

Univerzita Karlova
Pedagogická fakulta
Katedra speciální pedagogiky

DIPLOMOVÁ PRÁCE

Komunikace mezi osobami s afázií a zdravotnickými pracovníky

Communication between persons with aphasia and healthcare professionals

Bc. Kateřina Dolejšová

Vedoucí práce: Mgr. Ing. Jana Horynová
Studijní program: Logopedie (N0915A190002)
Studijní obor: N LOGO (0915TA190002)

Odevzdáním této diplomové práce na téma Komunikace mezi osobami s afázií a zdravotnickými pracovníky potvrzuji, že jsem ji vypracovala pod vedením vedoucího práce samostatně za použití v práci uvedených pramenů a literatury. Dále potvrzuji, že tato práce nebyla využita k získání jiného nebo stejného titulu.

V Praze dne 11. července 2022

Chtěla bych poděkovat vedoucí práce Mgr. Ing. Janě Horynové za podnětné rady a připomínky, ochotu a vstřícný přístup při vedení práce. Poděkování patří i všem, kteří se zúčastnili výzkumného šetření.

ABSTRAKT

Diplomová práce se zabývá problematikou komunikace mezi osobami s afázií a zdravotnickými pracovníky. Práce je členěna na čtyři kapitoly, z nichž první tři jsou teoretické. Obsahem čtvrté kapitoly je výzkumné šetření. První teoretická kapitola definuje afázií a další základní pojmy a nastiňuje klasifikaci afázie. Druhá teoretická kapitola je z větší části věnována multidisciplinárnímu týmu v rehabilitaci osob s afázií a roli jednotlivých zdravotnických pracovníků v týmu. Zabývá se také diagnostikou a terapií afázie v akutním, subakutním a chronickém stadiu. Třetí kapitola popisuje komunikaci s osobami s afázií a její specifika. Hlavním cílem výzkumu bylo zjistit, jakým způsobem probíhá ve zdravotnickém zařízení komunikace mezi osobou s afázií a zdravotnickými pracovníky, a to na základě zkušeností osob s afázií i zdravotnických pracovníků. Dílčí cíle se soustředily na formu, kterou komunikace probíhá, na užívané postupy a pomůcky k usnadnění komunikace a také na faktory, které komunikaci usnadňují nebo naopak ztěžují. Pro realizaci výzkumného šetření byla s ohledem na zapojení osob s afázií zvolena kvalitativní výzkumná strategie. Pro sběr dat byla použita metoda polostrukturovaného rozhovoru. Celkem bylo realizováno 10 rozhovorů. Výzkumný vzorek tvořilo 5 osob s afázií a 5 zdravotnických pracovníků. Data z rozhovorů byla následně zpracována pomocí tematické analýzy. Výsledky výzkumného šetření přináší orientační vhled do praxe, jak komunikace ve zdravotnických zařízeních probíhá.

KLÍČOVÁ SLOVA

afázie, cévní mozková příhoda, komunikace, rehabilitace, zdravotnický pracovník, zdravotnické zařízení

ABSTRACT

Diploma thesis deals with communication between persons with aphasia and healthcare professionals. The thesis consists of four chapters, three of which are theoretical. Research is included in the fourth chapter. Aphasia is defined and classified in the first theoretical chapter. The second chapter deals with a multidisciplinary team involving in the rehabilitation of persons with aphasia and with the individual role of healthcare professionals from the team. It also deals with diagnostics and the therapy of aphasia in acute, subacute and chronic stadium. Communication with persons with aphasia and its specifics are described in the third chapter. The main objective of diploma thesis was to find out how communication between persons with aphasia and healthcare professionals in healthcare facilities takes place according to experience of persons with aphasia and healthcare professionals as well. Partial objectives were concentrated on communication types, the techniques and aids for facilitating communication and also on factors affecting and facilitating or complicating communication. Qualitative research strategy was chosen because of the involvement of persons with aphasia in a research. Semi-structured interview was used for data collection, 10 interviews were performed. Research sample comprised 5 persons with aphasia and 5 healthcare professionals. Thematic analysis was used for data processing. The research brings insight into practice, how communication in healthcare facilities take place.

KEYWORDS

aphasia, stroke, communication, rehabilitation, healthcare professional, healthcare facility

Obsah

Úvod	7
1 Afázie.....	9
1.1 Terminologické vymezení a definice afázie	9
1.2 Etiopatogeneze afázie	11
1.3 Symptomatologie afázie	13
1.4 Klasifikace afázie.....	15
1.4.1 Bostonská klasifikace	16
1.4.2 Lurijova klasifikace	22
2 Multidisciplinární tým v rehabilitaci osob s afázií po cévní mozkové příhodě.....	24
2.1 Organizace péče o pacienty s cévní mozkovou příhodou.....	24
2.2 Rehabilitace ve zdravotnictví.....	25
2.3 Role jednotlivých zdravotnických pracovníků v multidisciplinárním rehabilitačním týmu	27
2.4 Diagnostika a terapie afázie v závislosti na stadiu afázie.....	30
2.4.1 Akutní stadium	30
2.4.2 Subakutní a chronické stadium.....	32
3 Komunikace s osobami s afázií	35
3.1 Komunikace a její specifika ve zdravotnictví.....	35
3.2 Trénink komunikačního partnera a doporučení pro komunikaci s osobou s afázií	37
3.3 Využití augmentativní a alternativní komunikace	38
3.3.1 Metody AAK podle použití pomůcek	40
3.4 Výzkumy zaměřené na problematiku komunikace mezi osobami s afázií a zdravotnickými pracovníky	43
4 Výzkumná část	45

4.1	Cíle výzkumného šetření a výzkumné otázky	45
4.2	Metodika výzkumu	46
4.2.1	Metoda sběru dat	46
4.2.2	Metoda analýzy dat.....	47
4.3	Výzkumný vzorek.....	48
4.3.1	Osoby s afázií	48
4.3.2	Zdravotnické pracovnice	49
4.4	Průběh výzkumného šetření.....	50
4.5	Interpretace výzkumného šetření	51
4.6	Závěry výzkumného šetření.....	65
4.6.1	Vyhodnocení výzkumných otázek.....	65
4.6.2	Limity a přínos výzkumného šetření	69
4.6.3	Doporučení pro praxi.....	70
	Závěr.....	71
	Seznam použitých informačních zdrojů	73
	Seznam elektronických zdrojů.....	76
	Seznam tabulek.....	80
	Seznam příloh.....	81

Úvod

Afázie jakožto závažné získané narušení komunikační schopnosti vzniká následkem poškození specifických oblastí mozku, nejčastěji v důsledku cévní mozkové příhody. Pokud je afázie součástí klinického obrazu člověka po prodělaném poškození mozku, ocitá se v situaci, kdy se u něj projeví ztížení až znemožnění řečové komunikace, která byla před vznikem afázie přirozenou součástí jeho života.

Předmětem práce je problematika komunikace mezi osobami s afázií a zdravotnickými pracovníky. Téma bylo zvoleno s ohledem na skutečnost, že právě nemocnice je prostředím, ve kterém se osoby s afázií sžívají s nastalou situací. Vzhledem k častému náhlému vzniku afázie a následnému pobytu v různých zdravotnických zařízeních je důležité, aby právě zdravotničtí pracovníci byli zdatní komunikační partneři. Po náhlém poškození mozku následuje rehabilitační proces, který vyžaduje lůžkový pobyt v dalších zdravotnických zařízeních, a proto pacienti s afázií potřebují komunikovat se zdravotnickými pracovníky různých odborností. Je důležité, aby zdravotničtí pracovníci znali a volili pro komunikaci s pacienty s afázií vhodné komunikační strategie.

Téma práce se vztahuje ke speciálně-pedagogické problematice vzhledem k tomu, že právě logoped zastává velmi důležitou roli v rehabilitačním týmu a může přispět k efektivní komunikaci mezi zdravotnickými pracovníky a pacienty s afázií. Aktuálnost tématu lze spatřovat v návaznosti na současný přístup k terapii afázie, který je zaměřen na rozvoj funkční komunikace a zmírňování psychosociálních důsledků afázie.

Práce je rozdělena na část teoretickou a praktickou. Teoretická část obsahuje tři kapitoly, z nichž každá je dále členěna na čtyři podkapitoly. Čtvrtá kapitola je věnována realizovanému výzkumnému šetření.

První teoretická kapitola zahrnuje terminologické vymezení afázie, představuje příčiny jejího vzniku a také symptomy, které jsou pro afázií typické. Kapitola uzavírají klasifikační systémy afázie.

Druhá kapitola je věnována průběhu rehabilitace osob s afázií po cévní mozkové příhodě, která vyžaduje multidisciplinární tým. Představena je organizace péče o osoby s afázií po cévní mozkové příhodě, vzhledem k zaměření práce je přiblížena rehabilitace ve zdravotnictví a pozornost je věnována roli jednotlivých členů rehabilitačního týmu. Nakonec je představena diagnostika a terapie afázie v jednotlivých stádiích afázie.

Třetí kapitola uzavírá teoretickou část a popisuje komunikaci s osobami s afázií. Věnuje se specifické komunikaci ve zdravotnictví, kde v současné době vzrůstají nároky na efektivní komunikaci mezi zdravotnickými pracovníky a pacienty. Je vysvětlena důležitost tréninku komunikačního partnera, v prostředí zdravotnických zařízení zdravotnického pracovníka. Ten by si měl osvojit komunikační strategie vhodné pro komunikaci s osobou s afázií. Je přiblížen současný stav řešení problematiky komunikace mezi osobami s afázií a zdravotnickými pracovníky na základě realizovaných výzkumů. Velká pozornost je věnována využití augmentativní a alternativní komunikaci, protože v současné době roste počet potenciálních uživatelů této komunikace ve vyšším věku, kterými jsou i jedinci s afázií.

Ve čtvrté kapitole je představeno kvalitativní výzkumné šetření, jehož hlavním cílem je zjistit, jakým způsobem probíhá ve zdravotnickém zařízení komunikace mezi osobou s afázií a zdravotnickými pracovníky, a to na základě zkušeností osob s afázií i zdravotnických pracovníků. Zdůvodněn je výběr polostrukturovaného rozhovoru jako vhodné metody sběru dat a tematické analýzy jako metody zpracování dat z rozhovorů. Těžištěm praktické části je interpretace výzkumného šetření, tedy přestavení výsledných témat a subtémat. Závěrem jsou vyhodnoceny výzkumné otázky, uvedeny limity a přínos výzkumného šetření a formulováno doporučení pro praxi.

1 Afázie

1.1 Terminologické vymezení a definice afázie

Ucelené definování afázie je obtížné vzhledem ke skutečnosti, že se jedná o vícedimenzionální poruchu, která má svou lingvistickou, neurogenní i kognitivní složku (Neubauer, 2007). V rámci klasifikace narušené komunikační schopnosti z hlediska symptomatologie je afázie vymezena jako získaná orgánová nemluvnost (Lechta, 1990). Pro první seznámení s problematikou lze afázii definovat jako získanou poruchu produkce i porozumění řeči, ke které dochází v důsledku ložiskového poškození mozku. Provází ji široká škála symptomů, z toho důvodu je vymezena afaziologie jako samostatný podobor logopedie (Cséfalvay, 2007b; Klenková, 2006).

Afaziologická problematika je předmětem zkoumání různých vědních oborů, konkrétně neurověd (neurologie, neurochirurgie, neuroanatomie), psychologických věd (neuropsychologie, kognitivní i klinické psychologie), lingvistiky (psycholingvistiky, neurolingvistiky), logopedie a dalších. Vzhledem k různým pohledům na problematiku, které se mění i v průběhu let, existují ve světě odlišné afaziologické směry – afaziologické školy a také mnohé definice afázie (Heroutová, 2007; Klenková, 2006).

Z neurologického hlediska je afázie získanou poruchou vybudované řeči, která je důsledkem ložiskové léze mozku, nikoli senzorické, motorické nebo jiné poruchy. Z neurolingvistického hlediska je pro afázii charakteristické, že ložiskové poškození specifických oblastí mozku způsobí poruchu, která v různé míře zasahuje všechny jazykové roviny (foneticko-fonologickou, morfologicko-syntaktickou, lexikálně-sémantickou a pragmatickou), projeví se ve všech jazykových modalitách (mluvení, čtení, psaní, znakování), a to při porozumění (receptci) i produkci (expresi) (Papathanasiou a Coppens, 2013). Z neuropsychologického hlediska je pro afázii typické narušení jazyka jakožto složitého funkčního systému, který je součástí neurokognitivního systému mozku. Vztahem řeči k ostatním psychickým funkcím se zabýval zakladatel moderní neuropsychologie Alexandr Romanovič Lurija (Cséfalvay, 2010; Neubauer, 2018). Lurija (1982 cit. dle Klenkové, 2006) definuje afázii jako systémové narušení řeči, které vzniká při organických poškozeních mozku a zasahuje různé úrovně organizace řeči. Vyvolává dezintegraci všech psychických sfér člověka a narušuje především komunikativní funkci řeči.

Snahu o ucelenou definici zahrnující vícedimenzionální charakter afázie nabízí Cséfalvay a Traubner (1996, s. 15): *Jde o 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). Afázie vzniká následkem ložiskových poškození mozku jako důsledek systémového vlivu mozkové léze na vyšší psychické funkce člověka.*

Afázii lze zařadit do souboru poruch vyšších kortikálních funkcí (Čecháčková, 2007; Neubauer, 2018). Tyto funkce jsou výsledkem vyšší kortikální činnosti, kterou umožňuje zejména mozková kůra (kortex), vývojově nejmladší součást centrálního nervového systému, ve spolupráci s podkorovými oblastmi. Vyšší kortikální činnosti jsou pro člověka specifické, zajišťují nervově psychickou činnost a řídí vnitřní funkce organismu i jeho komunikaci s vnějším prostředím. Jejich součástí jsou i funkce kognitivní. Receptivní složka kognitivních funkcí zajišťuje vnímání a třídění informací, které se stává součástí paměti. Následuje schopnost zpracování informací (analýza, syntéza – myšlení). Expresivní složka představuje výslednou reakci analyticko-syntetické činnosti (řeč, gestikulace, grafický projev, praxie) (Čecháčková, 2007).

Již název afázie poukazuje na poruchu fatických funkcí. Fatické funkce spadají spolu s praktickými a gnostickými funkcemi pod funkce symbolické, které jsou výsledkem vyšší nervové činnosti. Gnostické funkce zajišťují vyšší syntézu smyslového vnímání, jejich poruchy se označují jako agnózie. Praktické funkce umožňují vykonávat složité účelové pohyby, které jsou naučené a získané zkušeností. Jejich poruchy se nazývají apraxie (Seidl, 2015). Fatické funkce zajišťují řečovou komunikaci s okolím, čtení, psaní a početní výkony. Jejich poruchy jsou afázie, alexie, agrafie a akalkulie (Neubauer, 2007). Afázie se častěji než v čisté formě vyskytují současně s narušením dalších fatických funkcí (Kejklíčková, 2011).

Z uvedených definic je patrné nejednotné užívání pojmů jazyk a řeč. Klenková (2006, s. 27) definuje řeč jako *vědomé užívání jazyka jako složitého systému znaků a symbolů ve všech jeho formách. Slouží člověku ke sdělování pocitů, přání a myšlenek. (...) Řeč není pouze záležitostí mluvních orgánů (zevní řeč), ale především mozku a jeho hemisfér (vnitřní řeč). Úzce souvisí s kognitivními procesy a myšlením.* Pro afázii je charakteristické, že se jedná o narušení řeči na vyšší, symbolické, úrovni. Nejedná se o narušení mluvidel, tedy výkonného aparátu řeči. V zahraniční literatuře je rozdělení jasnější, afázie spadá do skupiny poruch

jazyka (language disorders). Oddělenou skupinu tvoří motorické poruchy řeči (motor speech disorders) (Cséfalvay, 2010).

Podobný pohled na zařazení afázie uvádí Neubauer (2007). V kategorii získaných neurogenních poruch komunikace rozlišuje z hlediska dominantní příčiny poruchy na bázi postižení individuálního jazykového systému (afázie), motorických řečových mechanismů (dysartrie, řečová dyspraxie), kognitivně-komunikačních funkcí (demence, poruchy verbální paměti a dalších funkcí) a primárních funkcí orofaciálního traktu (dysfagie, orální dyspraxie). Afázie je v jeho pojetí definována jako *porucha užití individuálního jazykového systému - vícefaktorová snížená schopnost dekódovat nebo používat smysluplné lingvistické části, tedy slova a větší syntaktické celky* (Neubauer, 2007, s. 19).

Papathanasiou a Coppens (2013) zdůrazňují, že definice afázie by se neměla soustředit jen na popis jazykových deficitů vzniklých v důsledku ložiskového poškození mozku. Důležité je zahrnout důsledky, které afázie způsobí v oblasti kvality života a komunikačního a sociálního fungování jedince.

1.2 Etiopatogeneze afázie

Afázie vzniká následkem organické léze mozku. Poškození mozkové tkáně může být ložiskové (ohraničené) nebo difuzní (rozptýlené) (Klenková, 2006). Příčinou vzniku afázie bývá ložiskové poškození mozku. Léze se nachází zejména v korových, případně podkorových oblastech mozku (Cséfalvay, 2007a, 2010).

Poškození způsobující afázii bývá lokalizováno v jazykově dominantní mozkové hemisféře. Většina populace (asi 80 %) má dominantní levou hemisféru, což koresponduje s dominancí pravé ruky (Čecháčková, 2007). Přibližně 95 % praváků má jazykový mechanismus lokalizován v levé hemisféře. I většina leváků, přibližně 70 %, má levostrannou lokalizaci jazykových funkcí, ale vyskytuje se u nich i pravostranná, nebo oboustranná lokalizace. Afázie tedy nejčastěji vzniká při poškození levé mozkové hemisféry (Kejklíčková, 2011; Love a Webb, 2009).

Výzkum fungování lidského mozku se stále posouvá a přináší nové poznatky. Použití moderních zobrazovacích technik (CT, MR, fMRI a další) přineslo zjištění, že řeč jakožto schopnost používat jazyk je zajištěna komplexním funkčním systémem více propojených oblastí mozku. Není tedy lokalizována v izolovaných mozkových centrech (Cséfalvay, 2010). Pro základní orientaci v mozkové kůře je dodnes používána cytoarchitektonická

mapa německého neurologa Korbiniana Brodmanna z roku 1908. Rozděluje povrch mozkové kůry na 52 oblastí, Brodmannovy areae, které odpovídají za určitou funkci. Jsou proto nazývány jako funkční korové oblasti (Koukolík, 2012; Love a Webb, 2009).

Oblasti zodpovědné za jazykové funkce obklopují Sylviovu rýhu (sulcus lateralis), z toho důvodu je tato oblast označována jako perisylvická. Sylviova rýha odděluje temporální (spánkový) mozkový lalok od frontálního (čelního) a parietálního (temenního) laloku. Perisylvická oblast zahrnuje Brocovu areu, Wernickeho areu, gyrus supramarginalis, gyrus angularis a asociační vlákna propojující tyto oblasti. Brocova area ve frontálním laloku zodpovídá za vytváření motorických plánů řečové produkce, Wernickeho area v temporálním laloku zajišťuje percepci mluveného jazyka. Nelze opomíjet nejen vzájemná propojení oblastí podílejících se na jazykových mechanismech, ale ani spojení obou hemisfér. Afázie může být také důsledkem léze některých podkorových oblastí, konkrétně thalamu a bazálních ganglií (Koukolík, 2012; Love a Webb, 2009; Mahendra, 2011).

Klinický obraz afázie závisí na typu organického poškození centrální nervové soustavy, rozsahu a lokalizaci léze a na věku jedince, ve kterém k poškození došlo (Čecháčková, 2007; Klenková, 2006). Afázie se často pojí s dalšími neurologickými deficity, ale může být jediným symptomem mozkové léze (Cséfalvay, 2007a).

Příčinou vzniku afázie mohou být cévní mozkové příhody, úrazy a poranění mozku (otřesy a zhmoždění), mozkové nádory, zánětlivá onemocnění mozku (encefalitidy a meningoencefalitidy), degenerativní onemocnění centrální nervové soustavy (Alzheimerova a Pickova nemoc) a intoxikace mozku (vlivem drog, alkoholu a dalších toxických látek) (Čecháčková, 2007; Klenková, 2006).

Cévní mozková příhoda (dále CMP) neboli iktus je nejčastější příčinou vzniku afázie. Až 80 % afázií vzniká následkem CMP (Kejklíčková, 2011). CMP lze definovat jako „*akutně vzniklé klinické fokální či globální příznaky poruchy funkce mozku trvající déle než 24 hodin (eventuálně do smrti) bez zjevné jiné než vaskulární příčiny*“ (Seidl, 2015, s. 191). CMP patří do skupiny cerebrovaskulárních chorob. Podle příčiny vzniku lze rozlišit ischemické a hemoragické CMP. Ischemického původu je 80 – 85 % CMP (Cséfalvay, 2010; Seidl, 2015). Dochází k uzávěru nebo zúžení mozkové cévy, které způsobí nedostatečné krevní zásobení mozkové tkáně. V případě hemoragických CMP dochází ke krvácení mozkové tkáně, může být doplněno o subarachnoidální krvácení. Krvácení vzniká v důsledku porušení stěny mozkové cévy (Seidl, 2015). Následkem CMP se kromě afázie mohou projevit i jiné

neurogení poruchy řečové komunikace, poruchy hybnosti (častá je spastická hemiparéza), kognitivních funkcí, rovnováhy, citlivosti, poruchy smyslové a další. V neposlední řadě má CMP neurobehaviorální následky, může se projevit apatie, impulzivita, emoční nestabilita, deprese a úzkost (Švestková a Angerová, 2010).

Frekvence výskytu afázie souvisí s frekvencí výskytu CMP. V Evropě je odhad výskytu CMP 140 až 800 případů na 100 000 obyvatel. U třetiny osob po CMP vzniká afázie (Bakheit a Gatehouse, 2006 cit. dle Cséfalvay, 2010). Kejkličková (2011, s. 43) uvádí, že *ročně je afázií postiženo 0,25 – 0,5 ‰ veškeré populace.*

1.3 Symptomatologie afázie

Symptomatologie afázie je rozmanitá, přesto lze definovat jednotlivé symptomy, které se projevují v různých kombinacích, rozsahu a množství (Klenková, 2006). Významným symptomem a zároveň jedním z kritérií při klasifikaci jednotlivých typů afázie je narušení fluence (plynulosti) řečového projevu. Fluence je posuzována podle počtu produkovaných slov za minutu. Při normální řečové produkci bývá produkováno 120 slov za minutu, při nonfluenci méně než 50 slov za minutu, při hyperfluenci 200 a více slov za minutu (Čecháčková, 2007).

Dále je důležité zjistit, jestli je narušena receptivní nebo expresivní složka řeči (Klenková, 2006). Vzhledem ke komplexnosti narušení jazykových schopností, které je pro afázií typické, bývají do určité míry zasaženy obě složky. Narušena je percepce mluvního projevu, verbální exprese, lexikální i grafické dovednosti a také verbálně-mnestické funkce (Neubauer, 2007). Z hlediska jazykových rovin je nejméně zasažena rovina pragmatická. Dominantním symptomem narušení morfologicko-syntaktické roviny je výskyt agramatismů, s narušením lexikálně-sémantické roviny souvisí sémantické parafázie a anomie (Cséfalvay, 2007b).

