85931-15-X.
- JANOVCOVÁ, Zora. *Alternativní a augmentativní komunikace: učební text.* Brno: Masarykova univerzita, 2003. ISBN 80-210-3204-9.
- KALITA, Zbyněk a kol. *Akutní cévní mozkové příhody: diagnostika, patofyziologie, management.* Praha: Maxdorf, 2006. ISBN 80-85912-26-0.
- KEJKLÍČKOVÁ, Ilona. *Logopedie v ošetrovatelské praxi.* Vyd. 1. Praha: Grada, 2011. ISBN 978-80-247-2835-3.
- KLENKOVÁ, Jiřina. *Logopedie: narušení komunikační schopnosti, logopedická prevence, logopedická intervence v ČR, příklady z praxe.* Vyd. 1. Praha: Grada, 2006. ISBN 978-802-4711-102.
- KNOPPOVÁ, Pavlína a Jana KUČEROVÁ. *Význam logopedické intervence u osob s psychiatrickou diagnózou.* Vyd. 1. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2006. ISBN 8024415453.
- KOUKOLÍK, František a Roman JIRÁK. *Alzheimerova nemoc a další demence.* Vyd. 1. Praha: Grada, 1998. ISBN 8071696153.
- KOUKOLÍK, František. *Lidský mozek: funkční systémy: normy a poruchy.* Vyd. 1. Praha: Portál, 2000. ISBN 80-7178-379-X.

- KULIŠŤÁK, Petr, Helena LEHEČKOVÁ, Milada MIMROVÁ a Jaroslava NEBUDOVÁ. *Afázie*. Vyd. 1. Praha: Triton, 1997. ISBN 80-85875-38-1.
- LEBEDOVÁ, Zuzana. *Získané neurogenní poruchy řečové komunikace a poruchy polykání* [online]. Neurologická klinika 1. LF a VFN, 2012. In: [cit. 2016-08-23]. Dostupné z: http://www.neuro.lf1.cuni.cz/docs/predatest_kurz/ZL_poruchy_reci_2012.pdf
- LIPPERTOVÁ-GRÜNEROVÁ, Marcela. *Rehabilitace pacientů v kómatu*. Vyd. 1. Praha: Galén, 2013. ISBN 978-80-7262-761-5.
- LIPPERTOVÁ-GRÜNEROVÁ, Marcela. *Neurorehabilitace*. Vyd. 1. Praha: Galén, 2005. ISBN 80-7262-317-6.
- MINIBERGEROVÁ, Lenka a Jiří DUŠEK. *Vybrané kapitoly z psychologie a medicíny pro zdravotníky pracující se seniory*. Vyd. 1. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2006. ISBN 80-7013-436-4.
- NEUBAUER, Karel a kol. *Neurogenní poruchy komunikace u dospělých*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2007. Vyd. 1. ISBN 978-80-7367-159-4.
- NEUBAUER, Karel. *Logopedie: učební text pro bakalářské studium speciální pedagogiky*. Vyd. 3. Hradec Králové: Gaudeamus, 2010. ISBN 978-80-7041-093-6.
- NEUBAUEROVÁ, Lenka, Miroslava JAVORSKÁ a Karel NEUBAUER. *Ucelená rehabilitace osob s postižením centrální nervové soustavy*. Hradec Králové: Gaudeamus, 2011. Recenzované monografie. ISBN 978-80-7435-109-9.
- VENGLÁŘOVÁ, Martina. *Problematické situace v péči o seniory: příručka pro zdravotnické a sociální pracovníky*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2007. ISBN 978-80-247-2170-5.
- VOTAVA, Jiří. *Ucelená rehabilitace osob se zdravotním postižením*. Vyd. 1. Praha: Karolinum, 2003. ISBN 80-246-0708-5.
- VITÁSKOVÁ, Kateřina a kol. *Hodnocení komunikačních specifíků vybraných skupin jedinců s narušenou komunikační schopností*. Vyd. 1. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2015. ISBN 978-80-244-4414-7.
- ŠKODOVÁ, Eva, Ivan JEDLIČKA a kol. *Klinická logopedie*. Vyd. 2. Praha: Portál, 2007. ISBN 978-80-7367-340-6.

- ŠLAPAL, Radomír. *Vývojová neurologie pro speciální pedagogy*. Brno: Paido, 2007. ISBN 9788073151607.
- TOPINKOVÁ, Eva. *Jak správně a včas diagnostikovat demenci: manuál pro klinickou praxi*. Vyd. 1. Praha: UPB Pharma, 1999. ISBN 80-238-4913-1.
- VYBÍRAL, Zbyněk. *Psychologie komunikace*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2005. ISBN 80-7178-998-4.
- ZACHAROVÁ, Eva. *Komunikace v ošetrovatelské praxi*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2016. ISBN 9788027101566.