Obtíže při pojmenování určitého pojmu patří k nejčastějším specifickým symptomům afázie (Neubauer, 2007, 2018). Čecháčková (2007) užívá pro poruchy pojmenování termín anomie jakožto neschopnost označit konkrétní předmět odpovídajícím slovem. Spojuje výskyt anomii s amnestickou afázií. Cséfalvay (2007a) a Mahendra (2011) uvádí, že anomie bývají symptomem u všech typů afázie. Neubauer (2007, 2018) používá termín dysnomie, a to pro obtíže s pojmenováním předmětu z důvodu obtíží při výběru adekvátního pojmu ze sémantické jazykové sítě. Pojmenování nedělá jedinci s afázií obtíže z důvodu ztráty

paměťové informace, problém spočívá v jejím vybavování. Cséfalvay (2007a) uvádí, že tento nedostatek může být kompenzován opisem hledaného slova (cirkumlokuce), nebo použitím významově či zvukově podobného slova (sémantické či fonemické parafázie).

Parafázie je označením pro slovní deformace. Čecháčková (2007, s. 152) rozlišuje tři typy parafází. Fonemická parafázie označuje deformovaný tvar slova, ve kterém jsou ale zachované některé prvky zajišťující porozumění významu slova. Časté jsou záměny fonémů („*kvítek - klítek, kočka - kečka, dveře - dveřka*“). Sémantická parafázie představuje nahrazení slova, které si jedinec nemůže vybavit, slovem podobného významu. Může se jednat i o opis významu slova („*to je to, čím se odemyká (klíče)*“). Žargonová parafázie je typem těžké slovní deformace, kdy produkovanému slovu nelze porozumět („*ždruchla - židle*“).

Parafrázie znamená dle Čecháčkové (2007, s. 152) *sníženou schopnost až nemožnost větného vyjádření (...)* (*Budu muset odejít. = Já tam.*). Typicky se projevuje u expresivní afázie. Větné vyjádření může být natolik obtížné, že jedinec místo věty používá jen jedno slovo.

Neologismy (novotvary) označují nově vytvořená slova, která neexistují v jazyce, který jedinec užívá. U slov dochází k záměně hlásek a slabik, přispívají k nesrozumitelnosti projevu. Výskyt neologismů v řeči je typický pro jedince s percepčním typem afázií (Cséfalvay, 2007a; Obereignerů, 2013). Podle Neubauera (2007, 2018) se spíše než o novotvary jedná o nesrozumitelné záměny, které označuje jako slovní parafrázie. Vymezuje ještě dva typy parafrází. Fonemické, při kterých dochází k záměnám fonémů, a sémantické, kdy jsou zaměňována slova ze stejného pojmového okruhu (srov. Čecháčková, 2007).

Logorhea se podle Čecháčkové (2007, s. 153) projevuje u afázií percepčního typu jako *překotná mluva se sníženou srozumitelností pro častý výskyt žargonových parafází*. Kejkličková (2011) uvádí, že tuto nekontrolovanou mluvní produkci lze obtížně přerušit.

Perseverace představují neadekvátní přetrvávání původní verbální reakce i po změně podnětu. Jedinec neúmyslně odpovídá stejným již vyřčeným slovem nebo slovním spojením na následující otázku či podnět (Cséfalvay, 2007a; Obereignerů, 2013).

Echolálie je třeba odlišit od perseverací. Při echolálii jedinec spontánně opakuje slyšená slova či věty po komunikačním partnerovi. Perseverující jedinec opakuje již vyřčené po sobě samém, ne po druhých. Echolalie se projevují u transkortikálních typů afázie (Obereignerů, 2013).

Řečové automatismy jsou slova, která má jedinec zautomatizovaná vzhledem k jejich častému výskytu v běžné řeči. Často se jedná o vlastní jméno, různá zvolání a další jednoduchá slova (jo, no a další). Mohou se projevit při reakci na jakoukoliv otázku, nebo při pokusu o spontánní řečovou produkci. Jsou časté u těžších forem afázií, zejména u jedinců s globální afázií (Kejklíčková, 2011; Obereignerů, 2013).

Agramatismus se projevuje nesprávným používáním gramatických pravidel při stavbě věty. Častým projevem je nesprávné skloňování a časování a vypouštění některých slovních druhů (spojek, předložek a příslovcí). Syntaktická struktura věty může být redukována do podoby telegrafické řeči, při které jedinec používá jen obsahově nejdůležitější slova v základním tvaru (Obereignerů, 2013).

Poruchy porozumění řeči v určité míře provází všechny typy afázie. Jedná se o důležité diagnostické kritérium a je třeba vyšetření porozumění nezanedbat, nemusí se totiž během prvního kontaktu s pacientem projevit. Někteří pacienti i s těžkou poruchou řečové percepce si mohou zadání domyslet na základě situace a úkol správně provést. Porozumění také závisí na složitosti zadání. Obtíže se mohou projevit už při porozumění a odlišení jednotlivých fonémů a slov, nebo až na úrovni složitějších syntaktických struktur při porozumění vztahu mezi jednotlivými slovy ve větě. Zjištění úrovně porozumění mluvené řeči je důležité i z toho důvodu, že nepochopení zadání může zkreslovat výsledky různých vyšetření (Cséfalvay, 2007a; Čecháčková, 2007).

Vzhledem ke skutečnosti, že afázie je jevem multimodálním, kromě narušení řečové exprese a percepce se projevuje také poruchy čtení a psaní. Získané poruchy čtení a psaní vzniklé v důsledku poškození mozku jsou označovány jako alexie a agrafie. Mohou se projevit i samostatně, bez přítomnosti afázie, ale často provází klinický obraz afázie (Cséfalvay, 2007a; Neubauer, 2018).

1.4 Klasifikace afázie

Vzhledem k rozsáhlosti problematiky afázie a rozdílným pohledům na její definování, setkáváme se i s různými klasifikačními systémy. Zařazení afázie v rámci konkrétního klasifikačního systému usnadňuje komunikaci mezi jednotlivými členy multidisciplinárního týmu, který se účastní rehabilitačního procesu osob s afázií (Mahendra, 2011).

Základní dělení afázií na sensorickou (receptivní, Wernickeho), motorickou (expresivní, Brocovu) a totální (globální) afázii je v klinické praxi stále často užívané, avšak značně

zjednodušené (Čecháčková, 2007). Vhodnější je dělit afázie podle výkonu ve spontánní řečové produkci na fluentní (plynulé) a nonfluentní (neplynulé). Toto rozdělení totiž reflektuje skutečnost, že téměř u všech jedinců s afázií se ve spontánní řečové produkci projevuje určitá míra narušení (Love a Webb, 2009).

V klinické praxi je nejčastěji používána Bostonská klasifikace. Odpovídá nejrozšířenějším zahraničním diagnostickým materiálům BDAE (Boston Diagnostic Aphasia Examination) a WAB (Western Aphasia Battery) (Neubauer, 2018). Akceptuje lokalizaci mozkové léze a zaměřuje se na hodnocení řečových modalit. Lurijova klasifikace představuje další významný koncept, nepohlíží totiž na afázií izolovaně, ale jako na součást poruch vyšších kortikálních funkcí. Ve světě jsou vzhledem k množství afaziologických škol rozšířeny i další klasifikační systémy. V našem prostředí lze zmínit Kimlovu, Hrbkovu a Olomouckou klasifikaci (Čecháčková, 2007). Následuje popis Bostonské a Lurijovy klasifikace, jakožto rozšířených klasifikačních systémů, které staví na odlišných pojetích afázie.

1.4.1 Bostonská klasifikace

Bostonská klasifikace bývá označována také jako neoklasická. Používá totiž k označení jednotlivých typů afázie klasickou terminologii, kterou představili v 19. století Paul Broca a Carl Wernicke. Obsah a charakteristika jednotlivých typů afázie jsou ale oproti původnímu pojetí pozměněny (Cséfalvay, 2007b, 2010). Bostonská klasifikace rozlišuje klinické syndromy afázie na základě čtyř kritérií: plynulost spontánního mluveného projevu, porozumění mluvené řeči, schopnost opakování mluvené řeči a pojmenování viděného. Převládá lingvistický aspekt, nevyšetřuje praxii, gnozii, pravo-levou orientaci, orientaci v prostoru a další přidružené poruchy (Čecháčková, 2007; Klenková, 2006).

Bostonská klasifikace rozlišuje osm syndromů afázie. Do skupiny nonfluentních afázií patří Brocova afázie, globální afázie, transkortikální motorická afázie a smíšená transkortikální afázie. Do skupiny fluentních afázií je řazena Wernickeho, kondukční, anomická a transkortikální sensorická afázie. S největší frekvencí se vyskytuje Brocova afázie, následovaná globální a Wernickeho afázií (Mahendra, 2011).

Pro základní orientaci slouží tabulka č. 1, ve které jsou shrnuty charakteristické znaky všech afatických syndromů bostonské klasifikace (převzato z Cséfalvay, 2007b, s. 18). Pod ní následuje podrobnější popis jednotlivých typů afázie.

Klinický syndrom afázie	Spontánní řeč	Porozumění řeči	Opakování	Pojmenování
Brocova afázie	nonfluentní, agramatická parafázie	lehké až těžké poruchy	narušeno	narušeno
Globální afázie	absentuje řečová stereotypie	těžce narušeno	těžce narušeno	těžce narušeno
Transkortikální motorická afázie	nonfluentní, echolalická	lehké až středně těžké poruchy	nenarušeno, případně lehce narušeno	narušeno
Směšená transkortikální afázie	nonfluentní řečové stereotypie	těžce narušeno	zachováno, mírně narušeno	narušeno
Wernickeho afázie	fluentní parafázie, neologismy	těžce narušeno	narušeno	narušeno
Konduktivní afázie	fluentní	lehce narušeno	výrazně narušeno, fonemická parafázie	lehce narušeno
Amnestická afázie	fluentní anomické pauzy	lehce narušeno	zachováno	narušeno
Transkortikální senzorická afázie	fluentní, echolalická	těžké poruchy	zachováno, echolalie	narušeno

Tabulka č. 1: Bostonská klasifikace: základní charakteristika klinických syndromů afázie (Cséfalvay, 2007b, s. 18)

Brocova afázie

Brocova afázie se pojí s lézemi, které zasahují Brocovu areu (Brodmannova area 44, 45) ve frontálním laloku dominantní hemisféry a její okolí. Může vzniknout i při lézi postcentrální oblasti mozkové kůry jazykově dominantní hemisféry, případně i subkortikální oblasti frontálního mozkového laloku (Cséfalvay, Egryová a Wiedermann, 2007). Klinický obraz se může v průběhu času vyvíjet a přejít do transkortikální, konduktivní či anomické afázie (Neubauer, 2007).

Produkce řeči je nonfluentní, patrné bývá výrazně zpomalené tempo mluvené řeči. Toto zpomalení je dáno námahou, kterou spontánní produkce řeči představuje. Může být zredukována až na jednoslovné výpovědi. Další příčinou může být přidružená apraxie řeči či dysartrie. Pro jedince je obtížné vyhledávat slova z mentálního slovníku. Tento nedostatek často kompenzují cirkumlokucí, opisují hledané slovo (Cséfalvay a Košťálová, 2013). Potíže

s vyhledáním slova z mentálního slovníku mohou způsobit deformování slov, zejména fonemické parafázie. K nejnápadnějším projevům patří výskyt agramatismů. V mluveném projevu převládají podstatná jména, většinou v základním nebo nesprávném tvaru. Sloves a neplnovýznamových slov používají jedinci s Brocovou afázií minimum. Snahu o promluvu ztěžují perseverace. Jedinci ulpívají na jednom pojmu a opakují ho, i když se chtějí posunout k dalšímu (Cséfalvay, 2007b). Míra narušení produkce řeči je u každého jedince individuální. Automatické řady, jako je vyjmenování dnů v týdnu nebo číselné řady bývají obvykle zachovány společně s dalšími automatickými reakcemi, jako jsou na příklad nadávky (Potagas, Kassemilis a Evdokimidis, 2013). Porozumění mluvené řeči je oproti její produkci vždy na lepší úrovni. Přesto je narušeno i dekodování mluvené řeči, zejména složitějších syntaktických konstrukcí. S porozuměním izolovaným slovům, případně jednoduchým větám, nemá většina jedinců s Brocovou afázií potíže (Cséfalvay, Egryová a Wiedermann, 2007).

Brocovu afázií často provází poruchy čtení a psaní. Jejich příznaky jsou podobné obtížím v porozumění a produkci mluvené řeči. Může být narušena i motorická realizace psaní. Příčinou je hemiparéza až hemiplegie dominantní horní končetiny, která bývá rovněž součástí klinického obrazu jedinců s Brocovou afázií (Cséfalvay, Egryová a Wiedermann, 2007).

Wernickeho afázie

Wernickeho afázie vzniká při lézích postihujících temporální lalok dominantní hemisféry, konkrétně Wernickeho areu (Brodmannova area 22, někdy bývá do této oblasti zahrnována i Brodmannova area 39 a 40 v parietálním laloku). Případně může vzniknout i při lézích sousedících oblastí (Brodmannova area 37, 20 a 21) (Mahendra, 2011).

Wernickeho afázie představuje téměř opačný obraz oproti Brocově afázií. Dominantní je narušené porozumění při zachovalé fluenci řečové produkce. Mluvený projev je sice plynulý a artikulovaný, ale obsahuje neologismy, parafázie a výplňová slova, která nenesou význam. Důsledkem je nízká informační hodnota sdělení. Vzhledem k redukci plnovýznamových slov bývá někdy tento typ afázie označován jako žargonová afázie. Gramatická rovina bývá nenarušena, jedinci užívají i neologismy a parafázie ve větě ve správném gramatickém tvaru. Vzhledem k narušenému porozumění řečovému projevu má jedinec s Wernickeho afázií omezenou kontrolu nad obsahem svého projevu a z toho důvodu si často neuvědomuje vlastní poruchu jazykového systému. Narušená je i schopnost opakovat slova a pojmenování

provází výskyt parafázíí (Cséfalvay a Košťálová, 2013; Potagas, Kassemilis a Evdokimidis, 2013).

Čtení i psaní bývá v důsledku popsaných deficitů výrazně narušeno. Zachováno může být čtení izolovaných slov bez přiřazení přečteného slova k obrázku (Cséfalvay a Košťálová, 2013).

Globální afázie

Globální afázie bývá někdy označována jako totální afázie z důvodu těžkého narušení produkce i porozumění řeči, ke kterému se přidává narušení schopnosti číst a psát. Jedná se o nejzávažnější typ afázie. Vzniká následkem rozsáhlých lézí celé perisylvické oblasti (Mahendra, 2011). Symptomy odpovídající globální afázii jsou často přítomny v počátečním stadiu onemocnění, klinický obraz se může v čase měnit a odpovídat jinému typu afázie. Ve zbylých případech globální afázie přetrvává (Cséfalvay a Košťálová, 2013).

Produkce řeči je nonfluentní, často zredukována na stereotypní opakování slabik či novotvarů („to-to“, „lokely-lokely“). Tyto projevy se vyskytují i při pokusech o zopakování slova a pojmenování předmětů (Cséfalvay a Košťálová, 2013. s. 86). Snaha o neverbální komunikaci pomocí mimických výrazů a gest bývá často ztížena přidruženými poruchami, zejména orální a ideomotorickou apraxií (Mahendra, 2011). Těžké poruchy se projevují ve všech modalitách výstupu, kromě dorozumění se mluvenou řečí je znemožněno i dorozumění se kresbou nebo psaním. Porozumění řeči je těžce narušeno a rychle se při kontaktu s pacientem projevívá. Nereaguje ani na jednoduché pokyny. Jedinci s méně závažným narušením porozumění řeči se mohou učit komunikovat pomocí obrázků, piktoqramů nebo kreslení (Cséfalvay a Košťálová, 2013).

Čtení i psaní je výrazně narušeno. Někteří jedinci jsou schopni identifikovat známé napsané slovo, na příklad vlastní jméno. Psaní se spíše projevuje jako čmárání, v některých případech může být zachována část slova, jedinec napíše písmeno nebo slabiku daného slova (Cséfalvay, Egryová a Wiedermann, 2007).

Kondukční afázie

Lokalizace léze způsobující kondukční afázii je v moderní afaziologii spornější než předpokládal v původním pojetí v 19. století Wernicke. Podle něj tento typ afázie vzniká narušením spojů mezi Brocovou a Wernickeho areou. V současnosti může být tento typ

afázie diagnostikován na základě symptomů i bez určení lokalizace léze. Nejčastěji bývá spojována s lézemi v oblasti gyrus supramarginalis (Love a Webb, 2009).

Produkce řeči bývá poměrně plynulá navzdory četnému výskytu fonemických parafázií. Jedinci jsou si jich vědomi z důvodu zachovalé sluchové zpětné vazby. Toto uvědomění vede ke snaze o korekci parafázií, ale zvýšená snaha a soustředění může vést k produkci dalších parafázií a neplynulosti spontánního mluveného projevu. Uvedené obtíže se projevují i při pojmenování předmětů, ale nejvýrazněji je narušeno opakování slov a vět, které je na horší úrovni než spontánní řečová produkce. Porozumění řeči bývá u většiny jedinců nenarušené. Obtíže se mohou projevit při porozumění složitějším syntaktickým strukturám (Cséfalvay, Egryová a Wiedermann, 2007; Potagas, Kassemilis a Evdokimidis, 2013).

Při hlasitém čtení se projevují podobné obtíže jako při mluvené řeči, bývají označovány jako paralexie. Během tichého čtení jedinec rozumí obsahu čteného. Liší se i úroveň spontánního psaní, která bývá lepší než psaní diktovaných slov (Cséfalvay a Košťálová, 2013).

Anomická (amnestická) afázie

Anomická afázie nemá v současné afaziologii lokalizační hodnotu. Anomie jsou běžným symptomem různých typů afázie a zároveň častým symptomem difuzního poškození mozku (Love a Webb, 2009).

Produkce řeči je plynulá, dominantním symptomem je narušené vyhledávání slov z mentálního slovníku, které vede k anomickým pauzám. Právě anomické pauzy mohou být nesprávně interpretovány jako nonfluentní afázie. Mnozí jedinci umí obtíže s vyhledáváním slov kompenzovat použitím synonyma či opisem slova. Při cíleném vyšetření pojmenování určeného předmětu nebo obrázku mohou být odhaleny anomie, které se při spontánním projevu daří kompenzovat. Opakování nepředstavuje obtíže. Porozumění je u anomické afázie na nejlepší úrovni v porovnání s ostatními typy afázie (Cséfalvay, Egryová a Wiedermann, 2007).

Čtení slov i čtení s porozuměním zůstává nenarušeno. Psaní je podobně jako spontánní řeč přerušováno vyhledáváním slov z mentálního slovníku. Záměny slov podobného významu bývají v psané formě označovány jako sémantické paragrafie (Cséfalvay a Košťálová, 2013).

Transkortikální motorická afázie

Všechny transkortikální formy afázie spojuje lokalizace léze mimo perisylvickou oblast. Frekvence jejich výskytu je nízká. Typická je pro ně nenarušená schopnost opakování (Love a Webb, 2009).

Léze způsobující transkortikální motorickou afázii (TMA) mohou být lokalizovány v několika oblastech: ve frontálním laloku před Brocovou areou, v suplementární motorické oblasti, nebo v oblasti gyrus cingulatus. V některých případech je léze subkortikální (Potagas, Kassemilis a Evdokimidis, 2013).

Produkce řeči je u jedinců s TMA nonfluentní. Spontánní řečová produkce je minimální, díky dobré schopnosti opakování slyšeného se může projevit echolalická řeč (Cséfalvay a Košťálová, 2013). Porozumění je oproti produkci řeči narušeno méně, přesto se určitá míra narušení porozumění projeví. Obtížné je zejména porozumění delším větám a složitějším syntaktickým strukturám (Cséfalvay, Egryová a Wiedermann, 2007).

Schopnost čtení a psaní bývá zachována. Při hlasitém čtení i při psaní je patrné zpomalené tempo produkce (Cséfalvay a Košťálová, 2013).

Transkortikální senzorická afázie

Léze způsobující transkortikální senzorickou afázii (TSA) jsou většinou lokalizovány hlouběji v oblastech za Wernickeho areou, a to v zadních oblastech temporálního laloku, nebo až na tempororo-okcipitálním rozhraní (Cséfalvay, 2010; Mahendra, 2011).

Řečová produkce je fluentní, informační hodnota je však v důsledku množství sémantických parafází a neologismů nízká. Mohou se projevit echolálie, jedinci opakuji i delší slyšené věty bez porozumění jejich významu. Pojmenování je narušeno (Cséfalvay, 2010; Love a Webb, 2009). Porozumění řeči je narušeno. Pro TSA je charakteristický kontrast zachovalé schopnosti opakování při narušeném porozumění řeči (Mahendra, 2011).

Psaní je narušeno, obtíže se projeví ve spontánním písemném projevu. Opisování slov i vět narušeno být nemusí, písemný projev může být z formálního hlediska nenarušen. Při čtení se projeví narušení porozumění čtenému, ale schopnost hlasitého čtení izolovaných slov může zůstat zachována (Cséfalvay a Košťálová, 2013).

Smíšená transkortikální afázie (syndrom izolace řečových zón)

Smíšená transkortikální afázie (STA) vzniká důsledkem různých kombinací lézí způsobujících TMA a TSA. Termín syndrom izolace řečových zón značí odpojení intaktní

perisylvické oblasti od dalších kortikálních oblastí, které jsou potřebné pro fungování jazyka (Mahendra, 2011).

Pro STA je charakteristické narušení všech modalit kromě opakování slov. Nenarušené opakování odlišuje STA od globální afázie, jinak je klinický obraz podobný. Řečová produkce jedinců se STA je nonfluentní, řeč je echolalická, projevují se perseverace a řečové automatismy (Cséfalvay a Košťálová, 2013).

1.4.2 Lurijova klasifikace

Pro Lurijovu klasifikaci afázie je charakteristický komplexní pohled na funkci celého centrálního nervového systému. Klasifikace je založena na koncepci funkčních bloků a kortikálních zón mozku. Afázie není pojímána izolovaně, ale jako součást složitého funkčního systému, který umožňuje fungování vyšších kortikálních funkcí. Oproti Bostonské klasifikaci se kromě topiky léze zaměřuje také na vymezení primárního defektu. Lurija tak vysvětluje, že stejný symptom může mít různé příčiny. Může tedy vzniknout při různé lokalizaci léze (Cséfalvay, 2003; Čecháčková, 2007).

Lurija vymezuje tři funkční bloky mozku: I. blok reguluje tonus a bdění, II. blok zajišťuje přijímání, analýzu a zpracování informací, III. blok programuje, reguluje a kontroluje různé aktivity. Afázie vznikají při poškození II. a III. bloku, oblasti těchto bloků se dále dělí na primární, sekundární a terciární. II. blok je tvořen temporálními, parietálními a okcipitálními laloky, III. blok tvoří frontální laloky a limbický systém. Lurija rozlišuje afázie, které vznikají při lézích předních oblastí mozku (dynamická a eferentní motorická afázie) a afázie, které vznikají při poškození zadních oblastí mozku (aferentní motorická, akusticko-mnestická, sensorická, sémantická, amnestická afázie) (Cséfalvay, 2003). Následující tabulka č. 2 shrnuje typy afázie a primární defekt, který je jejich základem, dále shrnuje lokalizaci léze podle funkčních oblastí a kortikálních zón (převzato z Cséfalvay, 2003, s. 209).

Typ afázie	Primární defekt	Kortikální oblast	Blok	Zóna
Dynamická	iniciace řeči	frontální lalok	III	terciární
Eferentní motorická	porucha kinetické organizace	precentrální	III	sekundární
Aferentní motorická	porucha kinestetické aferentace	postcentrální	II	sekundární
Senzorická	porucha fonematické diferenciacie	horní zadní temporální	II	sekundární
Akusticko-mnestická	porucha sluchově-řečové paměti	střední temporální	II	sekundární
Sémantická	porucha simultánní syntézy informací	T P O	II	terciární

Tabulka č. 2: Klasifikace afázie podle A. R. Luriji (Cséfalvay, 2003, s. 209 – tabulku sestavili Kaganová a Saling, 1992)

2 Multidisciplinární tým v rehabilitaci osob s afázií po cévní mozkové příhodě

2.1 Organizace péče o pacienty s cévní mozkovou příhodou

Cévní mozková příhoda (dále CMP) představuje život ohrožující stav, který vyžaduje urgentní hospitalizaci. Na organizaci léčebné péče jsou tedy kladeny vysoké nároky. Důležitost včasného zahájení léčebné péče vyjadřuje termín *time is brain* (čas je mozek). Nejlepší řešení nabízí hospitalizace pacienta na specializovaných odděleních pro léčbu CMP (Bauer, 2010).

Ministerstvo zdravotnictví ČR představilo ve Věstníku č. 2/2010 organizaci péče o pacienty s cerebrovaskulárním onemocněním v České republice a vydalo následující stanovisko: *Na základě celoevropského konsensu z r. 1995 a posledního doporučení European Stroke Organization (ESO) 2008 je nezbytné co nejrychleji vytvořit v České republice síť specializovaných pracovišť pro léčbu CMP na trojstupňové úrovni, aby se odstranila historicky daná roztržitost péče o CMP, často řešená na neodpovídající úrovni péče* (MZ ČR, 2010).

Jednotlivými úrovněmi jsou na prvním stupni Komplexní cerebrovaskulární centra (KCC), která spolupracují s neurologickými pracovišti druhého stupně. Druhý stupeň tvoří Iktová centra (IC), která spadají do sítě nemocnic se specializací na diagnostiku a léčbu CMP. Základní stupeň představuje ostatní cerebrovaskulární péče. Tento stupeň péče poskytují *akutní a následná lůžková a ambulantní zdravotnická zařízení v oborech neurologie, vnitřního lékařství, geriatric, rehabilitační a fyzikální medicíny. Tato péče je určena zejména pro dispenzarizaci, komplexní rehabilitaci a doléčování pacientů akutně ošetřených na pracovištích vyššího typu* (MZ ČR, 2010).

Pro KCC i IC byla stanovena personální, materiálně technická i organizační kritéria, která musí zdravotnické zařízení usilující o statut centra splňovat. Obě pracoviště zajišťují komplexní diagnostiku, léčbu a včasnou rehabilitační péči a oborem koordinujícím centrum je neurologie. KCC má povinnost zajišťovat intervenční radiologické a neurochirurgické výkony, IC je zaměřeno zejména na trombolytickou léčbu a intenzivní péči o pacienty s akutní CMP (Bar a Tomek, 2020; MZ ČR, 2010).

V roce 2015 došlo k přejmenování center iktové sítě na Centra vysoce specializované péče o pacienty s iktem (IC) a na Centra vysoce specializované cerebrovaskulární péče (KCC)

(Bar a Tomek, 2020). Podle Věstníku Ministerstva zdravotnictví ČR č. 10/2021 je v České republice 13 center vysoce specializované cerebrovaskulární péče, z nichž 4 jsou v Praze (Fakultní nemocnice v Motole, Nemocnice Na Homolce, Ústřední vojenská nemocnice, Fakultní nemocnice Královské Vinohrady) a 33 center vysoce specializované péče o pacienty s iktem, z nichž 2 jsou v Praze (Thomayerova nemocnice, Všeobecná fakultní nemocnice v Praze).

Povinnou součástí personálního složení je v centrech tým zdravotnických pracovníků zajišťujících komplexní léčebnou rehabilitaci. Ta začíná již na lůžkách jednotky intenzivní péče (JIP) a pokračuje po přeložení stabilizovaného pacienta na specializovaná lůžka včasné rehabilitace. V závislosti na stavu pacienta může pokračovat následná péče, a to na lůžkových odděleních následné nebo dlouhodobé péče. Lůžka následné léčebně rehabilitační péče zajišťují rehabilitační odborné léčebné ústavy, případně odborné lázeňské léčebné ústavy. Dlouhodobou lůžkovou péči zajišťují léčebny dlouhodobě nemocných, ve kterých mohou být definována lůžka následné léčebně rehabilitační péče (MZ, 2010).

Votava (2001) upozorňuje na důležitost pokračování v ambulantní rehabilitační léčbě po propuštění pacienta do domácího prostředí. Švestková (2020) zmiňuje, že u některých pacientů může být dlouhodobá hospitalizace kontraproduktivní. Pro pacienty po CMP funguje v rámci Kliniky rehabilitačního lékařství VFN a 1. LF UK denní stacionář, který je nápomocný v aktivizaci stabilizovaných pacientů. Pro jedince, kteří prodělali CMP, mohou být také nápomocné rekondiční pobyty. Tyto pobyty bývají pořádány občanskými sdruženími pacientů po CMP (Švestková, 2020).

2.2 Rehabilitace ve zdravotnictví

Pojem rehabilitace vychází z latinského *habilitas* (schopnost). Přidáním předpony re- vznikl termín označující opětovné dosažení nějaké schopnosti či stavu. Současné pojetí rehabilitace se odklonilo od původního konceptu, ve kterém byla vnímána jako náprava tělesných dysfunkcí, směrem k rehabilitaci založené na holistickém vnímání zdraví (Křížová a Brimová, 2021). Pfeiffer et al. (2014, s. 400) uvádí: *Rehabilitace je celospolečenský vztah k osobám, jejichž zdravotní kondice jim neumožňuje vykonávat některé aktivity, které potřebují k nezávislé existenci*. Rehabilitace tedy přesahuje oblast medicínskou a zahrnuje i oblast sociální, pracovní a pedagogickou.

Pro takto komplexní pojetí rehabilitace bývají v odborné literatuře používána různá označení. Je možné setkat se s pojmem komplexní rehabilitace (Křížová a Brimová, 2021), ucelená rehabilitace (Pfeiffer et al., 2014), či koordinovaná rehabilitace (Švestková, 2020). Koordinovaná rehabilitace je realizována v následujících oblastech: rehabilitace ve zdravotnictví, sociální rehabilitace, pracovní rehabilitace a vzdělávací rehabilitace. Základními předpoklady úspěšné koordinované rehabilitace je včasné zahájení rehabilitace, komplexní přístup k pacientovi při plánování rehabilitačního postupu, návaznost a koordinovanost jednotlivých složek, aby nedocházelo k prodlevám a byl dodržován připravený plán rehabilitace. Důležitá je spolupráce všech zúčastněných stran, tedy pacientů (klientů), ošetřujících lékařů a jednotlivých zdravotnických i dalších pracovníků, ale také příslušných rezortů podílejících se na rehabilitaci, konkrétně Ministerstva zdravotnictví, Ministerstva školství, mládeže a tělovýchovy a ministerstva práce a sociálních věcí. Provázanost jednotlivých rezortů není dostatečná, zákon o rehabilitaci je připravován od roku 1998, ale stále nebyl přijat (Švestková, 2020). Vzhledem k zaměření tématu práce následuje přiblížení rehabilitace ve zdravotnictví, která je zároveň první oblastí vstupující do rehabilitace osob po CMP.

Proces rehabilitace je u pacientů po CMP třeba zahájit co nejrychleji, je tedy nedílnou součástí poskytované péče již v akutním stadiu onemocnění. Důvodem k časnému zahájení rehabilitace je potřeba využít plasticity mozku, která klesá s postupujícím časem od doby vzniku poškození mozku (Kejklíčková, 2011; Švestková a Angerová, 2010; Švestková, 2020).

Právě brzké zahájení rehabilitace je úkolem včasných rehabilitačních lůžek, kam lze pacienty přeložit ihned po stabilizaci stavu z oddělení JIP nebo ARO, obvykle v rozmezí 7 až 14 dnů po prodělání CMP (Švestková, 2020). Vzhledem k zasažení různých funkcí v důsledku CMP spolupracuje na rehabilitaci mnoho odborníků, jejichž zapojení se odvíjí od druhu a rozsahu poškozených funkcí (Kejklíčková, 2011; Švestková a Angerová, 2010). Pacientům se věnuje interprofesní rehabilitační tým, který tvoří lékař, fyzioterapeut, ergoterapeut, klinický logoped, psycholog (nejlépe neuropsycholog), speciální pedagog, zdravotní sestry, sociální pracovník, zapojen bývá i nutriční terapeut a protetik (Švestková, 2020).

Během následné lůžkové péče pokračuje léčebně rehabilitační péče. Jejím účelem je podle § 5 zákona č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování (zákon

o zdravotních službách), v aktuálním znění *maximální možné obnovení fyzických, poznávacích, řečových, smyslových a psychických funkcí pacienta cestou odstranění vzniklých funkčních poruch nebo náhradou některé funkce jeho organismu, popřípadě zpomalení nebo zastavení nemoci a stabilizace jeho zdravotního stavu; v případě, že jsou při jejím poskytování využívány přírodní léčivé zdroje nebo klimatické podmínky příznivé k léčení podle lázeňského zákona, jde o lázeňskou léčebně rehabilitační péči* (MZ ČR, 2011).

2.3 Role jednotlivých zdravotnických pracovníků v multidisciplinárním rehabilitačním týmu

Mezi zdravotnickými pracovníky lze rozlišit lékařské a nelékařské zdravotnické pracovníky. Pod obě skupiny zdravotnických pracovníků spadají pracovníci různých oborů a odborných způsobilostí.

Legislativně vymezuje zdravotnická povolání zákon č. 201/2017 Sb., kterým se mění zákon č. 96/2004 Sb., o podmínkách získávání a uznávání způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povolání a k výkonu činností souvisejících s poskytováním zdravotní péče a o změně některých souvisejících zákonů (zákon o nelékařských zdravotnických povoláních), ve znění pozdějších předpisů, a zákon č. 95/2004 Sb., o podmínkách získávání a uznávání odborné způsobilosti a specializované způsobilosti k výkonu zdravotnického povolání lékaře, zubního lékaře a farmaceuta, ve znění pozdějších předpisů (MZ ČR, 2017b).

Kompetence jednotlivých zdravotnických pracovníků upravuje vyhláška č. 391/2017 Sb., kterou se mění vyhláška č. 55/2011 Sb., o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků, ve znění vyhlášky č. 2/2016 Sb. (MZ ČR, 2017a).

Lékař

V akutní fázi provádí lékař diagnostiku, stanovuje medikaci a určuje postup léčby. Rehabilitace by měla být koordinována rehabilitačním lékařem, který dlouhodobě sleduje vývoj funkčního stavu. Pacient po CMP je zpočátku v péči lékařů různých odborností, zpravidla intenzivistů, neurologů a internistů (Švestková a Angerová, 2010). Záleží na dalších obtížích pacienta, zapojen může být geriatr, foniatr i psychiatr (Kejklíčková, 2011).

Fyzioterapeut

Fyzioterapeut se věnuje pohybové léčbě, která spočívá v pasivním i aktivním mechanickém působení na organismus (Pfeiffer et al., 2014). V akutním stadiu se tedy jedná spíše o pasivní cvičení, kdy je důležité polohování pacienta a provádění pasivních pohybů. S postupujícím

časem se pacient může více zapojovat a je fyzioterapeutem instruován, jak aktivně cvičit. Hybnost je zasažena v různé míře, ale je třeba vzít v úvahu, že stav po CMP je nejběžnějším příkladem spastické hemiparézy, která bývá těžší na horní končetině. Během prvních dnů až týdnů dochází k rozvoji spasticity a k postupnému návratu volní hybnosti. Fyzioterapeut může k rozvoji funkčních pohybových vzorců používat různé metody, nebo jejich prvky. Často používaná je metoda manželů Bobathových (Bobath koncept) a propioceptivní neuromuskulární facilitace (PNF) neboli Kabatova metoda (Votava, 2001).

Fyzioterapeut se postupně zaměřuje na procvičování opěrné funkce končetin, nácvik sedu a rozvoje rovnováhy. V návaznosti na postupující návrat volní hybnosti nacvičuje s pacientem stoj a chůzi. Nácvik chůze probíhá v subakutním stadiu obvykle po uplynutí 2 týdnů až 2 měsíců od vzniku CMP. Návrat a rozvoj hybnosti horních končetin může být vzhledem ke zmíněnému těžšímu zasažení horní končetiny hemiparézou dlouhodobějším procesem a kromě fyzioterapeuta se uplatňuje i ergoterapeut (Švestková a Angerová, 2010; Votava, 2001).

Ergoterapeut

Ergoterapeut doplňuje činnost fyzioterapeuta a dopomáhá s uvedením reedukované funkce do praktického použití. Zaměřuje se u klientů na nácvik běžných denních činností, pro které je používáno označení ADL (*activities of daily living*). Jejich nácvik je prostředkem k soběstačnosti člověka v běžném životě. Personální ADL se týkají základních biologických potřeb (hygiena, příjem potravy, mobilita, oblékání, vyprazdňování a další). Instrumentální ADL jsou komplexnější činnosti, jejichž složení ovlivňuje prostředí a způsob života každého jednotlivce (údržba domácnosti, hospodaření s penězi, řízení automobilu a další) (Pfeiffer et al., 2014).

Během terapie může ergoterapeut provádět cílený nácvik, který je zaměřen na určitou porušenou funkci. Vybírá aktivity vhodné pro trénink motoriky i kognitivních a komunikačních funkcí (Pfeiffer et al., 2014). Ergoterapeut indikuje pomůcky, konkrétně často pomůcky kompenzující porušený úchop v důsledku hemiparézy i celkové zhoršení hybnosti (Votava, 2001).

Ve spolupráci s ostatními členy multidisciplinárního týmu provádí u osob v produktivním věku ergodiagnostiku, tedy zjišťování funkčního stavu jedince s ohledem na možnost pracovního uplatnění (Pfeiffer et al., 2014).

Psycholog, neuropsycholog

Během neuropsychologického vyšetření hodnotí neuropsycholog úroveň kognitivních funkcí, zaměřuje se tedy i na funkce řečové (Cséfalvay, 2007a). Role psychologa spočívá kromě hodnocení a tréninku kognitivních funkcí také v poradenství a psychologickém vedení rodinných příslušníků pacienta s afázií a v neposlední řadě může provádět psychoterapii potřebnou v důsledku vzniku afázie a dalších obtíží (Švestková a Angerová, 2010).

Zdravotní sestra

Zdravotní sestra zastává v rehabilitačním týmu důležitou roli, zejména v akutním stadiu je v nejčastějším a nejdelším kontaktu s pacientem. Poskytuje pacientům ošetrovatelskou péči a také rehabilitační ošetřování (Švestková a Angerová, 2010).

Sociální pracovnice

Sociální pracovnice spolupracuje s rodinnými příslušníky pacienta, od kterých zjišťuje informace podstatné pro průběh rehabilitačního procesu a zároveň rodinu informuje o možnostech sociálních služeb (Švestková a Angerová, 2010).

Protetik

V závislosti na potřebách konkrétního pacienta zajišťuje protézy, ortopedické pomůcky a kompenzační pomůcky usnadňující pohyb (berle, chodítka, vozíky) i další základní potřeby (sedačky na vanu, nástavce na toaletu, speciální nástavce na různé předměty a další) (Švestková a Angerová, 2010).

Klinický logoped

Klinický logoped spolupracuje s různými členy rehabilitačního týmu. Ve spolupráci s ergoterapeutem může provádět orofaciální terapii (Švestková a Angerová, 2010). V případě, že má pacient po CMP poruchu polykání, spolupracuje kromě ergoterapeuta, který pracuje na nácviku příjmu potravy a výběru vhodných pomůcek, také s fyzioterapeutem a dietní sestrou, která vybírá vhodnou stravu (Votava, 2001). Švestková (2020) uvádí, že dysfagické obtíže má až 70 % pacientů po akutním poškození mozku.

Důležitou rolí logopeda je diferenciální diagnostika. Je třeba odlišit afázií od dalších poruch, které mohou v důsledku poškození mozku vzniknout, zejména od dysartrie a řečové dyspraxie (Neubauer, 2007).

Velmi významnou úlohou logopeda je v akutním stadiu afázie nejen diagnostika, ale také poradenství. Logoped pomáhá překonat komunikační bariéru mezi pacientem s afázií a jeho okolím. Je třeba pacienta i jeho rodinné příslušníky informovat o charakteru poruchy komunikace a také vysvětlit, že dramatický klinický obraz afázie se může zmírnit i v horizontu dní (Cséfalvay, 2007b). Logoped by měl ostatním členům rehabilitačního týmu doporučit, jak s pacientem s afázií komunikovat. Úspěšnost komunikace mezi pacientem a členy rehabilitačního týmu ovlivňuje jejich spolupráci (Švestková a Angerová, 2010). Nejdůležitější by měl být samotný člověk s afázií, který se v důsledku získané poruchy řečové komunikace ocitá v nové situaci a je třeba tuto skutečnost neopomíjet. Švestková a Angerová (2010, s. 370) uvádí, že *porucha komunikace většinou pacienta stresuje daleko více než postižení motorické*.

2.4 Diagnostika a terapie afázie v závislosti na stadiu afázie

2.4.1 Akutní stadium

Akutní afázie trvá 4–6 týdnů od vzniku poškození mozku (Kejklíčková, 2011). V akutním stadiu může být stupeň afázie velmi těžký, expresivní složka řeči je mnohdy omezena na několik slov či slabik, nebo pacient verbálně vůbec nekomunikuje. Klinický obraz se v prvních hodinách a dnech může výrazně měnit. Zpočátku je pacient v důsledku závažnosti zdravotního stavu často schopen spolupracovat jen několik minut a je rychle unavitelný (Cséfalvay, 2007b).

Diagnostika

Logopedická diagnostika afázie je součástí komplexní diagnostiky, na níž se podílí víceoborový tým. V klinické logopedii lze rozlišit orientační, screeningové a komplexní vyšetření (Neubauer, 2018). V akutním stadiu lze použít orientační a screeningové vyšetření.

Orientační vyšetření vytvořené pro účely raného diagnostického závěru na odděleních ARO, JIP, neurologie a chirurgie je vyšetření VAFO (Vyšetření řeči v akutní fázi onemocnění). Jeho účelem je zhodnocení stavu řečové komunikace, aby bylo možné rychle zahájit terapii osob s afázií v akutním stadiu (Neubauer, 2018).

Cílem diagnostiky v akutním stadiu je zejména zjistit, zda je v klinickém obraze afázie přítomna a také zjistit, jaký je charakter poruchy fatických funkcí, k čemuž slouží screeningové testy afázie (Cséfalvay, 2007b; Neubauer, 2018). K používaným screeningovým vyšetřením afázie adaptovaným pro český jazyk patří „Screeningová

zkouška afázie“ neboli Aphasia Screening Test (AST) a česká verze Mississippi Aphasia Screening Test (MASTcz) (Cséfalvay a Košťálová, 2013; Neubauer, 2018).

U pacientů může být také potřeba zhodnotit na orientační úrovni kognitivní a percepční schopnosti. Komplexní diagnostika spadá do kompetence klinického psychologa, ale pro potřebu logopedické diagnostiky jsou k dispozici testy, které fungují jako screening. K používaným testům patří Zkouška vizuální pozornosti (ZVP), Mini Mental State Examination (MMSE) a The Butt Non Verbal Reasoning Test (BNVR) (Cséfalvay a Košťálová, 2013; Neubauer, 2018).

Terapie

Proces opětovného rozvoje komunikačních schopností po prodělané CMP může probíhat třemi způsoby, které se promítají i do terapie afázie. Mezi tyto způsoby se řadí obnova původních komunikačních funkcí, případně zachování schopností komunikace (funkční restituce), dále nahrazení neobnovitelné části komunikačních schopností jinými postupy (funkční kompenzace) a přizpůsobení sociálního prostředí potřebám osoby s afázií (funkční adaptace) (Kejklíčková, 2011). V akutní fázi je terapie zaměřena na restituci fatické poruchy a také je třeba věnovat se psychice jedince s afázií, tedy udržení, či opětovnému nabytí psychické stability (Čecháčková, 2007).

Možnost zahájení terapie afázie se podobně jako diagnostika odvíjí od délky spolupráce osoby s afázií. Pokud se jedná o pacienta s poruchou vědomí, lze používat prvky tzv. body therapy, tedy stimulace taktilními podněty se slovním doprovodem. U pacientů s mírnější poruchou vědomí lze navíc zapojit krátká dechová cvičení a verbálně pacienta podněcovat k uvědomování si vlastního těla. Pacienti s adekvátní odezvou na mluvní podnět nebo dotek, kteří jsou schopni se soustředit alespoň 10 minut, tvoří nejčastější klientelu logopeda. Je u nich možné provést screeningové vyšetření a stanovit postup terapie afázie (Čecháčková, 2007).

Cséfalvay (2007a) označuje fázi terapie probíhající v prvních týdnech po CMP jako tzv. aktivizační fázi. Mezi terapeutické postupy, které jsou v této fázi využitelné, řadí postupy stimulační. Konkrétně uvádí možnost použití melodicko-intonační terapie (MIT), jejíž přínos spočívá v podpoře iniciace slov a kratších frází u pacientů s nonfluentní afázií, a to díky aktivizaci pravé mozkové hemisféry vlivem produkované melodie a rytmu.

2.4.2 Subakutní a chronické stadium

Za subakutní afázií lze označit afázií trvající do jednoho roku od vzniku mozkového poškození. Afázie trvající déle než jeden rok se stává chronickou (Kejklíčková, 2011).

Diagnostika

Po ustálení klinického obrazu a prodloužení času možné spolupráce, tedy u pacientů v subakutním a chronickém stadiu, je možné použít komplexní diagnostické testy afázie (Cséfalvay, 2007a). Vyšetření řeči je komplexní tehdy, pokud není zaměřeno jen na úroveň spontánní produkce řeči, porozumění řeči, opakování a pojmenování, ale zahrnuje i psanou formu řeči (mluvení a psaní) (Cséfalvay, 2003). Nejpoužívanější testové baterie hodnotí kromě řečových schopností včetně lexie a grafie i úroveň praxe a kalkule (Cséfalvay, 2007b).

Komplexní testy afázie rozděluje Cséfalvay (2007b) podle přístupu k hodnocení vyšších psychických funkcí na skupinu testů orientovaných kvantitativně a kvalitativně. Samostatnou skupinu komplexních testů tvoří testy funkční komunikace.

Kvantitativně orientované testy afázie slouží ke klasifikaci pacientů s afázií do klinických syndromů na základě jednotlivých řečových funkcí (spontánní řeč, pojmenování, opakování a porozumění mluvené řeči). V klinické praxi je v celosvětovém měřítku nejčastěji užívaný test afázie Western Aphasia Battery (WAB) korespondující s bostonskou klasifikací afázie (Cséfalvay, 2007b).