Zahraniční zdroje:

- SCÉFALVAY, Zsolt a Pavol TRAUBNER. *Afaziológia: pre klinickú prax*. Martin: Osveta, 1996. Efeta, 4. ISBN 80-217-0377-6.
- LECHTA, Viktor a kol. *Diagnostika narušené komunikační schopnosti*. Vyd. 1. Překlad J. Křížová ze slovenského originálu *Diagnostika narušenej komunikačnej schopnosti*. Praha: Portál, 2003. ISBN 80-7178-801-5.
- LECHTA, Viktor a kol. *Terapie narušené komunikační schopnosti*. Vyd. 1. Překlad J. Křížová ze slovenského originálu *Terapia narušenej komunikačnej schopnosti*. Praha: Portál, 2005. ISBN 80-7178-961-5.
- LOVE, Russell J. a Wanda G. WEBB. *Mozek a řeč: neurologie nejen pro logopedy*. Vyd. 1. Překlad Z. Lebedová z anglického originálu *Neurology for the speech-language pathologist*. Praha: Portál, 2009. ISBN 978-80-7367-464-9.
- MASLOW, Abraham H. *O psychologii bytí*. Vyd. 1. Překlad H. Antonínová z anglického originálu *Toward a psychology of being*. Praha: Portál, 2014. ISBN 978-80-262-0618-7.
- POWELL, Trevor J. *Poškození mozku: praktický průvodce pro terapeuty, rodinné příslušníky a pacienty*. Vyd. 1. Překlad M. Wdowyczynová z anglického originálu *Head injury*. Praha: Portál, 2010. ISBN 978-80-7367-667-4.
- TEDLA, Miroslav a kol. *Poruchy polykání: Poruchy prehl'tania*. Vyd. 1. Havlíčkův Brod: Tobiáš, 2009. ISBN 978-80-7311-105-2.

Internetové zdroje:

- *Česká neurologická společnost* [online]. [cit. 2016-11-06]. Dostupné z: <http://www.czech-neuro.cz/>
- HAUSENBLAS, Karel. O kulturu řeči. Naše řeč [online]. 1991, 74(3): 1 [cit. 2016-08-17]. Dostupné z: http://nase-rec.ujc.cas.cz/archiv.php?art=7010#_ftn1
- Komunikace. In: *Wikisofia* [online]. [cit. 2016-08-17]. Dostupné z: https://wikisofia.cz/wiki/Komunikace#cite_note-Vyb.C3.ADral-1
- *Národní registr poskytovatelů zdravotních služeb* [online]. [cit. 2016-11-06]. Dostupné z: <https://eregpublicsecure.ksrzis.cz/Registr/NRPZS/o-aplikaci>
- O nás. *Asociace klinických logopedů České republiky* [online]. [cit. 2016-10-09]. Dostupné z: <http://www.klinickalogopedie.cz/index.php>
- Poruchy duševní a poruchy chování (F00–F99). *Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR* [online]. [cit. 2016-09-28]. Dostupné z: <http://www.uzis.cz/cz/mkn/F00-F09.html>
- SOLNÁ, Gabriela, Naděžda LASOTOVÁ, Zuzana LEBEDOVÁ, Jarmila HOFMANOVÁ, Eva BABOROVÁ. *Návrh jednotného postupu v péči o pacienty s dysfagií na iktových jednotkách v ČR* [online]. [cit. 2016-10-09]. Dostupné z: <http://nemocnicevitkovice.agel.cz/pracoviste/oddeleni/neurologicke-oddeleni/pdf/pece-o-pac-dysfagie.pdf>

Seznam použitých zkratk

AAK	alternativní a augmentativní komunikace
AKL ČR	asociace klinických logopedů České republiky
CMP	cévní mozková příhoda
CNS	centrální nervová soustava
CPLOL	Comité Permanent de Liaison des Orthophonistes / Logopèdes de l'Union Européenne (Stálá styčná komise logopedů Evropské unie)
DPP	dohoda o provedení práce
EU	Evropská unie
IALP	International Association of Logopedics and Phoniatics (Mezinárodní asociace logopedů a foniatrů)
JIP	jednotka intenzivní péče
SAK	subarachnoidální krvácení

Seznam příloh

Příloha č. 1: Neurologická lůžková zařízení v České republice

Příloha č. 2: Průvodní dopis k dotazníku

Příloha č. 3: Dotazník pro vedoucí pracovníky neurologických pracovišť