Kvalitativně orientované testy afázie analyzují způsob a kvalitu řešení dané úlohy. V praxi nejrozšířenějším přístupem je Lurijovo neuropsychologické vyšetření. Vychází z principu, že vyšší psychické funkce tvoří dynamický funkční systém, který se skládá z více faktorů (např. produkce řeči, psaní). Při výpadku určitého faktoru se naruší všechny procesy, které daný faktor obsahovaly. Cílem Lurijova vyšetření je identifikace narušeného faktoru (Cséfalvay, 2007b; Neubauer, 2018).

Testy orientované na funkční komunikaci osob s afázií mapují efektivitu komunikace pacientů s existující poruchou fatických funkcí. I přes omezenou řečovou produkci mohou totiž pacienti s afázií úspěšně komunikovat pomocí účinných komunikačních strategií. Příkladem rozšířeného testu funkční komunikace je Communicative Activities of Daily Living (CADL-2), který vychází z analýzy konverzace osoby s afázií s komunikačním partnerem (Cséfalvay, 2007b).

Kromě komplexních testů existuje ještě skupina speciálních testů afázie, které jsou určeny pro vyšetření některých konkrétních řečových funkcí, případně pro vyšetření specifické populace mezi jedinci s afázií. Příkladem je Token test, pomocí něhož lze hodnotit porozumění řeči, ale může být problematický pro osoby s poruchou pozornosti nebo pracovní paměti. Specifickou populací jsou bilingvní pacienti, pro něž byl vytvořen Bilingual Aphasia Test (Cséfalvay, 2007b).

V České republice patří k nejpoužívanějším komplexním testům kromě uvedeného testu WAB a Lurijova neuropsychologického vyšetření také testy vytvořené odborníky z řad českých a slovenských afaziologů. Jedná se o Vyšetření fatických funkcí (VFF) od autorů Cséfalvaye, Košťálové a Klimešové a Neubauerovo Vyšetření získaných neurogenických poruch řečové komunikace (Cséfalvay, 2007b). Pro hodnocení funkční komunikace byl vzhledem k vzrůstajícímu důrazu na kvalitu života vytvořen Dotazník funkcionální komunikace (Cséfalvay a Košťálová, 2013).

Terapie

V terapeutických přístupech k afázii lze vymezit terapie zaměřené na obnovu konkrétní narušené funkce, na narušenou komunikační schopnost komplexně a na zmírnění psychosociálních důsledků afázie (Cséfalvay, 2007b). Zejména v chronickém stadiu afázie bývá hlavním cílem terapie obnova sociálních kontaktů a zapojení člověka s afázií do sociálního prostředí. Kromě individuální formy terapie má pro osoby s afázií význam i terapie skupinová (Čecháčková, 2007).

Neubauer (2018) uvádí, že v současné terapii afázie jsou využívány poznatky z následujících několika afoaziologických směrů.

Metodika vycházející z Lurijovy neuropsychologické koncepce je založena na obnovování vyšších psychických funkcí přestrukturováním funkčních systémů mozku, a to za využití obnovovací terapie (Neubauer, 2018).

V kognitivně-neuropsychologickém přístupu jsou stimulovány porušené modality individuálního jazykového systému (Neubauer, 2018). Tento postup tedy spadá pod terapii zaměřenou na obnovu konkrétní narušené funkce (Cséfalvay, 2007b).

Mezi specifické postupy pro stimulaci obnovování modalit řadí Neubauer (2018) již výše zmíněnou melodicko-intonační terapii (MIT) a také postupy tlumení perseverací. Cséfalvay (2007b) uvádí, že specifické terapeutické postupy jako je MIT nebo využití kresby při

komunikaci (BDB) jsou vhodné pro pacienty s akutní afázií, ale i pro osoby s chronickým výrazným narušením expresivní složky řeči.

Terapeutické postupy, které se zaměřují na sociální skupinovou interakci, mají za cíl zlepšení funkční komunikace osob s afázií pomocí navozování komunikačních situací, které se blíží reálným situacím. Ze skupiny těchto programů je nejrozšířenější program PACE (Promoting Aphasia Communicative Effectiveness) (Neubauer, 2018). Cséfalvay (2007b) tyto postupy označuje jako pragmaticky orientované a v návaznosti na přenos naučených komunikačních dovedností do praxe připomíná přínos skupinové terapie, která zmírňuje psychosociální důsledky afázie.

Jako poslední terapeutický směr zmiňuje Neubauer (2018) využití neverbálních komunikačních prostředků (piktogramy, pojmové kresby, manuální systémy a stimulační programy na bázi neverbální komunikace). Prvky tohoto terapeutického směru jsou vzhledem k vhodnosti jeho použití u osob s globální afázií vhodné i pro osoby v akutním stadiu afázie a budou přiblíženy v následující kapitole.

3 Komunikace s osobami s afázií

3.1 Komunikace a její specifika ve zdravotnictví

Lidskou komunikaci lze označit jako komunikaci sociální. Podle Mikuláščíka (2010, s. 49) je možné sociální komunikaci *specifikovat jako interakci prostřednictvím kódovaných symbolů verbálních nebo neverbálních. Sociální komunikace je interakční proces mezilidského dorozumívání.* Komunikace tedy patří k nejdůležitějším lidským schopnostem. Umožňuje nejen vzájemné dorozumívání a výměnu informací, ale zároveň zprostředkovává utváření a rozvíjení mezilidských vztahů (Klenková, 2006).

Základ komunikačního procesu tvoří čtyři vzájemně se ovlivňující prvky. Komunikátor je osoba, která sděluje novou informaci. Komunikant tuto informaci přijímá a reaguje na ni. Obsah sdělení je označován jako komuniké. Sdělení je vysíláno prostřednictvím komunikačního kanálu. Ke komunikaci je třeba užívat předem dohodnutý kód, který musí být společný pro obě strany, aby byla výměna informací úspěšná (Klenková, 2006). Komunikační proces může být narušen různými vlivy neboli komunikačním šumem.

DeVito (2008) rozlišuje čtyři typy šumů, které ovlivňují příjem sdělení. Fyzický šum je jakýkoliv rušivý element z okolního prostředí. Fyziologický šum zahrnuje fyziologické bariéry na straně komunikátora i komunikanta (vady sluchu, zraku, řeči a další). Psychologický šum představuje mentální interferenci zkreslující sdělení (psychické problémy, předjímání, předsudky, emotivnost). Sémantický šum je takový, ke kterému dochází v důsledku užívání systémů, se kterými nejsou oba účastníci komunikačního procesu dostatečně seznámeni (užívání odlišného jazyka či dialektu, ve zdravotnictví se může jednat o užívání odborných a příliš složitých termínů, kterým pacient nerozumí).

Podle typu sdělovacích prostředků lze rozdělit komunikaci na verbální a neverbální. Sdělovacím prostředkem verbální komunikace je slovo, a to v mluvené i psané formě. Kromě slov jsou pro komunikaci podstatné i mimoslovní prostředky, které umožňují neverbální komunikaci. Neverbální komunikace doprovází komunikaci verbální, ale může být uskutečňována i samostatně, a to jako přirozená neverbální komunikace, nebo jako náhrada za komunikaci verbální. Neverbálně lze komunikovat prostřednictvím mimiky, gest, pohybů hlavy i dalších pohybů těla, očního pohledu, tělesného postoje, dotyků, zaujetím pozice v prostoru a vzdálenosti od komunikačního partnera, dokonce i prostřednictvím oblečení a dalších aspektů vlastního vzhledu. Neméně důležitou složkou neverbální

komunikace jsou paralingvistické fenomény, tedy neverbální aspekty řeči zahrnující způsoby modulace hlasového projevu (Klenková, 2006; Mikuláščík, 2010; Vybíral, 2005).

Komunikace ve zdravotnictví má svá specifika a v praxi se rozlišují tři druhy profesionální komunikace. Sociální komunikace představuje běžný hovor s pacientem. Specifická komunikace zahrnuje sdělování důležitých informací a plánovaných léčebných postupů, srozumitelnost sdělení je velmi podstatným faktorem. Posledním druhem je terapeutická komunikace, která probíhá zpravidla formou rozhovoru s pacientem, cílem je poskytnutí podpory pacientovi. Komunikační dovednosti jsou tedy důležitou součástí profesních kompetencí zdravotnických pracovníků, které je třeba si osvojovat a rozvíjet (Venglářová a Mahrová, 2006).

Zdravotnický pracovník by měl mít snahu komunikovat s pacientem tak, aby docházelo k oboustranně úspěšné výměně informací. Předpokladem úspěšného sdělení je jeho stručnost, jasnost, zřetelnost, vhodné načasování a přizpůsobení způsobu sdělení komunikačním schopnostem pacienta. Je třeba neopomíjet ani receptivní fázi, která je v komunikačním procesu stejně důležitá jako fáze expresivní. Zdravotničtí pracovníci by měli pracovat na osvojení dovednosti aktivního naslouchání, jehož cílem je nejen rozumět obsahu sdělení, ale porozumět kontextu situace a pocitům pacienta (Ptáček a Bartůněk, 2011; Venglářová a Mahrová, 2006).

Nároky na efektivní komunikaci mezi zdravotnickými pracovníky a pacienty vzrůstají vzhledem k současné tendenci ve zdravotní politice a praxi poskytovat péči zaměřenou na pacienta (*patient-centred care*). Taková péče respektuje pacientovy potřeby a práva, klade důraz na spokojenost pacienta a podporuje jeho aktivní zapojení do rozhodovacího procesu týkajícího se jeho zdravotního stavu a poskytované péče. Efektivní komunikace mezi pacienty a zdravotnickými pracovníky představuje úspěšnou obousměrnou výměnu potřebných informací. Úspěšnost komunikace má vliv na kvalitu poskytované péče i na spokojenost pacienta a dodržování doporučení od zdravotnických pracovníků (Blackstone, 2015; Ptáček a Bartůněk, 2011).

3.2 Trénink komunikačního partnera a doporučení pro komunikaci s osobou s afázií

Komunikační partner, v prostředí zdravotnických zařízení zdravotnický pracovník, by si měl osvojit komunikační strategie vhodné pro komunikaci s osobou s afázií. Právě komunikační partner může svým přístupem výrazně ovlivnit úspěšnost komunikace. Usnadňuje osobě s afázií porozumění a poskytuje podporu v produkci sdělení.

Úpravou okolního prostředí tak, aby mělo podpurný vliv na rozvoj komunikace, kognitivních funkcí, sociální interakce a kvality života jedince s afázií, se zabývají nepřímé přístupy k terapii afázie. Odlišují se od přímých intervencí, které jsou zaměřeny přímo na práci s jedincem s afázií. Trénink komunikačního partnera (*communication partner training*) je formou nepřímé intervence vhodné i pro zdravotnické pracovníky. Komunikační partner se učí strategie a techniky zaměřené na facilitaci efektivní komunikace (Mahendra, 2011; Simmons-Mackie et al., 2010).

V anglickém jazyce je dostupných několik intervenčních programů zaměřených přímo na trénink komunikačního partnera osob s afázií. Mezi nejrozšířenější patří program určený i pro zdravotnické pracovníky s názvem *Supported Conversation for Adults with Aphasia (SCA™)*, který vyvinuli odborníci z kanadské organizace Aphasia Institute (Kagan, 1998). V českém jazyce intervenční program zaměřený na komunikačního partnera osob s afázií zatím dostupný není, edukace komunikačního partnera by měla být součástí kompetencí logopeda. Přesto lze dodržovat určitá doporučení pro komunikaci s osobou s afázií.

Celkově je řečová aktivita (produkce i rozumění) pro člověka s afázií namáhavou činností, může být rychleji unavitelný a neměl by být přetěžován. Před začátkem hovoru je dobré zajistit klidné prostředí a omezit ruch z okolí. Je třeba navázat oční kontakt a nezačít komunikovat dříve, než jedinec s afázií věnuje komunikačnímu partnerovi pozornost. Afázie není způsobena poruchou sluchu ani demencí. Není tedy potřeba mluvit výrazně hlasitěji a i když je vhodné používat kratší jednoduché věty a konkrétní výrazy, volená slovní zásoba a podpurné obrazové materiály by měly odpovídat dospělému věku. Jestliže jedinec s afázií používá nějaké pomůcky (brýle, sluchadla, zubní protézu), měl by je mít k dispozici (ASHA, 1997–2022; Klub afasie, 2019)

Úroveň produkce i rozumění řeči je individuální. Jedinec s afázií může rozumět situaci na základě kontextu či zkušeností, což neznamená, že rozumí mluvené řeči. Nebo je naopak

rozumění řeči na dobré úrovni, ale vlastní řečová produkce je minimální. Není tedy vhodné mluvit před člověkem s afázií o jeho stavu, jako by nebyl přítomen (Klub afasie, 2019)

Pro usnadnění formulace výpovědi je možné používat uzavřené otázky, na které osoba s afázií může odpovědět ano/ne. Pokud takové otázky zvládá, lze se posunout k otázkám vylučovacím, které umožňují výběr z možností. Když dává komunikační partner osobě s afázií na výběr, neměl by nabízet více než dvě možnosti. Pokud se jedná o konkrétní předměty, mluvenou řeč je vhodné doplnit ukázáním nabízených možností (Klub afasie, 2019; Lingraphica, 1990–2022).

V mluvené řeči osob s afázií se projevují typické symptomy, se kterými by měl být komunikační partner obeznámen. Časté jsou záměny slov. To, že osoba s afázií řekne slovo „brýle“, nemusí znamenat, že chce podat brýle. Také může docházet k ulpívání na jednom slově a opakování tohoto slova na různé podněty. Komunikační partner by nežádoucí slovo neměl opakovat. Pokud je to možné, může pozornost nasměrovat na jiné téma. Je třeba si uvědomit, že takové projevy jsou náročné nejen pro komunikačního partnera, ale zejména pro samotného člověka s afázií (Klub afasie, 2019)

Komunikační partner by měl být trpělivý, nechat člověku s afázií dostatek času na formulaci sdělení a nedokončovat za něj věty. Vhodnějším způsobem podpory je využít více komunikačních kanálů. Vizuální opora může pomoci s pochopením tématu hovoru nebo klíčových slov. Komunikační partner by neměl od jedince s afázií vyžadovat pouze verbální projev, ale povzbudit ho v realizaci komunikačního záměru jakoukoliv formou a nabízet mu vhodné strategie, které podpoří produkci a porozumění sdělení (ASHA, 1997–2022; Klub afasie, 2019) Komunikaci osob s afázií lze označit jako multimodální. Termín multimodalita značí používání a kombinování více komunikačních kanálů/modalit, konkrétně se jedná o gesta a další prostředky neverbální komunikace, mluvení, psaní, kreslení, používání obrázků, grafických symbolů i technických pomůcek (Loncke, 2014).

3.3 Využití augmentativní a alternativní komunikace

Augmentativní a alternativní komunikace (dále AAK) je oblastí klinické praxe, která se věnuje možnostem dočasné i trvalé kompenzace poruch produkce i porozumění řeči včetně mluvené i psané formy. Uživatelé AAK jsou osoby se závažnými vývojovými, nebo získanými poruchami komunikace, které ztěžují, až znemožňují efektivní řečovou komunikaci s okolím. Systémy AAK v širším pojetí zahrnují užití jakýchkoliv prostředků,

pomůcek a strategií usnadňujících funkční komunikaci. Augmentativní komunikační systémy (z lat. *augmentare* = rozšiřovat) podporují komunikační schopnosti, které nedostačují pro běžné dorozumívání. Alternativní systémy nahrazují mluvenou řeč (ASHA, 2022a; Laudová, 2007; Šarounová, 2014).

V současné době roste počet potenciálních uživatelů AAK ve vyšším věku, kterými jsou i jedinci s afázií. Potenciálních uživatelů přibývá vzhledem ke zvyšujícímu se důrazu na kvalitu života a funkční komunikaci v každém věku. AAK může být prostředkem ke zlepšení sociální interakce s okolím a zvýšení nezávislosti (Loncke, 2014).

Zařazení metod AAK v rané fázi rehabilitačního procesu může mít na pacienta s afázií pozitivní vliv v mnoha ohledech. Pokud je jedinec s afázií seznámen s vhodnými metodami AAK, může se zvýšit jeho motivace ke komunikaci. Zároveň si je vědom toho, že v případě komunikačních obtíží má možnost použít AAK jako kompenzační prostředek, což může přispět ke snížení strachu ze selhání v různých komunikačních situacích. V nemocničním prostředí může být AAK pro pacienta s afázií prostředkem k aktivnímu zapojení se do rozhodovacího procesu o jeho zdravotním stavu (Dietz, Wallace a Weissling, 2020). Zařazení AAK by bylo přínosné i pro osoby s mírnějšími formami afázie pro překonávání anomických obtíží, které provází většinu jedinců s afázií (Loncke, 2014). Přesto bývá AAK v rané fázi zařazována většinou pouze u jedinců s těžkou formou afázie (Dietz, Wallace a Weissling, 2020).

Časně zařazení metod AAK by zároveň mohlo pomoci překonat obavy potenciálních uživatelů, že metody AAK užívají pouze jedinci, u kterých se nepodaří obnovit mluvenou řeč. V neposlední řadě by prostředky AAK mohly fungovat jako prevence rizika možnosti, že si jedinci s afázií kvůli jazykovým obtížím zvyknou nekomunikovat (Dietz, Wallace a Weissling, 2020). Přesto nebývají prostředky AAK ve zdravotnických zařízeních dostatečně využívány, a to zejména kvůli nedostatečnému povědomí zdravotnických pracovníků o možnostech AAK, omezenému množství dostupných pomůcek na pracovišti a logopedů či jiných specialistů na AAK, kteří by na jejím zavádění na pracovišti spolupracovali (Garrett, Lasker a Fischer, 2020).

Při volbě metod AAK vhodných pro daného jedince s afázií je třeba zohlednit specifické obtíže, které narušení individuálního jazykového systému obnáší. Deficity v sémantickém systému mohou způsobit potíže ve spojení symbolu s jeho významem nejen u slov, ale i gest, znaků a grafických symbolů (Loncke, 2014). Podobně obtížné může být pro osobu s afázií

sestavít ze symbolů sdělení. Dále může volbu vhodného systému AAK komplikovat narušené porozumění mluvené i psané řeči. V neposlední řadě může být k afázii přidružena porucha motoriky, ztěžující manipulaci s pomůckou či realizaci gest, a porucha kognitivních funkcí (Garrett, Lasker a Fischer, 2020; Loncke, 2014).

Úspěšnost osvojení systému AAK závisí také na motivaci uživatele a podpoře sociálního okolí. Důležité je, aby nejen uživatel AAK, ale i jeho komunikační partner byli ochotní učit se novým způsobům komunikace a upravili svá očekávání. Pokud si okolí zvykne, že jedinec s afázií nemluví, může ho automaticky vylučovat z konverzace (Dietz, Wallace a Weissling, 2020; Loncke, 2014).

AAK u osob s afázií představuje multimodální komunikační podporu. Zahrnuje různé kombinace metod bez pomůcek i s pomůckami. Každý jedinec potřebuje mít připravený systém AAK na míru podle svých možností a potřeb. Metody AAK mohou fungovat jako dočasná, nebo trvalá podpora, či náhrada mluvené řeči. Někteří lidé metody AAK používají jen v určitých situacích náročných na komunikaci, jiní komunikují téměř výhradně pomocí AAK (Dietz, Wallace a Weissling, 2020; Garrett, Lasker a Fischer, 2020; Kremeier a Weissling, 2017; Loncke, 2014).

3.3.1 Metody AAK podle použití pomůcek

Metody bez pomůcek (*unaided, no-tech*)

Metody AAK bez pomůcek zahrnují použití prostředků neverbální komunikace, u osob s afázií se jedná zejména o mimiku, přirozená gesta, cílený pohled, ale i použití zbývajících řečových schopností nebo vokalizace (např. použití prozodie k vyjádření nálady). Důležité je pozorovat komunikační projev jedince s afázií a pomoci mu efektivně využít spontánně volené komunikační prostředky (Kremeier a Weissling, 2017).

Metody s netechnickými pomůckami (*low-tech*)

Netechnické pomůcky jsou takové, které nepotřebují ke svému fungování elektrický proud ani napájení z baterie a nemají hlasový výstup. Oproti technickým pomůckám jsou levnější a dostupnější (Šarounová, 2014).

Běžně dostupnou pomůckou je tužka a papír, přidružené motorické obtíže mohou ale pacientovi psaní znemožňovat. Komunikační partner může zapisovat klíčová slova, aby podpořil porozumění. Vždy záleží na projevech afázie u daného člověka, tedy do jaké míry je zasažena psaná forma řeči. Možnou formou sdělení je i kreslení, pro mnoho lidí ale kresba

není přirozeným komunikačním prostředkem a její použití je třeba trénovat během terapie (Van de Sandt-Koenderman, 2010).

Fotografie, obrázky a grafické symboly lze používat jednotlivě ve formě kartiček, nebo je uspořádat a sestavit z nich komunikační tabulku či komunikační knihu. Fotografie jsou vzhledem k realistickému dvojrozměrnému zobrazení srozumitelnější než obrázky nebo grafické symboly, které jsou zjednodušeným a více abstraktním zobrazením reality. Lze na nich zachytit konkrétní osoby, místa a činnosti důležité pro uživatele, mohou tedy působit motivačně. Výhodou grafických symbolů oproti fotografiím je existence různých systémů grafických symbolů, jejich databází a programů, ve kterých lze ze symbolů připravovat komunikační pomůcky. Fotografie a grafické symboly mohou sloužit k výběru z možností, žádosti, odmítnutí nebo sdělování potřeby (Laudová, 2007; Šarounová, 2014).

Mezi nejrozšířenější systémy grafických symbolů dostupných v českém jazyce patří symboly PCS (Picture Communication Symbols), symboly Widgit a černobíle piktogramy (Šarounová, 2014). Piktogramy navržené přímo pro komunikaci s osobami s afázií vyvinula organizace Aphasia Institute a jejich databáze ParticiPics je volně dostupná online (Aphasia Institute, 2022). Do databáze je třeba hledané slovo zadat v anglickém jazyce, nalezený obrázek je ale bez písemného označení. V databázi lze najít i obrázky pokrývající slovní zásobu potřebnou ve zdravotnických zařízeních a během akutní fáze i v průběhu rehabilitačního procesu. Ukázka obrázků je k nahlédnutí v příloze č. 1.

Pro účely komunikace ve zdravotnických zařízeních je možné využít komunikační tabulky zhotovené k tomuto účelu. Komunikační tabulky pro nemocniční prostředí jsou sestaveny tak, aby podpořily komunikaci o bolestech a dalších zdravotních obtížích. Upozadňují sociální rozměr komunikace a individuální potřeby jednotlivých pacientů (Beukelman et al., 2009). V příloze č. 2 je k nahlédnutí komunikační tabulka pro jednotku intenzivní péče se symboly Widgit.

Pro pobyt v nemocnici osob s těžkou poruchou komunikace je vhodnou pomůckou komunikační pas. Obsahuje symboly Widgit a lze do něj vyplnit údaje, které jsou podstatné pro nemocniční pobyt. Jeho součástí je i kolonka, do které lze vyplnit informace o vhodných způsobech komunikace s daným člověkem (SPC pro děti s vadami řeči, 2021).

Komunikační potřeby se mohou odvíjet od typu zdravotnického zařízení a úroveň komunikačních dovedností se u osob s afázií může zlepšovat s postupujícím časem od

vzniku afázie. S jednotlivými členy multidisciplinárního týmu potřebuje jedinec s afázií komunikovat o specifických tématech.

Odborníci z organizace Aphasia Institute vytvořili sérii brožur obsahujících podpůrné materiály pro komunikaci osob s afázií a jednotlivých zdravotnických pracovníků, konkrétně doktorů, zdravotních sester, fyzioterapeutů, ergoterapeutů i logopedů (Aphasia Institute, nedatováno).

Metody s technickými pomůckami (high-tech)

Charakteristickým znakem technických pomůcek je možnost hlasového výstupu ve formě digitalizovaného, nebo syntetického hlasu. Pomůcky s digitalizovaným hlasovým výstupem přehrávají předem nahraná a uložená sdělení, syntetický hlas je produkován elektronicky. Kromě jednoúčelových komunikačních zařízení s hlasovým výstupem neboli komunikátorů lze díky rychlému rozvoji technologií použít počítače s komunikačními programy a tablety s komunikačními aplikacemi (Šarounová, 2014).

U potenciálních uživatelů technických pomůcek v období dospělosti a stáří je třeba zvážit postoj jedince k technologiím a jejich zapojení do jedincova života před vznikem afázie (ASHA, 2022).

Většina dostupných pomůcek s hlasovým výstupem nebyla primárně vyvinuta pro osoby s afázií, ale pro děti s vývojovými poruchami řeči a osoby s tělesným postižením a poruchou motorické realizace řeči. Jsou navrženy, aby fungovaly jako osobní pomůcka usnadňující uživateli produkci sdělení (Moffatt, Pourshahid a Baecker, 2015; Van de Sandt-Koenderman, 2010). Problém pro osoby zejména s těžkou afázií může představovat organizace symbolů v pomůcce, které jsou většinou uspořádány do mřížky a dále organizovány na základě určitého systému. Časté je taxonomické uspořádání, kdy jsou symboly seskupovány do kategorií (např. pocity, oblečení, jídlo), a sémanticko-syntaktické, které vyžaduje schopnost organizovat slova do vět na základě gramatických pravidel (např. spojit podstatné jméno a sloveso) (ASHA, 1997-2022; Loncke, 2014).

Technické pomůcky, včetně těch, které jsou vyvíjeny pro osoby s afázií, nebývají uzpůsobeny pro osoby s narušeným porozuměním řeči a opomíjí potřeby uživatelů, kteří k užívání metod AAK potřebují podporu komunikačního partnera (Moffatt, Pourshahid a Baecker, 2015). Pro osoby s afázií v zařízeních akutní a následné rehabilitační péče bývá

podpora komunikačního partnera velmi důležitá a bývají u nich uplatňovány jiné strategie než komunikace pomocí pomůcek s hlasovým výstupem (Garrett a Lasker, 2007).

3.4 Výzkumy zaměřené na problematiku komunikace mezi osobami s afázií a zdravotnickými pracovníky

Zkušenosti osob s afázií s komunikací se zdravotnickými pracovníky jsou v porovnání se zkušenostmi zdravotnických pracovníků s komunikací s pacienty s afázií předmětem zájmu menšího množství výzkumů. Jejich počet se ale zvyšuje a přináší poznatky, které mohou sloužit jako podklad pro zavádění změn ve zdravotnických zařízeních vedoucích ke zlepšení komunikace s pacienty s afázií.

Heardová, Andersonová a Horstedová (2020) se ve své kvalitativní studii zaměřily na zkušenosti pacientů s afázií a zdravotních sester s komunikací na akutní iktové jednotce. Data z rozhovorů s pěti sestrami a šesti pacienty s afázií po propuštění z akutní iktové jednotky byla analyzována pomocí tematické analýzy. Pacienti popsali, že sestry k podpoře komunikace užívaly kladení uzavřených otázek, zpomalené tempo řeči a poskytnutí času na formulaci odpovědi. Dva pacienti nezaznamenali konkrétní strategie k usnadnění komunikace a dva pacienti měli obtíže vybavit si průběh hospitalizace. Zkušenost s použitím pomůcek popsal pouze jeden pacient, konkrétně se jednalo o pomůcku usnadňující vyjádření ano/ne. Dva pacienti vyjádřili názor, že by považovali zapojení pomůcek za užitečné, konkrétně grafickou škálu podporující komunikaci o bolesti a pomůcky usnadňující komunikaci o běžných potřebách. Zdravotní sestry uváděly používání tabulek se symboly ano/ne, komunikační tabulky k vyjádření základních potřeb a podporování pacientů v užívání gest, psaní a kreslení. Všechny sestry se shodly na potřebě rozšíření zásoby komunikačních pomůcek na oddělení a možnosti vzdělávání, které by jim umožnilo komunikovat s pacienty i o dalších tématech kromě základních tělesných potřeb.

V tematické analýze dat z rozhovorů s 20 lidmi s afázií a 12 rodinnými příslušníky osob s afázií se Van Rijssenová et al. (2021b) zaměřili na zkušenosti s komunikací se zdravotnickými pracovníky v prostředí geriatrických rehabilitačních zařízení. Přínosem studie je zapojení tří pacientů s afázií hospitalizovaných v rehabilitačním zařízení v průběhu realizace rozhovorů. Zejména tito jedinci hodnotili strategie zdravotnických pracovníků k podpoře komunikace jako nedostatečné až chybějící. Podle osob s afázií i rodinných příslušníků je třeba usnadnit pacientům s afázií přístup k informacím. Psané informace by měly být doplněny obrázky a zvýrazněním klíčových slov, text by měl být zapsán kratšími

větami a větším fontem písma. Komunikace je podle osob s afázií úspěšnější, pokud zdravotničtí pracovníci věnují komunikaci dostatek času a užívají podpůrné strategie včetně neverbální a psané podpory.

Na zkušenosti zdravotnických pracovníků různých odborností z multidisciplinárních týmů poskytujících péči pacientům s afázií v akutní, či subakutní fázi se zaměřili Cameronová et al. (2018), Carragherová et al. (2021) i Van Rijssenová et al. (2021a). Výsledky těchto studií potvrzují potřebu rozšiřování znalostí a dovedností zdravotnických pracovníků v oblasti podpory komunikace osob s afázií.

Cameronová et al. (2018) realizovali průřezovou studii na základě dotazníkového šetření, kterého se zúčastnilo 90 zdravotnických pracovníků (22 logopedů, 68 zdravotnických pracovníků různých odborností). Výsledky přinesly zjištění, že v porovnání s logopedy prokázali ostatní zdravotničtí pracovníci menší sebejistotu během komunikace s pacienty s afázií a znalost menšího počtu komunikačních strategií vhodných pro komunikaci s pacienty s afázií. Zdravotničtí pracovníci jiných odborností než logopedi nejčastěji uváděli jako vhodné komunikační strategie užívání gest, ukazování, názorné ukázky, použití reálných předmětů, zapojení řeči těla, používání komunikačních tabulek (obrázky, tištěná abeceda, grafické škály) a kladení otázek, na které lze odpovědět ano/ne.

Carragherová et al. (2021) zapojili do své studie celkem 16 zdravotnických pracovníků z iktových jednotek či zařízení poskytujících akutní, nebo subakutní péči pacientům s afázií. Data z diskuzí zdravotnických pracovníků realizovaných ve dvou ohniskových skupinách byla analyzována pomocí tematické analýzy. Výsledná témata přinesla zjištění, že komunikace s pacienty s afázií je pro zdravotnické pracovníky náročná časově i z hlediska potřebných dovedností. Zdravotničtí pracovníci mají potíže podpořit pacienty s afázií v komunikaci z důvodu nedostatečných kompetencí, schopností nebo zkušeností. Někteří vnímají podpůrné komunikační strategie jako neefektivní. Bylo zjištěno, že zdravotničtí pracovníci omezují konverzaci s pacienty s afázií a komunikují spíše o základních potřebách a tématech vztahujících se k jejich odbornosti. Přesto chtějí pacienty s afázií v komunikaci podpořit a jsou si vědomi existence strategií a pomůcek usnadňujících komunikaci.

4 Výzkumná část

V návaznosti na teoretickou část, ve které byla představena péče o osoby s afázií a možné způsoby komunikace na základě teoretických poznatků, je záměrem výzkumné části nahlédnout do praxe. Tedy zjistit, jakým způsobem probíhá komunikace mezi zdravotnickými pracovníky a osobami s afázií ve zdravotnických zařízeních, kde je osobám s afázií poskytována akutní a následná rehabilitační péče. S ohledem na definování efektivní komunikace jakožto obousměrně úspěšné výměny informací byl v realizovaném výzkumném šetření zahrnut pohled zdravotnických pracovníků i osob s afázií.

4.1 Cíle výzkumného šetření a výzkumné otázky

Hlavním cílem výzkumného šetření je zjistit, jakým způsobem probíhá ve zdravotnickém zařízení komunikace mezi osobou s afázií a zdravotnickými pracovníky, a to na základě zkušeností osob s afázií i zdravotnických pracovníků.

Díličmi cíli je zjistit:

- jakou formou a pomocí jakých postupů a pomůcek probíhá komunikace mezi zdravotnickými pracovníky a osobami s afázií
- jak se oběma skupinám daří produkovat sdělení a porozumět komunikačnímu partnerovi
- co ztěžuje a usnadňuje efektivní komunikaci mezi zdravotnickými pracovníky a osobami s afázií
- co by zdravotnickým pracovníkům a osobám s afázií usnadnilo vzájemnou komunikaci

Na základě stanovených cílů byly formulovány následující výzkumné otázky:

Výzkumná otázka č. 1: Jakou formou a za využití jakých postupů a pomůcek probíhá komunikace mezi zdravotnickými pracovníky a osobami s afázií?

Výzkumná otázka č. 2: Jak osoby s afázií a zdravotničtí pracovníci hodnotí úspěšnost produkce a porozumění sdělení?

Výzkumná otázka č. 3: Jaké faktory ztěžují efektivní komunikaci a co ji naopak usnadňuje?

Výzkumná otázka č. 4: Co by osoby s afázií a zdravotničtí pracovníci vnímali jako přínosné pro efektivní komunikaci?

4.2 Metodika výzkumu

S ohledem na záměr zapojit do výzkumného šetření osoby s afázií a zodpovědět výzkumné otázky na základě jejich zkušeností a zkušeností zdravotnických pracovníků, byl zvolen kvalitativní přístup k výzkumu. Dle Hendla (2005) kvalitativní výzkum umožňuje získat podrobný vhled do zkoumaného fenoménu. Vzhledem k tomu, že v kvalitativním výzkumu je sbíráno velké množství dat o omezeném množství jedinců a výzkumník má významnou roli během jejich interpretace, kvalitativní výzkum lze oproti kvantitativnímu výzkumu hůře replikovat a výsledky obtížně zobecnit. Strauss a Corbinová (1999) spatřují opodstatnění výběru kvalitativních metod výzkumu, pokud chce výzkumník porozumět málo prozkoumaným jevům, nebo získat nové poznatky a souvislosti o jevech částečně prozkoumaných. Uvádí také přínos kvalitativních metod v případech, které lze těžko podchytit metodami kvantitativními.

4.2.1 Metoda sběru dat

Pro sběr dat byla zvolena metoda polostrukturovaného rozhvoru. V kvalitativním výzkumu je rozhovor nejčastější metodou sběru dat. Bývá označován jako rozhovor hloubkový, jehož hlavním typem je kromě polostrukturovaného rozhvoru ještě rozhovor nestrukturovaný. Polostrukturovaný rozhovor je založen na připraveném seznamu témat a otevřených otázek, oproti tomu v nestrukturovaném rozhvoru může být předem připravena jen jedna otázka a směr rozhvoru se odvíjí podle informací získaných v jeho průběhu (Švaříček a Šed'ová, 2007). Hendl (2005, s. 174) používá pro polostrukturovaný rozhovor označení *rozhovor pomocí návodu* a uvádí, že právě předem připravený návod (seznam témat a otázek) zajišťuje probrání důležitých témat. Tazatel ale může pořadí otázek měnit a v případě potřeby uzpůsobit formulaci otázek.

U osob s afázií je třeba počítat s možnými obtížemi s porozuměním otázce i formulováním odpovědi. Některé otázky může být třeba přeformulovat a dovysvětlit, v případě potřeby pokládat otázky umožňující výběr z možností či otázky, na které lze odpovědět ano/ne. V průběhu rozhvoru je třeba dodržovat doporučení pro komunikaci s osobami s afázií uvedených v teoretické části práce. Polostrukturovaný rozhovor byl volen i s ohledem na potřebu připravit schéma rozhvoru před samotnou realizací rozhvorů, aby bylo zajištěno probrání témat vztahujících se k cílům výzkumného šetření.

Rozhovor byl sestaven po seznámení se s problematikou komunikace s osobami s afázií v odborné literatuře a také na základě vlastního uvážení s ohledem na cíle výzkumného šetření.

Vzhledem k záměru zahrnout pohled osob s afázií i zdravotnických pracovníků na stejná témata, byly rozhovory pro obě skupiny informantů stejně strukturovány. Otázky byly pouze formulovány tak, aby se obou skupin informantů dotazovaly na zkušenosti s komunikací s druhou skupinou. Připravená schémata rozhovorů jsou k nahlédnutí v příloze č. 3.

4.2.2 Metoda analýzy dat

Za vhodnou metodu zpracování dat z rozhovorů byla zvolena tematická analýza. Braunová a Clarková (2006, s. 79) ji označují jako metodu vhodnou pro *identifikaci, analyzování a odkazování se ke vzorům (tématům) v datech* a zároveň vysvětlují, že ji lze vnímat jako základní metodu kvalitativní analýzy a výzkumník by se ji tedy měl naučit před tím, než se přesune ke složitějším metodám analýzy kvalitativních dat.

Braunová a Clarková (2006) popisují postup tematické analýzy:

1. **Seznámení se s daty:** Při použití rozhovoru jako metody sběru tato fáze obnáší přepis rozhovorů a jejich opakované pročítání.
2. **Generování počátečních kódů:** Výzkumník systematicky prochází datový soubor, vyhledává v něm relevantní úryvky a označuje je kódy. Kódem je myšleno přiléhavé označení úryvku.
3. **Hledání témat:** Tato fáze obnáší třídění a seskupování vytvořených kódů do potenciálních témat, která jsou obecnější než jednotlivé kódy. Se seskupováním kódů mohou výzkumníkovi pomoci myšlenkové mapy, tabulky a další vizuální reprezentace. Některé kódy se mohou přímo stát tématem, jiné mohou být sloučeny do subtémat a ta následně utvořit téma.
4. **Přezkoumání témat:** Potenciální témata a subtémata jsou přezkoumávána, zda odpovídají jednotlivým okódovaným úryvkům i celému datovému souboru.
5. **Definování a pojmenování témat:** V této fázi je již volba výsledných témat a podtémat definitivní, názvy témat by měly vystihnout jejich obsah.
6. **Tvorba výzkumné zprávy:** V sepsané výzkumné zprávě je popsán výsledek tematické analýzy. Výzkumník by měl odůvodnit volbu jednotlivých témat a popsat je tak, aby poskytla ucelený logický souhrn. Důležité je doplnit zprávu o výstižné datové úryvky, které dokládají výzkumníkovu volbu jednotlivých témat a podtémat.

K tematické analýze lze přistoupit dvěma odlišnými způsoby. V deduktivní (teoretické) tematické analýze přistupuje výzkumník ke kódování dat a jejich seskupování do témat na základě teoretických znalostí z odborné literatury a také v závislosti na připravených

výzkumných otázkách. Má tedy předem utvořenou představu o hledaných tématech. V induktivní tematické analýze může výzkumník položit specifickou výzkumnou otázku až v průběhu kódování a témata se více pojí ke konkrétním shromážděným datům než otázkám pokládaným během jejich sběru (Braun a Clarke, 2006).

Pro analýzu dat z rozhovorů byla zvolena deduktivní tematická analýza. Otázky v rozhovorech vycházely z předem položených výzkumných otázek. Záměrem bylo přiblížit zkušenosti a názory zdravotnických pracovníků a osob s afázií na konkrétní oblasti týkající se komunikace ve zdravotnických zařízeních. Získané poznatky byly také porovnávány s poznatky z odborné literatury.

4.3 Výzkumný vzorek

Pro výběr informantů byla použita metoda záměrného výběru. Jedná se o nejužívanější metodu výběru v kvalitativním výzkumu. Výzkumník cíleně vyhledává informanty, kteří splňují určitá kritéria stanovená v návaznosti na cíl výzkumu (Miovský, 2006).

4.3.1 Osoby s afázií

V době plánování realizace výzkumného šetření nebylo jisté, zda bude možné uskutečnit návštěvu pacientů ve zdravotnických zařízeních v souvislosti s vládními nařízeními souvisejícími s onemocněním covid-19. Byla zvolena varianta realizovat rozhovory s osobami s afázií v chronické fázi. Vybraní informanti popisovali retrospektivně své zkušenosti s komunikací ve zdravotnických zařízeních, ve kterých jim byla poskytována akutní a následná rehabilitační péče.

Pro výběr informantů s afázií byla definována následující kritéria. Informant: 1) je starší 18 let, 2) kromě afázie nemá další poruchu řečové komunikace ani kognitivně-komunikační deficit.

Výběr informantů s afázií proběhl ve spolupráci s logopedkami z neziskové organizace, která organizuje konverzační skupiny pro osoby s afázií. Informanti byli osloveni osobně. Po domluvě s vedením organizace navštívila autorka práce v únoru 2022 jednotlivé konverzační skupiny, představila potenciálním informantům záměr výzkumného šetření a schéma rozhovoru. Následující týden navštívila opět konverzační skupiny a s informanty, kteří se rozhodli zúčastnit výzkumného šetření, byl domluven termín a místo pro realizaci rozhovoru. Informantům byl dovysvětlen postup anonymizace osobních údajů, předán

formulář s informovaným souhlasem. S dopomocí logopedek byly doplněny potřebné údaje o informantech.

Součástí výzkumného vzorku bylo 5 osob s afázií. Pro přehlednost je uvedena charakteristika informantů v následující tabulce č. 3.

Označení informanta	Pohlaví	Věk	Příčina afázie	Doba od vzniku afázie	Typ afázie	Zdravotnická zařízení
A1	muž	72 let	CMP	6 let	Brocova afázie	iktové centrum, rehabilitační klinika, lázeňské léčebně rehabilitační zařízení
A2	muž	70 let	CMP	3 roky	Brocova afázie	neurologická JIP a následná rehabilitační péče
A3	muž	84 let	CMP	4 roky	středně těžká smíšená fatická porucha	iktové centrum; rehabilitační ústav; LDN
A4	muž	77 let	CMP	6 let	Brocova afázie	iktové centrum, rehabilitační ústav, lázeňské léčebně rehabilitační zařízení
A5	muž	75 let	CMP	5 let	kondukční afázie	iktové centrum, rehabilitační ústav

Tabulka č. 3: Údaje o skupině informantů s afázií (zdroj: vlastní)

4.3.2 Zdravotnické pracovnice

Pro výběr informantů z řad zdravotnických pracovníků byla stanovena následující kritéria:

1) musí být starší 18 let, 2) být zaměstnán na pozici lékařského, nebo nelékařského zdravotnického pracovníka, 3) mít praxi v oboru s jedinci s afázií alespoň 1 rok.

Kontakt na zdravotnické pracovnice byl zprostředkován vedoucí práce a následně byly informantky osloveny telefonicky, nebo prostřednictvím e-mailu s žádostí o účast ve výzkumném šetření. Byl představen záměr výzkumného šetření a zasláno schéma rozhovoru.

Součástí výzkumného vzorku bylo 5 zdravotnických pracovnic. Všechny informantky jsou zaměstnány na stejném oddělení lůžkové rehabilitace nejmenované nemocnice v Praze.

Nepodařilo se zajistit informanta na pozici lékaře. Pro přehlednost je uvedena charakteristika informantek v následující tabulce č. 4.

Označení informantky	Pohlaví	Profese	Délka praxe v oboru s osobami s afázií	Zdravotnické zařízení
Z1	žena	fyzioterapeutka	10 let	lůžkové rehabilitační oddělení
Z2	žena	ergoterapeutka	4 roky	lůžkové rehabilitační oddělení
Z3	žena	zdravotní sestra	30 let	lůžkové rehabilitační oddělení
Z4	žena	zdravotní sestra	8 let	lůžkové rehabilitační oddělení
Z5	žena	zdravotní sestra	37 let	lůžkové rehabilitační oddělení

Tabulka č. 4: Údaje o skupině informantů na pozici zdravotnických pracovníků (zdroj: vlastní)

4.4 Průběh výzkumného šetření

Realizace rozhovorů probíhala v období od března do dubna 2022. Všechny rozhovory s jednotlivými informanty proběhly osobně. Průměrná délka rozhovoru byla 30 minut. Rozhovory byly se souhlasem informantů nahrávány na záznamník mobilního telefonu. Vzor informovaného souhlasu je k nahlédnutí v příloze č. 4.

Rozhovory s informanty s afázií proběhly v místnosti konání konverzačních skupin. Bylo zajištěno klidné prostředí, přítomna byla jen autorka práce a informant. Pouze u rozhovoru s informantem A3 byla přítomna manželka informanta na základě doporučení logopedky vedoucí konverzační skupinu, do které informant dochází. Manželka informanta A3 doplňovala informace, informant A3 odpovídal spíše ano/ne. Během rozhovoru s každým informantem s afázií bylo postupováno podle rad logopedek vedoucích jednotlivé konverzační skupiny, od kterých byl zjištěn charakter obtíží a osvědčené postupy v komunikaci s každým klientem. U všech informantů se jednalo hlavně o používání kratších vět k usnadnění porozumění a při potížích v expresi byly použity otázky, na které informanti mohli odpovídat ano/ne.

Rozhovory se zdravotnickými pracovníci proběhly v kancelářích a rehabilitační místnosti v budově jejich pracoviště. Ze strany informantek byla snaha zajistit si čas na rozhovor a klidné prostředí, pouze informantka Z3 musela během rozhovoru odejít přibližně na 5 minut z důvodu pracovních povinností.

Na základě pořízených nahrávek rozhovorů byl proveden doslovný přepis rozhovorů v programu Microsoft Word. Přepsané rozhovory byly vytištěny a při zpracování dat byl dodržován výše uvedený postup tematické analýzy. Přepis rozhovoru, seznamování se s daty a označování datových úryvků kódy bylo prováděno co nejdříve po realizaci rozhovoru. Kódování probíhalo ručně vyznačováním relevantních úryvků tužkou a nadepsáním názvu kódu nad vyznačený úryvek. Průběžné seznamování se s daty bylo nápomocné v přípravě na další rozhovory a vytváření názvů kódů, které mohly být následně používány při kódování dalších rozhovorů. Při seskupování kódů do témat a subtémat bylo vycházeno z položených výzkumných otázek. Kódy byly postupně přejmenovávány a slučovány. Celkem bylo definováno 5 témat a 14 subtémat. Průběh analýzy znázorňuje tabulka, která je k nahlédnutí v příloze č. 5. a v příloze č. 6. je ukázka třídění datových úryvků do témat a subtémat.

4.5 Interpretace výzkumného šetření

Výsledná témata a subtémata obsahují úryvky výpovědí dokládající volbu výsledných témat. V jednotlivých tématech a subtématech jsou interpretovány výpovědi zdravotnických pracovníků i osob s afázií, což umožňuje porovnávat názory a zkušenosti obou skupin informantů. U uváděných úryvků je vždy uvedeno označení informanta, který poskytl rozhovor, z něhož byl daný úryvek vybrán. Označení (...) je používáno v případě, že jsou uvedeny úryvky z různých částí rozhovoru se stejným informantem. Následuje popis jednotlivých témat a subtémat, která jsou výsledkem provedené tematické analýzy.

TÉMA 1: Užívané komunikační strategie

Téma obsahuje tři subtémata, všechna se vztahují ke komunikačním strategiím, se kterými se informanti s afázií ve zdravotnických zařízeních setkali a také strategiím, které používají v komunikaci s pacienty s afázií zdravotnické pracovníce. V rámci tématu byla definována tři subtémata týkající se formy komunikace, používaných pomůcek k usnadnění komunikace a postupů dodržovaných pro usnadnění komunikace.

Subtéma 1.1: Forma komunikace

Toto subtéma bylo zvoleno za účelem základní orientace v prostředcích, které jsou ve zdravotnických zařízeních v komunikaci s pacienty s afázií používány. Všechny zdravotnické pracovníce používají v komunikaci s jedinci s afázií verbální i neverbální komunikaci, zařazují i některé prvky alternativní a augmentativní komunikace, konkrétně metody s netechnickými pomůckami. Pomůckám je věnováno samostatné subtéma.

Používáme verbální i neverbální komunikaci. Používáme i psanou formu, ale ne úplně úspěšně. Spíš se nám daří obrázky (Z2). Ohledně psané formy řeči se názory na její používání lišily. Ostatní zdravotnické pracovníce uváděly, že někdy důležitá slova napíšou, ale záleží na konkrétním pacientovi a jeho úrovni rozumění psané řeči. *Využíváme písemnou formu, když na ni reagují (Z1).*

Z prostředků neverbální komunikace uváděly zdravotnické pracovníce důležitost zapojení mimiky a gestiky, nejčastěji používají ukazování na daný předmět. *Používáme gestikulaci, ukazování (Z1). Někdy se ukazuje, někdy pantomima (Z4).*

Volené komunikační prostředky se lišily u zdravotnických pracovníků také na základě jejich odborné způsobilosti. Zdravotní sestry několikrát v průběhu rozhovorů uváděly, že na pacienty mluví, ale také zapojují prvky melodicko-intonační terapie a pracují tak na rozvoji komunikačních schopností pacientů. *Taky už máme zjištěno, že když špatně mluví, a když se zpívá, tak je to krásný. Měli jsme tu pacienta, který nemohl mluvit, a když jsem pustila písničku, tak zpíval a všechno mu bylo rozumět. Takže se zpěvem pracujeme hodně. Je to lepší (Z5).*

Velké zohlednění potřeb pacientů s afázií a individuální přístup k volbě komunikačních prostředků projevila zdravotnická pracovníce na pozici ergoterapeutky. *Co se týče komunikace jako takové, tak moje terapie jsou na začátku často hodně orientované na navázání vztahu s tím člověkem. Řeším nějaká komunikační témata, která se prostě daří, a volím formu, která se daří (Z2).*

Všichni informanti s afázií uváděli, že s nimi zdravotničtí pracovníci komunikovali mluvenou řečí. *Mluvili ... psaní ne jako (A1).*

Subtéma 1.2: Pomůcky k podpoře komunikace

Toto subtéma, ve kterém jsou seskupeny úryvky týkající se pomůcek používaných ve zdravotnických zařízeních k podpoře efektivní komunikace, představuje nejen konkrétní pomůcky, ale také zhodnocení jejich funkčnosti z pohledu zdravotnických pracovníků i osob s afázií. Zdravotnické pracovníce uváděly v porovnání s osobami s afázií větší množství pomůcek. Osobám s afázií byly pokládány doplňující otázky na konkrétní pomůcky a bylo zjišťováno, zda se s nimi setkali a jak je případně hodnotí.

Všechny zdravotnické pracovníce uváděly, že mají na pracovišti k dispozici kartičky s obrázky, s psanými slovy, piktogramy, dále afatický slovník, kartičky s jednotlivými

písmeny a tužku a papír. Tyto pomůcky mohou pacientům nabídnout při problémech v řečové expresi i k usnadnění porozumění řeči doplněním o další komunikační kanál. Komunikační tabulky či knihy, grafické škály, ani technické pomůcky žádná z informantek nepoužívá. Zdravotnické pracovníce uváděly možnost používání výše zmíněných pomůcek, ale o jejich funkčnosti, frekvenci využití a také výběru vhodných pomůcek projevovaly různé pochybnosti.

Jedním z faktorů ovlivňujících používání pomůcek je jejich dostupnost. Zdravotnické pracovníce mají pomůcky na pracovišti, ale většina z nich je uskladněna v místnosti, kterou používají ergoterapeuti. *Máme obrázky na ergo místnosti, ergoterapeutky je totiž využívají častěji (Z1)*. Jedna ze zdravotních sester pomůcky příliš nepoužívá. *Je to k dispozici, ale není to, že by sestřička sama šla a vybírala to, co za pomůcku použije (Z4)*. I další informantka z řad zdravotních sester vyjádřila zkušenost, že ve své praxi používá spíše mluvená či psaná slova. *S obrázky a takovými pomůckami tu pracují spíš logopedi (...) Důležité je mít některá slova vytištěná, to pak můžu afatikům ukázat napsané to důležité slovo, to někdy pomáhá (Z3)*.

Když něco potřebují napsat, máme papír a tužku (Z5). Další informantka vyjádřila pochybnosti o využívání tužky a papíru jako formy podpory exprese pacientů s afázií. *Dáváme tužku a papír, pokud máme pocit, že by to fungovalo, ale to se nám většinou neosvědčuje (Z2)*. Často zmiňovaným důvodem, proč je pro afatiky psaní nevhodné, byla přítomnost hemiparézy v klinickém obraze. Pokud chce pacientům nabídnout možnost psané formy řeči, zmiňuje kartičky ve tvaru písmen, u kterých je ale problematické jejich provedení. *Máme tu kartičky ve tvaru písmen, ale jsou různobarevné a ještě jsou na nich puntíky a další vzory, je to nepřehledné. Myslím, že to není pro afatiky vhodné. (...) Spíš se nám daří obrázky. (...) Zkoušeli jsme i piktogramy, černobílé, a ty nám také nefungovaly dobře (Z2)*.

Ze všech zdravotnických pracovníků má informantka Z2 vzhledem ke své pozici ergoterapeutky největší zkušenosti s hledáním vhodné komunikační strategie včetně zapojení metod s pomůckami. *Zkoušeli jsme celou řadu různých komunikačních strategií, ať už gestikulace, kartičky (...) Vlastně nemám zkušenost s tím, že v těchto situacích (pozn.: vyprazdňování, hygiena, základní potřeby), kde je z mého pohledu nejdůležitější se vyjádřit, by tyhle strategie fungovaly. Představuji si, že v tu chvíli je ten člověk v rozpoložení, kdy*

úplně nemá kognitivní kapacitu na to vzít si kartičku. Nejčastěji se nám daří ukazování, a to ne vždy jde kvůli poruchám hybnosti hned na začátku (Z2).

Informanti s afázií se s pomůckami na podporu komunikace ve zdravotnických zařízeních často nesetkali, pokud nešlo o logopedickou terapii. *No ... tam, vobčas ... ale málo, málo (A2). Moc ne (A3, A5). Paní rehabilitační tam jako zkoušela různý, různý a jako ... a ta druhá zase mluvit jako vobrázky co jako je jako (A1).* Jednomu z informantů byla ke komunikaci ze strany zdravotnických pracovníků nabízena *tužka a papír a obrázky (A4).*

Subtéma 1.3: Dodržované postupy pro usnadnění komunikace

Toto subtéma bylo vymezeno s cílem zaměřit se na konkrétní postupy, které zdravotnické pracovníce v komunikaci s pacienty s afázií používají. Zdravotnické pracovníce samy jmenovaly různé postupy, které se jim v komunikaci s pacienty s afázií osvědčují. Většina se týkala základních pravidel pro komunikaci s osobami s afázií. Často se jednalo o pravidla, která se samy snaží dodržovat (u své řečové produkce). Méně postupů se týkalo podpory pacientů v produkci sdělení.

Všechny zdravotnické pracovníce uváděly, že se snaží mluvit pomalu, poskytnout pacientovi čas na odpověď, sdělovat informace jasně, tedy používat kratší věty a jednoduchá slova. *Používáme kratší věty a upravujeme hlasitost i styl (Z2).* Na význam prozodických faktorů upozorňuje další z informantek. *Pomáhá nemluvit monotónně. (...) A vždycky mluvit přímo na ně, do očí, aby nám rozuměli (Z5).* Porozuměním pacientům s afázií může usnadnit mimika komunikačního partnera. *Afatikům hodně pomáhá, když mohou vidět na obličej (Z2).*

Snaha o podporu realizace komunikačního záměru je nejčastěji realizována kladením otázek umožňujících odpověď ano/ne. *Pokoušíme se je navést otázkami a pokládat otázky, aby nám byli schopni odpovědět ano, nebo ne. To většinou zvládnou (Z3).*

Jedna z informantek uvedla důležitost ověřování, zda pacienti s afázií sdělení rozumí. *Musíme kontrolovat porozumění, protože odpovědi respektive reakce nebývají úplně adekvátní.(...) No tak u cvičení, když chci, aby pacient něco udělal, tak vidím podle jeho reakce, jestli mi rozumí. Jestli reaguje adekvátně. A kontrolovu si taky otázkou, jestli mi rozumí (Z1).*

Významné je podle jedné z informantek komunikovat tak, aby měli oba komunikační partneři obličej ve stejné úrovni. *Tím, že jsme na lůžkovém oddělení, tak komunikace dost často probíhá tak, že člověk, který komunikuje, je vestoje a pacient leží. To mi přijde jako*

psychologický aspekt, který komunikaci zhoršuje. Snažím se, aby komunikace probíhala "face to face", abychom byli na stejné úrovni (Z2).

Pro informanty s afázií bylo těžší vybavit si a popsat nějaký konkrétní postup, kterým jim zdravotničtí pracovníci usnadňovali komunikaci. Na základě pokládaných doplňujících otázek spíše než konkrétní postup hodnotili celkovou spokojenost s komunikačním přístupem zdravotnických pracovníků, se kterými se setkali. Většina byla s komunikací ze strany zdravotnických pracovníků spokojena. Jeden z informantů opakovaně uváděl, že komunikace zdravotnických pracovníků byla *úplně supr (...) Tam jako spokojenost. Komunikace supr (A1)*. Informanti A3, A4 a A5 byli také spokojeni s komunikací zdravotnických pracovníků. Na otázky, zda zdravotničtí pracovníci mluvili pomalu a v kratších větách, odpovídali *ano*. Všichni tři zmínění informanti se také setkali s kladením otázek, na které mohli odpovídat *ano/ne*. Pouze jeden z informantů popisoval opakovaně negativní zkušenost s komunikací zdravotnických pracovníků. *Já jsem byl... no ... Byl jsem asi půl roku. Tři měsíce asi. Jako a tam nic se mnou nedělali jako. Já jsem tam prostě koukal, no. (...) Ani nechodili za mnou. (...) Moc nepovídali nic (A2).*

TÉMA 2: Úspěšnost komunikace

Toto téma zahrnuje všechny úryvky výpovědí, ve kterých se informanti vyjadřují o úspěšnosti produkce i porozumění obsahu sdělení (nemusí se jednat jen o produkci a porozumění řeči, ale i další způsoby komunikace). Během opakovaného čtení rozhovorů a kódování se ukázalo, že díky realizaci rozhovorů s osobami s afázií i se zdravotnickými pracovníci byly získány úryvky, ve kterých skupina zdravotnických pracovníků hodnotí nejen to, jak se jim daří realizovat komunikační záměr a porozumět afatikům, ale hodnotí i to, jak se z jejich pohledu daří produkce a percepce sdělení pacientům s afázií. Skupina osob s afázií hodnotila pouze, jak se jim z jejich pohledu dařilo komunikovat a přijímat potřebné informace. Otázky na názor, jak se dařilo zdravotnickým pracovníkům, by byly náročné na pochopení. V rámci subtémat jsou reflektovány i změny, které se projeví s postupujícím časem od vzniku afázie.

Subtéma 2.1: Realizace komunikačního záměru

Většina zdravotnických pracovníků uváděla, že nemají větší problémy sdělovat afatikům potřebné informace a tento směr komunikace je pro ně snazší než porozumění afatikům. *Mně se s afatiky nekomunikuje špatně. Tím, že mám sama tendenci se vyjadřovat nonverbálně, tak se mnou afatici komunikují lépe než s kýmkoli jiným (Z2)*. Komunikace směrem

k pacientům s afázií je pro zdravotnické pracovníce snazší než rozumění pacientům. *V tom není až takový problém se s nimi domluvit, jako co my jim potřebujeme říct (Z5)*. Pouze jedna ze zdravotnických pracovníků vnímá realizaci komunikačního záměru jako obtížnou. *Komunikace s afatiky rozhodně není jednoduchá (Z1)*.

Oproti tomu pro skupinu afatiků byla řečová produkce obtížná až nemožná. *Nedařilo se mi to... já jsem jako prakticky neuměl říct ani slovo. Jenom jsem jako... čekal co jako oni (A1)*. *Jako když něco potřebuju říct, tak už je problém to to, no (A2)*. *Těžký ... mluvit (A4)*. *Manžel na začátku nemluvil vůbec (manželka informanta A3)*. Pouze jeden informant s afázií uvedl, že zvládal realizovat svůj komunikační záměr. *Jo, domluvil jsem se (A4)*.

Celkově se skupina informantů s afázií vyjadřovala o náročnosti řečové produkce, jejíž narušení bylo pro informanty frustrující. Použití ukazování a dalších prvků neverbální komunikace bylo pro ně možnou podpůrnou formou, ale nedostačovalo pro funkční komunikaci. *Já jsem věděl, jako co jako... Já jsem řekl „jo/ne“*. *To jako jako to jsem byl schopně říct, ale to ... ale ... jako ... jako bylo to hrozně těžký. Jako začátek to jako neřekl nic (A1)*. Jedna ze zdravotnických pracovníků reflektovala snahu pacientů s afázií o mluvenou řeč a jejich uvědomění si komunikačních obtíží, které ztěžují produkci sdělení. *Ví, že se nemůže vyjádřit, ale se snaží (Z2)*.

Na multimodální komunikaci osob s afázií upozorňovaly všechny zdravotnické pracovníce. *Afatici využívají úplně všechno. Snaží se mluvit, když to nejde, tak ukazují, používají, co můžou. Občas i písemné projevy. Oni to po sobě dokáží i přečíst, což my rozhodně ne. Pro nás jsou to různé „klikyháky“*. *Oni podle toho dokáží říct slovo, které to mělo znamenat (Z1)*. V rozhovorech se všemi zdravotnickými pracovníci se také objevovaly úryvky dokládající jejich zkušenost, že pacienti s afázií si při komunikování svých potřeb často dopomáhají ukazováním.

Projevy afázie se s postupujícím časem od vzniku afázie mění a může se měnit i úspěšnost komunikace v souvislosti s nalezením vhodné komunikační strategie. *Ze začátku to jde těžko, než se na sebe naladíme (...) čím déle tu je, tím lépe se s ním dokážeme domluvit (Z1)*. Vývoj afázie směrem ke zlepšení komunikačních schopností zaznamenali všichni informanti s afázií. Zároveň většina informantů zmiňovala těžký stav afázie v akutním stadiu, kdy verbálně téměř nekomunikovali směrem k postupnému zlepšování. *A úplně jsem jako ... nahodil jsem se ... jako ... já neuměl vůbec nic, já neuměl mluvit, ale jako díky tomu těch šest let práce tak jako to ... jako ... dobrý vobrátilo (A1)*.

Subtéma 2.2: Porozumění obsahu sdělení

Ze skupiny zdravotnických pracovníků se čtyři shodují, že rozumět afatikům je pro ně často obtížné. *Tam je to někdy horší. Někdy afatici mají opravdu velké problémy a používají jenom pár slov, a ty jsou ještě různě deformovaná. Nebo slovo použijí, ale myslí vlastně něco jiného* (Z2). Zdravotnické pracovníce zmiňovaly symptomy typické pro afázii, které jim znesnadňují porozumění. V zájmu úspěšné komunikační výměny musí být trpělivé a pokládají doplňující otázky. *No většinou to slovo zkomolí, tak se opakovaně ptáme, co by tak mohli chtít, nebo co to mohlo znamenat. Takže většinou těmi dotazy kápneme na to pravé slovo, co chtěli* (Z3). Pouze jedna informantka z řad zdravotnických pracovníků uvedla, že obvykle nemá problém pacientům s afázií rozumět. *Většinou rozumím* (Z1).

Naopak informanti s afázií uváděli, že zdravotnickým pracovníkům rozuměli. Informanti byli dotazováni na zkušenosti z různých zdravotnických zařízení. Všichni měli v akutním stadiu těžkou afázií, přesto někteří rozumění zdravotnickým pracovníkům hodnotí zpětně jako úspěšné i v počáteční fázi rehabilitačního procesu. Jeden z informantů dokonce hodnotí, že rozuměl *úplně supr, úplně supr* (A1). *Dobrá bylo...rozuměl* (A4). Další uváděl, že rozuměl částečně. *No, tak. No, no, no jo. Trochu jo. Tak právě půlku* (A2). U dvou informantů se projevil větší potíže s rozuměním, zejména v počátcích po vzniku CMP. *Rozuměl jsem, ale málo. Ne málo ... čekala chvíli, to bylo na začátku* (A5). *Manžel asi moc nerozuměl, ale hlavně na začátku vůbec nemluvil* (manželka A3).

V rozhovorech se zdravotnickými pracovníci byly identifikovány úryvky hodnotící úroveň rozumění u pacientů s afázií. Zdravotnické pracovníce projevovaly názor, že afatici většinou rozumí, pokud nemají kognitivní deficit. Nelze také opomíjet souvislost mezi úrovní porozumění a typem afázie. *Častěji máme ty typy afázie, kdy ten člověk tak nějak rozumí. Málokdy jsme měli sensorický typ afázií, že ani netušili. Pamatují si všeho všudy šest nebo sedm lidí* (Z2). Úroveň porozumění může být pro okolí člověka s afázií obtížně odhadnutelná. Narušení řečové exprese si komunikační partner všimne, ale rozumění může považovat za dostatečné, přesto může mít člověk s afázií potíže, které komunikační partner nerozpozná. *Afatici ne vždy verbální komunikaci rozumí. (...) Musíme kontrolovat porozumění, protože odpovědi respektive reakce nebývají úplně adekvátní* (Z1).

TÉMA 3: Komunikační bariéry

Téma věnující se bariérám v komunikaci je rozděleno na tři subtémata podle toho, k čemu se bariéry vztahují. Byly vymezeny bariéry vztahující se k prostředí zdravotnického zařízení, bariéry na straně zdravotnických pracovníků a bariéry na straně osob s afázií.

Subtéma 3.1: Bariéry vztahující se k prostředí zdravotnického zařízení

V rámci tohoto subtématu byly seskupeny kódy, které se vztahovaly k faktorům ztěžujícím osobám s afázií a zdravotnickým pracovníkům komunikaci. Všechny seskupené kódy se vztahují k prostředí zdravotnického zařízení, které přináší určitá specifika.

V první řadě se jedná o stresující prostředí, a to z hlediska nároků na zdravotnické pracovníce a jejich vytížení, nebo z hlediska náročných situací a témat, o kterých je třeba komunikovat akutně. *Právě tady bych řekla (pozn.: komunikace afatika s ošetřujícím personálem), že to je nejnáročnější i časovým presem v situacích, kdy ke komunikaci musí docházet. To nejsou klidné a pohodové situace, jako je “zvedněte ruku“ a “přesedněte si“, ale takové, kde je třeba něco vyřešit akutně (Z2).*

Úryvky týkající se okolních podmínek ve smyslu rušného prostředí a nedostatku soukromí se objevovaly v rozhovorech s oběma skupinami informantů. Všechny zdravotnické pracovníce uváděly jako faktor ztěžující komunikaci přítomnost dalších pacientů na pokoji, což má negativní vliv na udržení pozornosti a soustředění pacientů s afázií. *Pokud jsme na pokoji, tak je to mnohem těžší. Tam jsou další pacienti a chodí tam sestry a vůbec tam je víc rušivých elementů. (...) Pro pacienta je těžší, aby se soustředil jenom na mě, když je v pokoji víc lidí (Z1).* Některé vlivy se zdravotnické pracovníce snaží minimalizovat, ale specifika lůžkového oddělení a stav pacientů jsou faktory, které mohou komunikaci ztěžovat. *No, komunikace i terapie probíhá většinou na pokojích. Když je pacient mobilnější, tak ho na terapii převážíme. Ale jsme lůžkové oddělení, tak je tady samozřejmě hluk. Je hrozné, pokud má někdo vedle terapii a mluví, tak to ztěžuje podmínky (Z2).* Oproti zdravotnickým pracovníkům informanti s afázií nevnímali rušné prostředí jako faktor ztěžující komunikaci. I když všichni zažili sdílené pokoje, na otázku, zda jim ostatní pacienti, ztěžovali komunikaci, reagovali negativně. Stejně se vyjádřili i o hluku.

Zdravotnické pracovníce také zmiňovaly vliv koronavirových opatření jako negativní faktor úspěšnosti komunikace. *Pociťovala jsem teď obrovskou limitaci s respirátory. Slovní projev je pořád stejný, ale afatikům hodně pomáhá, když mohou vidět na obličej. Zkoušeli jsme tedy i pracovat s obličejovými štíty a bylo to lepší (Z2).*

Subtéma 3.2: Bariéry na straně zdravotnických pracovníků

Do tohoto subtématu byly seskupeny kódy označující veškeré faktory ztěžující komunikaci, které se vztahují přímo ke zdravotnickým pracovnícům.

Jednou z identifikovaných bariér byla špatná spolupráce v multidisciplinárním týmu, o které se zmiňovaly některé zdravotnické pracovnice. *Občas nás ruší ošetrovatelský personál, například když přijdou dolít čaje a jiné "já jdu jenom". Terapii to hodně narušuje. Tam ještě nejsme tak daleko, abychom to vyladili, ale snažíme se. S některými se dá domluvit, ale je to pořád dost těžké (Z1).*

Zdravotní sestry uváděly únavu a vytížení, které má negativní vliv na jejich komunikační přístup k pacientům s afázií. *Například, že zvoní zvonky i na jiných pokojích, a potom musíte jít za jiným pacientem a nemáte čas se soustředit, co by potřeboval ten pacient, u kterého zrovna jste. To někdy prostě vás tlačí čas a nemůžete věnovat dostatek času afatikovi, aby se vyjádřil (Z4).* Další zdravotní sestra zmínila podobnou situaci, ke které často dochází, ovšem v rámci jednoho pokoje. *Tady, aby se člověk dorozuměl s afatikem, se na to musí při komunikaci soustředit víc. Když jsou dva, tři lidi na pokoji a sestřička tam vleze, tak po ní všichni něco chtějí (Z5).*

Další bariéru představuje neznalost vhodných komunikačních strategií s osobami s afázií. *Nemám takový přehled jako oni (pozn.: logopedi nebo psychologové) (Z1).*

Někteří informanti s afázií vyjádřili zkušenost s neochotou zdravotnických pracovníků, zejména z důvodu nedostatku času na komunikaci. *At' už manžel ležel kdekoliv, to byl vždycky problém u doktorů i sester, že spěchali a nemluvili na něj dost srozumitelně. (...) Nebo že by mu dali ten čas, aby zkusil taky se nějak s nima domluvit i třeba rukama (manželka A3).* Zkušenosti s nedostatkem času a přílišným spěchem zdravotnických pracovníků vyjádřili dva informanti. *Rychlé sestry... rychlý a pryč (A4).* Jeden z informantů se ve zdravotnickém zařízení setkal s nedostatečnou frekvencí kontaktu se zdravotnickými pracovníky. *Nechodili za mnou, málo chodili (A2).* Informanti měli také potíže rozumět odborným termínům, které zdravotničtí pracovníci v komunikaci s nimi používali. *Těžký slova jsem nerozuměl (A4).*

Subtéma 3.3: Bariéry na straně osob s afázií

Do tohoto subtématu byly sloučeny kódy, které označovaly faktory jakkoliv se vztahující k jedincům s afázií, které ovlivňují jejich komunikační schopnosti a komunikaci s nimi.

Hodně záleží na stadiu a na tom, jestli se jedná o nějaké chronické poškození, nebo o rané poškození (Z2).

Jedním z přítěžujících faktorů jsou přidružené obtíže. *Afázie, se kterými tu přicházíme do styku, se často pojí s apraxiemi. Pacienti mají problém si tu řeč naplánovat (Z2).* Některé bariéry vznikají v závislosti na náplni terapie, kdy mají pacienti s afázií problém z důvodu specifických obtíží plnit záměr terapeutky. *S čím mívají afaticí problémy je pravo-levá orientace a orientace v prostoru v situacích, kdy chceme použít pravou nebo levou ruku, přetočit se na lůžku, posadit se, přesun do cvičebny a podobně (Z1).*

Jeden z informantů měl v důsledku CMP pravostrannou hemiparézu a musel se naučit psát levou rukou. *Já jsem si myslel, jako ... jako že to půjde jako po másle, protože já jsem jako byl vyuč... jako ... vyučenej jako rytec kovů. Takže jako jsem to zkusil a bohužel jako ... tak jsem ... jako... rok mi trvalo, než jsem si jako ... jako ... jako ... jako ... jsem si zvyk, že ta ruka nebude v pořádku (pozn.: z důvodu pravostranné hemiparézy). Prostě jsem si na to zvyk. A jako ... jako ... píšu levou rukou a jako ... jako jako dobře, ale ... tady... (pozn.: ukazuje list se cvičením, na kterém trénuje psaní) (A1).*

V důsledku vzniku afázie i přidružených obtíží se může projevit dopad na psychiku a strach z budoucnosti. *Bál jsem se, že mluvení nebude (A4).* Jeden z informantů projevil potřebu být po vzniku afázie sám, aby se vyrovnal s nastalou situací. Komunikovat nechtěl. *Já jsem jako v té době potřeboval být sám... skutečně sám. Jako se to ... jako ... co bude, nebude, tak jsem jako tohohle případu jsem jako sám (...). Ale to že jsem to říkal, že jako ... proč jako právě já jako ... jako ... (A1).*

TÉMA 4: Facilitátory efektivní komunikace

Všechny úryvky z rozhovorů, ve kterých se informanti zmiňovali o faktorech, které mají pozitivní vliv na komunikaci, byly ve výsledku rozřazeny do tří subtémat. První se týká role logopeda, tedy jakým způsobem logoped pozitivně ovlivňuje komunikaci mezi zdravotnickými pracovníky a jedinci s afázií, do druhého subtématu byly seskupeny úryvky týkající se pozitivního vlivu rodinných příslušníků na komunikaci ve zdravotnických zařízeních, poslední identifikované subtéma se týká osobnostních předpokladů účastníka komunikačního procesu, které pozitivně ovlivňují úspěšnost komunikace.

Subtéma 4.1: Role logopeda

Během kódování a třídění úryvků bylo identifikováno několik rolí, které logoped sehrává ve zlepšování efektivity komunikace mezi zdravotnickými pracovníky a osobami s afázií.

Logoped sehrává důležitou roli v multidisciplinárním týmu, který se pravidelně jednou týdně schází. Schůzky rehabilitačního týmu hodnotily všechny zdravotnické pracovníce jako přínosné. *Máme pravidelné schůzky, na které dochází logoped i všichni ostatní pracovníci. Řeší se tam právě i komunikační strategie u afatiků. Nově se nám podařilo nastavit, že se účastní i sestřičky, což by, doufám, mohlo posunout komunikaci ošetřovatelského personálu (Z2).* Další informantka přiblížila obsah schůze rehabilitačního týmu. *Tam se řeší, co je třeba opakovat a na co se zaměřit u pacienta (Z4).*

Logoped jednotlivé zdravotnické pracovníky instruuje a dává podněty, na co se u pacientů s afázií mohou zaměřit. *Často od jedné z kolegyně (pozn.: logopedek) dostávám zakázku, co ona by chtěla a co bychom v rámci ergoterapie mohli dělat. V rámci grafomotoriky jsme se zacílili na to, aby to podporovalo i řeč. To hodnotím jako cennou spolupráci a zároveň jako rozšíření znalostí (Z2).*

Logoped funguje také jako poradce během hledání vhodné komunikační strategie s pacienty s afázií a zdravotnické pracovníce s ním mohou konzultovat, pokud naráží na bariéry v komunikaci s pacienty. *Většinou se řídíme po vyšetření tím, co nám (pozn.: logoped) doporučí. (...) Když se mi něco nedaří vykomunikovat a mám pocit, že by mi logoped mohl pomoci, tak s ním vždycky konzultuji (Z1).* U pacientů může logoped zavádět prvky alternativní a augmentativní komunikace. *Logopedi taky dělají různé pomůcky, když je komunikace špatná (Z3).*

V některých případech mohou zdravotnické pracovníce vyhodnotit, že by nejvhodnější byla osobní přítomnost logopeda u pacienta, u kterého mají potíže se vzájemným rozuměním. *V případech, kdy bylo porozumění složité, jsme si většinou přivolali logopedku (Z1).*

Informanti s afázií vnímali přínos logopedické intervence, díky které docházelo nejen k rozvoji komunikačních schopností, ale i objasnění příčin i důsledků afázie. *Jako ... cvičit, cvičit jako. Jako tři logopedky tam byly (A1). Nosila obrázky na cvičení (A5). Pomáhala a vysvětlila ... co teda mozek (A4).*

Subtéma 4.2: Podpora rodiny

Význam rodiny na zlepšování komunikace se projevil ve výpovědích informantů s afázií i zdravotnických pracovníků. Zdravotnické pracovníce uváděly souvislost mezi časem, který rodinní příslušníci s jedincem s afázií stráví, a rozvojem jeho komunikačních schopností. *Když za pacientem chodí rodina, tak má s kým komunikovat a zlepšuje se jeho komunikace (Z1)*. Rodina má významný vliv i na psychiku pacienta s afázií. Jedna z informantek vyprávěla o pacientce s těžkou afázií, která *byla v úplně jiném celkovém rozpoložení, když měla u sebe člověka, kterému divěřovala (Z2)*.

Informanti s afázií vnímali význam rodiny jako podpory při komunikování o složitějších tématech, zejména diagnózy, rehabilitačního plánu a postupu. *Jako, to ... že jako za mnou chodila manželka jako dcera se švárou, ale já jako v tu dobu ne jako nekomunikoval. Takže jako to mi pomáhalo, že tam byli a taky jako... že mi potom řekli, co jako se se mnou stalo a co kdy jako se mnou bude (A1)*. Další informant uvedl, že ho přítomnost rodiny motivovala, aby pracoval na rozvoji komunikačních schopností. *S dcerama jsem chtěl mluvit. Snažil jsem se (A5)*. I osoby s afázií vnímali pozitivní vliv rodiny na psychiku. *Pomohlo mi to... vidět je.... lepší to potom ylo (A4)*.

Subtéma 4.3: Osobnostní předpoklady

Do subtématu byly sloučeny úryvky týkající se informovanosti zdravotnických pracovníků o možnostech komunikace a úryvky, které spojuje snaha informanta o pokrok v komunikaci či osobní zlepšení.

Zdravotnické pracovníce uváděly význam znalosti vhodných komunikačních strategií, díky kterým je komunikace s pacienty s afázií efektivnější. *V komunikaci s afatiky to chce vědět, jak na ně a co se osvědčuje (Z3)*. Snazší je i zahájení komunikační výměny. *Pro mě je potom daleko jednodušší s tím člověkem navázat komunikaci, když vím, co dělat (Z1)*.

Snaha o pokrok v komunikaci a osobní zlepšení byla identifikována jako důležitý předpoklad pro efektivní komunikaci, a to u informantů s afázií i zdravotnických pracovníků. Zdravotnické pracovníce projevovaly chuť na sobě pracovat a v komunikaci se zlepšovat. *Když se ale na sebe dokážeme naladit a dokážeme zjistit, na co nám afatici nereagují, tak pak daleko lépe komunikujeme. Pořád mám na čem pracovat (Z1)*. Další zdravotnická pracovníce projevuje iniciativu v tvorbě pomůcek na podporu komunikace o tématech, která ke své praxi ergoterapeutky potřebuje. *Sama jsem si vytvořila zásobu obrázků, které využiji*

v komunikaci během terapie. Jsou to obrázky běžných denních aktivit (Z2). Snaha a motivace jsou tedy velmi důležitým předpokladem. *Snažím se hledat i vlastní cestu (Z1).*

Podobně jsou motivace a snaha potřebné i u osob s afázií. Informant A1 překonal počáteční psychické potíže s vyrovnáním se se situací. *To jsem vodsunul a jako pracoval, pracoval, pracoval. A učil psát potom a jako mluvit. Jako a sem jsem rozchodil na to, že ... že jako nekulhám, nic a jako. (...) A pracoval jsem na sobě a jako mluvení taky. (...) Pořádný kus práce udělal to ... mluvení. (...) A úplně jsem jako ... nahodil jsem se ... jako ... já neuměl vůbec nic, já neuměl mluvit, ale jako díky tomu těch šest let práce tak jako to ... jako ... dobrý vobrátilo (A1).* Narušení mluvené řeči je pro pacienty před vznikem afázie většinou neznámý stav a snahu o obnovení řečové komunikace projevovala většina informantů. *Chtěl jsem zase mluvit (A4). Musel jsem se snažit (A5).*

V neposlední řadě jsou důležité charakterové vlastnosti. V komunikaci s pacienty s afázií se jedná zejména o trpělivost. *Chce to hodně trpělivosti a pochopení, to teda někdy na obou stranách (smích). Pořád mám na čem pracovat (Z1).*

TÉMA 5 : Návrhy na zlepšení komunikace

Jako jediné bylo toto téma vytvořeno pouze z úryvků, ve kterých informanti reagovali na otázku z rozhovoru, ve které byli dotazováni, jestli je napadá, co by jim vzájemnou komunikaci usnadnilo. Otázka byla poměrně obtížná nejen pro zdravotnické pracovníce, ale zejména pro osoby s afázií. První dvě subtémata jsou utvořena pouze z úryvků výpovědí zdravotnických pracovníků. Třetí subtéma je tvořeno na základě názorů osob s afázií.

Subtéma 5.1: Vzdělávací aktivity

Uvítali bychom, pokud by se nějaký kurz o komunikaci s afatiky pro terapeutů dělal (Z1). Moc by se mi líbilo, kdyby se nějaký kurz nebo školení dělal. Myslím, že by nám to rozhodně pomohlo (Z2). Pouze jedna zdravotnická pracovníce vyjádřila opačný názor. *Já myslím, že v tom problém není, že bychom se to potřebovali učit, jak s afatiky komunikovat. (...) Časem jsme se to už naučily (Z5).*

Subtéma 5.2: Vybavení zdravotnického zařízení

Ohledně dostupného vybavení a jeho provedení projevíly všechny zdravotnické pracovníce návrhy, které by mohly přispět zlepšení komunikace.

Jedním z návrhů na usnadnění komunikace bylo zlepšení dostupnosti pomůcek. *Možná, že kdybychom těch komunikačních pomůcek měli víc, nebo aspoň u nás, nebo na pokojích, že bychom je i víc používali a třeba by to tu komunikaci zlepšilo (Z4).*

Zlepšení provedení pomůcek by podle zdravotnických pracovníků také mělo pozitivní vliv na efektivitu komunikace. *Ještě by se mi líbilo, kdybychom měli více hezkých piktogramových kartiček. Protože s černobílými, jak už jsem zmiňovala, nemám dobré zkušenosti. Takové, aby nebyly infantilní, a které by zároveň nebyly příliš barevné. Celkově by to chtělo lepší obrázky. Hodně z těch, co tu máme, jsou špatně rozpoznatelné. Třeba na obrázcích, co mají být slovesa, máme obrázek, co má znamenat „plakat“, ale vypadá to jako by to mělo znamenat „smutný“ (Z2).*

Objevilo se několik návrhů, jak by lepší technické vybavení mohlo zlepšit komunikaci pacientů s afázií. *Byla bych ráda, kdybychom tu měli tablety a lidé by mohli telefonovat domů. Aby měli možnost komunikovat se svými rodinnými příslušníky. To by je jednak motivovalo a také by byli v kontaktu s řečí (Z2).* K důležitosti kontaktu s řečí se vyjádřily i další zdravotnické pracovníce, nefunkční televize zmínila většina informantek. *Jeden velký problém jsou televize, respektive set top boxy. Nechtějí nám je koupit, takže máme všude televize, které nehrají, lidi se nudí a taky jim chybí, že nemůžou poslouchat řeč (Z3).*

Další návrh byl specifický pro skupinu pacientů s poruchou sluchu. *U lidí s poruchou sluchu by mi pomohlo, kdybychom tu měli alespoň erární sluchátko, které by fungovalo (Z2).*

Subtéma 5.3: Častější kontakt s logopedem

Vymýšlení návrhu, co by komunikaci se zdravotnickými pracovníky usnadnilo, byla pro osoby s afázií obtížná. Většina se ale vyjádřila, že by jim pomohl častější kontakt s logopedem. *Kdybych to věděl! To já právě nevím. Hodně určitě ten molo ... molo ... (pozn.: logoped) ... to mi chybělo, no. (...) Nechodili ke mně ty ... jak se jim říká ... mo ... mnimo ... jak se to řekne ... morvo... (tazatelka: Logopedi?) No, no. Ty za mnou málo chodili právě. To mi chybělo (A2).*

Jeden z informantů vyjádřil celkově velmi pozitivní zkušenost s komunikací i přístupem zdravotnických pracovníků. I frekvenci logopedické intervence hodnotil jako dostatečnou. *Jako, nenapadá mě nic jako, protože ... jako u mě jako u mě se tam chovali úplně supr (A1).*

4.6 Závěry výzkumného šetření

Hlavním cílem výzkumného šetření bylo zjistit, jakým způsobem probíhá ve zdravotnickém zařízení komunikace mezi osobou s afázií a zdravotnickými pracovníky, a to na základě zkušeností osob s afázií i zdravotnických pracovníků.

Za účelem splnění hlavního cíle byly stanoveny cíle dílčí. Dílčími cíli bylo zjistit, jakou formou a pomocí jakých postupů a pomůcek probíhá komunikace mezi zdravotnickými pracovníky a osobami s afázií; jak se oběma skupinám daří produkovat sdělení a porozumět komunikačnímu partnerovi; co ztěžuje a usnadňuje efektivní komunikaci mezi zdravotnickými pracovníky a osobami s afázií; co by zdravotnickým pracovníkům a osobám s afázií usnadnilo vzájemnou komunikaci.

Na základě stanovených cílů byly formulovány výzkumné otázky. Pomocí tematické analýzy dat získaných z polostrukturovaných rozhovorů s 5 informanty s afázií (během rozhovoru s informantem A3 byla přítomna jeho manželka, která se do rozhovoru místy zapojovala) a 5 informantkami z řad zdravotnických pracovníků, byla identifikována témata, která umožňují vyhodnocení výzkumných otázek. Vyhodnocením všech výzkumných otázek došlo ke splnění hlavního i dílčích cílů práce.

4.6.1 Vyhodnocení výzkumných otázek

Výzkumná otázka č. 1: Jakou formou a za využití jakých postupů a pomůcek probíhá komunikace mezi zdravotnickými pracovníky a osobami s afázií?

První výzkumná otázka je zaměřena na komunikační strategie, které zdravotnické pracovníce používají během komunikace s pacienty s afázií a se kterými se osoby s afázií setkali v různých zdravotnických zařízeních, ve kterých jim byla poskytována rehabilitační péče. Výzkumnou otázku lze vyhodnotit na základě Tématu 1 z provedené tematické analýzy.

Na základě tematické analýzy dat z rozhovorů bylo zjištěno, že v komunikaci s osobami s afázií zdravotnické pracovníce používají prostředky verbální i neverbální komunikace, které různě kombinují, jedná se tedy o komunikaci multimodální. Komunikační strategii se snaží volit individuálně na základě potřeb daného pacienta, s čímž jim pomáhá logoped.

Z prostředků AAK používají metody bez pomůcek, tedy prostředky neverbální komunikace, zejména mimiku a gesta (včetně ukazování), a některé netechnické pomůcky. Zdravotnické

pracovnice mají na pracovišti dostupné obrázky, kartičky s psanými slovy, piktogramy, afatický slovník, kartičky s písmeny a kartičky s obrázky.

Z konkrétních postupů, kterými se zdravotnické pracovnice snaží pacientům s afázií komunikaci usnadnit, bylo zjištěno zejména používání jednoduchých vět, zpomalení tempa řeči, kladení otázek, na které pacient může odpovědět ano/ne, poskytnutí pacientovi dostatek času na odpověď a také ověření porozumění, které se může lišit v závislosti na typu a stadiu afázie.

Informanti s afázií se ze strany zdravotnických pracovníků setkali zejména s komunikací mluvenou řečí, pokud se setkali se zapojením pomůcek usnadňujících komunikaci, jednalo se o obrázky, případně jim byla nabídnuta tužka a papír. I když uváděli menší množství pomůcek a postupů, většina pacientů hodnotila, že byla s komunikací zdravotnických pracovníků spokojena.

Výzkumná otázka č. 2: Jak osoby s afázií a zdravotničtí pracovníci hodnotí úspěšnost produkce a porozumění sdělení?

Hodnocení úspěšnosti produkce i příjmu sdělení je subjektivní záležitostí, k pacientům s afázií je třeba přistupovat individuálně. Druhý dílčí cíl a z něj vycházející výzkumná otázka byly takto formulovány z toho důvodu, že subjektivní vnímání je velmi důležité a ovlivňuje celkový přístup ke komunikaci. Výzkumnou otázku lze vyhodnotit na základě Tématu 2 z provedené tematické analýzy.

Zdravotnické pracovnice hodnotily, že produkce sdělení je pro ně snazší, než rozumět obsahu sdělení pacientů s afázií. Během produkce sdělení se snaží dodržovat výše uvedené komunikační strategie, aby usnadnily pacientům s afázií příjem sdělení.

Oproti tomu pro osoby s afázií byla řečová produkce zejména v akutním stadiu onemocnění obtížná až nemožná. Informanti tedy hodnotili produkci sdělení jako neúspěšnou. Narušení mluvené řeči bylo pro informanty omezující a podpůrné komunikační strategie, které by jim usnadnily produkci sdělení, hodnotili jako nedostatečné pro funkční komunikaci. Dotazy na podpůrné či náhradní způsoby komunikace se vracely k nemožnosti realizace řečové produkce, což poukazuje na náročnost vyrovnání se se získanou poruchou řečové komunikace, kdy pacienti chtějí mluvit tak, jako před vznikem afázie. Proces opětovného rozvoje komunikačních schopností a postupná větší úspěšnost řečové produkce jedinců

s afázií s postupujícím časem od vzniku afázie byla zmiňována oběma skupinami informantů.

Úspěšnost porozumění sdělení byla informanty hodnocena analogicky. Tedy zdravotnické pracovníce hodnotily, že rozumět pacientům s afázií je pro ně obtížné, zejména pokud pacienti používají mluvenou řeč, ve které se projevují symptomy typické pro afázií. Aby zdravotnické pracovníce pacientům s afázií rozuměly, je třeba, aby pacienti s afázií používali všechny dostupné komunikační prostředky, tedy multimodální komunikaci. Dále bylo zjištěno, že zdravotnické pracovníce se snaží pacientů doptávat otázkami s možností odpovědi ano/ne, pokud nerozumí verbálnímu projevu pacientů.

Naopak většina informantů s afázií uváděla, že zdravotnickým pracovníkům rozuměla. Během rozhovorů s informanty s afázií se ale projevíly určité obtíže s porozuměním, které naznačují, že pokud má dotyčný člověk narušené porozumění řeči, může odpovídat neadekvátně a neuvědomovat si obtíže s rozuměním řeči. Další komplikací bylo, že pokud informant s afázií odpovídal na otázky slovy „ano/ne“, mohlo tak dojít k zamaskování obtíží s porozuměním.

Výzkumná otázka č. 3: Jaké faktory ztěžují efektivní komunikaci a co ji naopak usnadňuje?

Třetí dílčí cíl a z něho vycházející výzkumná otázka reflektuje skutečnost, že určité vnitřní i vnější vlivy mohou komunikaci ovlivnit negativně, jiné pozitivně. Identifikováním těchto vlivů a jejich odstraněním (v případě pozitivních vlivů naopak jejich aplikováním do praxe) je možné přispět ke zlepšení efektivity komunikace. Výzkumnou otázku lze vyhodnotit na základě Tématu 3 a Tématu 4 z provedené tematické analýzy.

V oblasti komunikačních bariér byly pomocí tematické analýzy dat z rozhovorů indentifikovány bariéry vztahující se k prostředí zdravotnického zařízení, bariéry na straně zdravotnických pracovníků a bariéry na straně osob s afázií. Prostředí zdravotnického zařízení je stresující a rušné a soukromí je omezené z důvodu většího počtu pacientů na pokojích. Překvapivým zjištěním bylo, že tyto faktory byly vnímány jako komunikační bariéry zdravotnickými pracovníci, zatímco podle informantů s afázií komunikaci neztěžují. To může být dáno tím, že osoby s afázií mají schopnost řečové komunikace již omezenou v důsledku afázie a tyto vnější vlivy nevnímají jako tolik omezující, protože nejsou trvalé.

Zdravotnické pracovnice jmenovaly některé vlastní bariéry, které mají negativní vliv na komunikaci. V důsledku únavy a pracovního vytížení někdy v komunikaci s pacienty s afázií nedodržují podpůrné komunikační strategie. Tuto skutečnost uváděli i informanti s afázií.

Na straně osob s afázií mají na komunikaci negativní vliv přidružené zdravotní obtíže a vzhledem k negativnímu vlivu afázie na psychiku se ve výpovědích informantů s afázií opakovaně projevila nechuť komunikovat a strach z trvalého omezení komunikace mluvenou řečí.

V oblasti faktorů, které mají pozitivní vliv na efektivitu komunikace, byla všemi informanty zmiňována důležitost role logopeda. Zdravotnické pracovnice mohou s logopedem konzultovat volbu komunikační strategie a poradit se v případě, kdy se jim nedaří s pacientem s afázií navázat komunikaci, což výrazně usnadňuje komunikaci s pacienty s afázií. K usnadnění komunikace přispívá i rozvoj komunikačních schopností s afázií, kterému se věnuje logopedická terapie. Význam rodinných příslušníků vnímají zdravotnické pracovnice zejména v pozitivním vlivu na psychiku pacienta ve smyslu jeho uvolnění a zklidnění, které je důležité pro rozvoj komunikace. Pro většinu informantů představuje rodina motivaci k práci na rozvoji komunikace a zároveň usnadňuje komunikaci se zdravotnickými pracovníky o složitějších tématech.

Výzkumná otázka č. 4: Co by osoby s afázií a zdravotničtí pracovníci vnímali jako přínosné pro efektivní komunikaci?

Poslední dílčí cíl a z něho vycházející výzkumnou otázku lze vyhodnotit na základě Tématu 5 z provedené tematické analýzy.

Odpověď na otázku týkající se návrhů na zlepšení komunikace byla pro obě skupiny informantů náročnější na vymyšlení, ale díky výběru rozhovoru jako metody sběru dat byl informantům poskytnut prostor na přemýšlení, zatímco v dotazníkovém šetření by byla zřejmě větší pravděpodobnost, že otázku nezodpoví.

Kromě jednoho informanta s afázií vyjádřili ostatní informanti s afázií názor, že by jim pomohl častější kontakt s logopedem. Častější logopedická intervence by měla pozitivní vliv na rozvoj komunikačních dovedností, které by mohli uplatnit v komunikaci se zdravotnickými pracovníky.

Zdravotnické pracovnice by uvítaly možnost dalšího vzdělávání, ideálně v podobě kurzu zaměřeného na možné podpůrné strategie v komunikaci s pacienty s afázií. Pouze jedna

zdravotnická pracovníce by o další vzdělávání neměla zájem, své znalosti o komunikaci s pacienty s afázií považovala za dostatečné.

Největší množství návrhů na zlepšení komunikace se týkalo zlepšení dostupnosti a provedení pomůcek, které by usnadnily komunikaci. Technické vybavení v podobě televizí a tabletů by podle zdravotnických pracovníků umožnilo pacientům s afázií být v častějším kontaktu s mluvenou řečí, kterou jim v prostředí zdravotnického zařízení nemohou zajistit v dostatečné míře. Kartičky s grafickými symboly, které jsou pro zdravotnické pracovníce na oddělení dostupné, jsou pro pacienty špatně rozpoznatelné.

4.6.2 Limity a přínos výzkumného šetření

Limity

Z důvodu omezeného množství kontaktů na zdravotnické pracovníky se nepodařilo realizovat rozhovor s lékařem ani zdravotnickými pracovníky z různých zdravotnických zařízení. Všechny zdravotnické pracovníce, které byly ochotné zúčastnit se výzkumného šetření, pracují na stejném oddělení lůžkové rehabilitace nejmenované nemocnice v Praze. Ve své praxi jsou ale v pravidelném kontaktu s pacienty s afázií.

Dalším limitem je nepřítomnost žen ve skupině informantů s afázií (kromě manželky informanta A3, ale její výpovědi přinesly zprostředkovaný pohled na situaci, nikoli vlastní zkušenost s narušením řečové komunikace v důsledku vzniku afázie) a nepřítomnost mužů ve skupině informantů z řad zdravotnických pracovníků.

Interpretace výpovědí osob s afázií má svá úskalí. U této skupiny bylo větší riziko zkreslení informací, a to z důvodu, že během rozhovoru bylo pokládáno více doplňujících otázek a mohlo tedy dojít k ovlivnění oblastí, o kterých se informanti vyjadřovali. Zároveň při interpretaci sdělení osob s afázií může dojít z důvodu symptomů afázie v mluvené řeči k nepřesnostem v jejich pochopení a mylné interpretaci.

Výzkumné šetření bylo zaměřeno u osob s afázií na retrospektivní popisování zkušeností s komunikací ve zdravotnických zařízeních. V důsledku časového odstavu od hospitalizace ve zdravotnických zařízeních mohlo dojít k obtížnému vybavení si nebo zapomenutí přesného průběhu komunikace.

Výzkumné šetření by mohlo být rozšířeno o pozorování průběhu komunikace přímo ve zdravotnických zařízeních, ale i to by mělo své limity. Zdravotničtí pracovníci i pacienti

s afázií by věděli, že jsou pozorováni, a komunikace by mohla probíhat odlišně od běžné situace.

Přínos

Přínosem výzkumného šetření je zapojení osob s afázií, jejichž zkušenosti jsou podstatné pro zjištění, jakým způsobem komunikace se zdravotnickými pracovníky probíhá, jak je podporována její efektivita a jaké faktory komunikaci ovlivňují. Pro výzkumné šetření bylo také přínosné, že jedinci s afázií popisovali zkušenosti s komunikací se zdravotnickými pracovníky z různých zdravotnických zařízení.

Opakovaně se v rozhovorech se všemi informanty projevila důležitá role logopeda nejen v poskytování logopedické intervence, ale i jako člena multidisciplinárního týmu, který má odborné znalosti o komunikaci osob s afázií a spolupracuje při hledání vhodné komunikační strategie. Přítomnost logopeda v rehabilitačním týmu může také zmenšit obavy z komunikace s pacienty s afázií. Informace o rozsahu kompetencí logopeda mohou být přínosné pro studenty logopedie i komunikační partnery osob s afázií.

Informantku Z2 zaujala databáze ParticiPics, která ji byla doporučena autorkou práce, a plánuje ji používat ve své praxi k přípravě kartiček s obrázky pokrývající potřebnou slovní zásobu pro ergoterapeuty.

Přínosem diplomové práce je také třetí teoretická kapitola shrnující vhodné komunikační strategie pro komunikaci s osobami s afázií, které by mohli být přínosné pro komunikační partnery osob s afázií nejen z řad zdravotnických pracovníků.

4.6.3 Doporučení pro praxi

Pro usnadnění komunikace mezi pacienty s afázií a zdravotnickými pracovníky je důležité dodržování komunikačních strategií vhodných pro komunikaci s osobami s afázií. S volbou vhodné komunikační strategie může zdravotnickým pracovníkům výrazně pomoci logoped. Z fungující spolupráce multidisciplinárního týmu má prospěch nejen pacient, ale i všichni členové týmu.

Pro usnadnění komunikace je možné řídit se také návrhy formulovanými zdravotnickými pracovníky i osobami s afázií, které jsou shrnuty v Tématu 5 provedené tematické analýzy.

Závěr

Diplomová práce se zabývala problematikou komunikace mezi osobami s afázií a zdravotnickými pracovníky. Téma bylo voleno s ohledem na důležitost funkční komunikace v prostředí zdravotnických zařízení. Vzhledem k náhlému vzniku afázie a následnému pobytu v různých zdravotnických zařízeních je důležité, aby právě zdravotničtí pracovníci byly zdatní komunikační partneři osob s afázií.

Hlavním cílem práce bylo zjistit, jakým způsobem probíhá ve zdravotnickém zařízení komunikace mezi osobou s afázií a zdravotnickými pracovníky, a to na základě zkušeností osob s afázií i zdravotnických pracovníků. Cíl byl zvolen se záměrem zjistit, jak v praxi ve zdravotnických zařízeních komunikace probíhá. V návaznosti na hlavní cíl byly vymezeny dílčí cíle, které byly zaměřeny na zjištění, jakou formou a pomocí jakých postupů a pomůcek komunikace probíhá, jak osoby s afázií i zdravotničtí pracovníci hodnotí úspěšnost produkce i porozumění sdělení, jaké jsou bariéry v komunikaci a co ji naopak usnadňuje.

Práce byla rozdělena na část teoretickou a praktickou. Teoretická část byla zpracována na základě prostudování české i zahraniční odborné literatury a elektronických zdrojů. V první teoretické kapitole byla definována afázie a přiblížena její etiologie, symptomatologie a klasifikace. Druhá kapitola byla věnována rehabilitaci osob s afázií po cévní mozkové příhodě, byl popsán proces akutní a následné rehabilitační péče včetně přiblížení rolí jednotlivých zdravotnických pracovníků multidisciplinárního týmu. Ve třetí kapitole byla představena specifika, která komunikace s osobami s afázií obnáší, zároveň byly popsány podpůrné komunikační strategie, které osobám s afázií usnadňují produkci a porozumění sdělení.

Ve čtvrté kapitole bylo popsáno realizované výzkumné šetření. Vzhledem k záměru zapojit do výzkumného šetření osoby s afázií, byl zvolen kvalitativní přístup k výzkumu a metodou sběru dat byl individuální polostrukturovaný rozhovor. Data z rozhovorů s pěti informanty s afázií a pěti zdravotnickými pracovníky byla zpracována pomocí tematické analýzy a výsledná témata umožnila vyhodnotit výzkumné otázky a splnit tak výzkumné cíle.

Výsledky výzkumného šetření poukazují na náročnost komunikace zejména pro osoby s afázií, které se v důsledku vzniku afázie musí vyrovnat s omezením možnosti řečové komunikace, a na důležitou roli komunikačního partnera, jehož znalost vhodných komunikačních strategií může osobě s afázií usnadnit produkci i porozumění sdělení.

Z logopedického hlediska je v odborné literatuře věnován prostor etiologii, symptomatologii, klasifikaci, diagnostice a terapii afázie. Více pozornosti by si zasloužila role logopeda v interdisciplinárním týmu při rehabilitaci osob s afázií, kde by se neměl věnovat jen logopedické intervenci, ale také edukaci ostatních členů týmu o možnostech komunikace s osobami s afázií. Může pomoci zprostředkovat efektivní komunikaci mezi osobami s afázií a zdravotnickými pracovníky. Na význam této role, kdy logoped může významně napomoci efektivní komunikaci mezi zdravotnickými pracovníky a osobami s afázií, poukazují i výsledky provedeného výzkumného šetření.

Seznam použitých informačních zdrojů

BLACKSTONE, Sarah, 2015. Issues and Challenges in Advancing Effective Patient-Provider Communication. In: BLACKSTONE, Sarah, David R. BEUKELMAN a Kathryn M. YORKSTON. *Patient-Provider Communication: Roles for Speech-Language Pathologists and Other Health Care Professionals*. San Diego, CA: Plural Publishing, Inc, s. 9–35. ISBN 978-1-59756-574-5.

CSÉFALVAY, Zsolt, 2003. Diagnostika afázie. In: LECHTA, Viktor. *Diagnostika narušené komunikační schopnosti*. Praha: Portál, s. 202–236. ISBN 80-7178-801-5.

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

CSÉFALVAY, Zsolt, 2010. Afázia a iné poruchy komunikácie sprevádzajúce mozgové ischemie a hemorágie. In: KALVACH, Pavel et al. *Mozkové ischemie a hemoragie*. 3., preprac. a dopl. vyd. Praha: Grada, s. 381–393. ISBN 978-80-247-2765-3.

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

CSÉFALVAY, Zsolt, Marta EGRYOVÁ a Ingrid WIEDERMANN, 2007. *Diagnostika a terapia afázie, alexie a agrafie*. Bratislava: Kaminský. ISBN 978-80-968867-1-5.

CSÉFALVAY, Zsolt a Milena KOŠŤÁLOVÁ, 2013. Diagnostika afázie. In: CSÉFALVAY, Zsolt a Viktor LECHTA. *Diagnostika narušené komunikační schopnosti u dospělých*. Praha: Portál, s. 83–116. ISBN 978-80-262-0364-3.

ČECHÁČKOVÁ, Miloslava, 2007. Získané organické poruchy řečové komunikace: Afázie. In: ŠKODOVÁ, Eva a Ivan JEDLIČKA. *Klinická logopedie*. 2., aktualizované vyd. Praha: Portál, s. 147–206. ISBN 80-7178-546-6.

DEVITO, Joseph A., 2008. *Základy mezilidské komunikace*. 6. vydání. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-2018-0.

GARETT, Kathryn, Joanne P. LASKER a Julia King FISCHER, 2020. AAC supports for adults with severe aphasia and apraxia of speech. In: BEUKELMAN, David R. a Janice C. LIGHT. *Augmentative and Alternative Communication: Supporting children and adults with*

complex communication needs. 5th ed. Baltimore: Paul H. Brookes. ISBN: 978-1-68125-303-9.

HENDL, Jan, 2005. *Kvalitativní výzkum: základní metody a aplikace*. Praha: Portál. ISBN 80-7367-040-2.

HEROUTOVÁ, Markéta, 2007. Terapie afázie v širším kontextu. In: KLENKOVÁ, Jiřina et al. *Terapie v logopedii*. Brno: Masarykova univerzita, s. 91–114. ISBN 978-80-210-4463- 0.

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

KLENKOVÁ, Jiřina, 2006. *Logopedie*. Praha: Grada. ISBN 80-247-11109.

KOUKOLÍK, František, 2012. *Lidský mozek*. 3., přeprac. a dopl. vyd. Praha: Galén. ISBN 978-80-7262-771-4.

KŘÍŽOVÁ, Dagmar a Pavlína BRÍMOVÁ, 2021. Úvod do problematiky rehabilitačního ošetřování. In: DOSBABA, Filip et al. *Rehabilitační ošetřování v klinické praxi*. Praha: Grada, s. 10–22. ISBN 978-80-271-1050-6.

LAUDOVÁ, Lucie, 2007. Alternativní a augmentativní komunikace. In: ŠKODOVÁ, Eva a Ivan JEDLIČKA. *Klinická logopedie*. 2., aktual. vyd. Praha: Portál, s. 565–581. ISBN 978-80-7367-340-6.

LECHTA, Viktor, 1990. *Logopedické repetitóriium: teoretické východiská súčasnej logopédie, moderné prístupy k logopedickej starostlivosti o osoby s narušenou komunikačnou schopnosťou*. Bratislava: Slovenské pedagogické nakladateľstvo. ISBN 80-08-00447-9.

LONCKE, Filip, 2014. *Augmentative and Alternative Communication: Models and Applications for Educators, Speech-Language Pathologists, Psychologists, Caregivers, and Users*. San Diego: Plural Publishing. ISBN 978-15-9756-921-7.

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

MAHENDRA, Nidhi, 2011. Overview of Aphasia and Approaches to Aphasia Intervention. In: KOUL, Rajinder. *Augmentative and Alternative Communication for Adults with Aphasia*:

Science and Clinical Practice. Bingley: Emerald Group Publishing, s. 7–41. ISBN 978-1-84855-218-0.

MIKULÁŠTÍK, Milan, 2010. *Komunikační dovednosti v praxi*. 2., dopl. a přeprac. vyd. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-2339-6.

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

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

NEUBAUER, Karel, 2018. Afázie. In: *Kompendium klinické logopedie: diagnostika a terapie poruch komunikace*. Praha: Portál, s. 442–469. ISBN 978-80-262-1390-1.

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

PFEIFFER, Jan et al, 2004. Rehabilitace, fyzioterapie a ergoterapie. In: MÜLLER, Oldřich et al. *Terapie ve speciální pedagogice*. 2., přeprac. vyd. Praha: Grada, s. 400–448. ISBN 978-80-247-4172-7.

PAPATHANASIOU, Ilias a Patrick COPPENS, 2013. Aphasia and Related Neurogenic Communication Disorders: Basic Concepts and Operational Definitions. In: PAPATHANASIOU, Ilias, Patrick COPPENS a Constantin POTTAGAS. *Aphasia and Related Neurogenic Communication Disorders*. Burlington: Jones & Bartlett Learning, s.19–23. ISBN 978-0-7637-7100-3.

POTAGAS, Constantin, Dimitrios S. KASSEMILIS a Ioannis EVDOKIMIDAS, 2013. Elements of Neurology Essential for Understanding the Aphasias. In: PAPATHANASIOU, Ilias, Patrick COPPENS a Constantin POTTAGAS. *Aphasia and Related Neurogenic Communication Disorders*. Burlington: Jones & Bartlett Learning, s. 23–47. ISBN 978-0-7637-7100-3.

PTÁČEK, Radek a Petr BARTŮNĚK, 2011. *Etika a komunikace v medicíně*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3976-2.

SEIDL, Zdeněk, 2015. *Neurologie pro studium i praxi*. 2., přeprac. a dopl. vyd. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-5247-1.

STRAUSS, Anselm a Juliet CORBINOVÁ, 1999. *Základy kvalitativního výzkumu. Postupy a techniky metody zakotvené teorie*. Boskovice: Albert. ISBN 80-85834-60-X.

ŠAROUNOVÁ, Jana, 2014. *Metody alternativní a augmentativní komunikace*. Praha: Portál. ISBN: 978-80-262-0716-0.

ŠVAŘÍČEK, Roman a Klára ŠEĐOVÁ, 2007. *Kvalitativní výzkum v pedagogických vědách*. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-313-0.

ŠVESTKOVÁ, Olga, 2020. Koordinovaná rehabilitace. In: VACKOVÁ Jitka et al. *Sociální práce v systému koordinované rehabilitace*. Praha: Grada, s. 21-37. ISBN: 978-80-271-2434-3.

ŠVESTKOVÁ, Olga a Yvona ANGEROVÁ, 2010. Rehabilitace po cévní mozkové příhodě. In: KALVACH, Pavel et al. *Mozkové ischemie a hemoragie*. 3., přeprac. a dopl. vyd. Praha: Grada, s. 359–373. ISBN 978-80-247-2765-3.

VENGLÁŘOVÁ, Martina a Gabriela MAHROVÁ, 2006. *Komunikace pro zdravotní sestry*. Praha: Grada. ISBN 80-247-1262-8.

VYBÍRAL, Zbyněk, 2005. *Psychologie komunikace*. Praha: Portál. ISBN 80-7178-998-4.

Seznam elektronických zdrojů

Aphasia. Tips for Communicating With a Person Who Has Aphasia. *ASHA* [online]. Washington: ASHA, c1997–2022 [cit. 2022-01-26]. Dostupné z:

<https://www.asha.org/public/speech/disorders/aphasia/#tips>

Augmentative and Alternative Communication (AAC). *ASHA* [online]. Washington: ASHA, c1997-2022 [cit. 2021-11-26]. Dostupné z: [https://www.asha.org/Practice-](https://www.asha.org/Practice-Portal/Professional-Issues/Augmentative-and-Alternative-Communication/#collapse_2)

[Portal/Professional-Issues/Augmentative-and-Alternative-Communication/#collapse_2](https://www.asha.org/Practice-Portal/Professional-Issues/Augmentative-and-Alternative-Communication/#collapse_2)

BAR, Michal a Aleš TOMEK, 2020. Organizace iktové péče v České republice. *Neurologie pro praxi* [online]. **21**(3), 176–180 [cit. 2022-02-12]. Dostupné z:

<https://www.neurologiepropraxi.cz/magno/neu/2020/mn3.php>

BAUER, Jiří, 2010. Léčba ischemické cévní mozkové příhody. *Interní Medicína pro praxi* [online]. **12**(9), 442–444 [cit. 2021-10-12]. Dostupné z:

<https://www.internimedicina.cz/magno/int/2010/mn9.php>

BEUKELMAN, David R. et al., 2009. AAC for adults with acquired neurological conditions: A review. *Augmentative and Alternative Communication* [online]. **23**(3), 230–242 [cit. 2021-11-10]. Dostupné z:

<https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/07434610701553668>

BRAUN, Virginia a Victoria CLARKE, 2006. Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology* [online]. **3**(2), 77–101 [cit. 2022-03-06]. Dostupné z:

<https://psycnet.apa.org/doi/10.1191/1478088706qp063oa>

CAMERON, Ashley et al., 2018. The confidence and knowledge of health practitioners when interacting with people with aphasia in a hospital setting. *Disability and Rehabilitation* [online]. **40**(11), 1288–1293 [cit. 2022-02-18]. Dostupné z:

<https://doi.org/10.1080/09638288.2017.1294626>

CARRAGHER, Marcella et al., 2021 Aphasia disrupts usual care: the stroke team's perceptions of delivering healthcare to patients with aphasia. *Disability and Rehabilitation* [online]. **43**(21), 3003–3014 [cit. 2022-02-21]. Dostupné z:

<https://doi.org/10.1080/09638288.2020.1722264>

Communication Tips for New Caregivers. Lingraphica [online]. 1990-2022 [cit. 2022-01-26]. Dostupné z: <https://www.aphasia.com/aphasia/communication-tips/7-communication-tips-for-new-caregivers/>

CSÉFALVAY, Zsolt, 2007a. Súčasný pohľad na diagnostiku a terapiu afázie. *Česká a Slovenská Neurologie a Neurochirurgie* [online]. **70/103**(2), 118–128 [cit. 2021-12-08]. Dostupné z: <https://www.csmn.eu/casopisy/ceskaslovenska-neurologie/2007-2-1/sucasny-pohlad-na-diagnostiku-a-terapiu-afazie-51716>

DIETZ, Aimee, Sarah E. WALLACE a Kristy WEISSLING, 2020. Revisiting the Role of Augmentative and Alternative Communication in Aphasia Rehabilitation. *PubMed.gov* [online]. **29**(2), 909–913 [cit. 2021-11-06]. Dostupné z:

https://doi.org/10.1044/2019_AJSLP-19-00041

GARRETT, Kathryn a Joanne P. LASKER, 2007. ACC and Severe Aphasia Enhancing Communication Across Continuum of Recovery. *Perspectives on Neurophysiology and Neurogenic Speech and Language* [online]. **17**(3), 6–15 [cit. 2021-12-08]. Dostupné z:

<https://pubs.asha.org/doi/abs/10.1044/mnsld17.3.6>

HEARD, Renee, Hayley ANDERSON a Chloe HORSTED, 2020. Exploring the communication experiences of stroke nurses and patients with aphasia in an acute stroke unit. *Speech, Language and Hearing* [online]. **25**(2), 177–191 [cit. 2022-02-21]. Dostupné z: <https://doi.org/10.1080/2050571X.2020.1833284>

Jak komunikovat s osobou s afázií. Klub afasie [online]. c2019 [cit. 2022-01-11]. Dostupné z: <https://www.klubafasie.com/l/jak-komunikovat-s-osobou-s-afazii/>

KAGAN, Aura, 1998. Supported conversation for adults with aphasia: methods and resources for training conversation partners. *Aphasiology* [online]. **12**(9), 816-830 [cit. 2021-12-09]. Dostupné z: <https://doi.org/10.1080/0268703908249575>

KREMEIER, Andrea a Kristy WEISLING. Implementing AAC in Aphasia. In: *USSAAC* [online]. c2021 [cit. 2021-11-14]. Dostupné z:

<https://ussaac.org/speakup/articles/implementing-aac-in-aphasia>

MOFFATT, Karyn, Golnoosh POURSHARDIN a Ronald M. BAECKER, 2015. Augmentative and alternative communication devices for aphasia: the emerging role of “smart” mobile devices. *Univ Access Inf Soc* [online]. **16**, 115–128 [cit. 2021-12-14]. Dostupné z: <https://doi.org/10.1007/s10209-015-0428-x>

MZ ČR. Zákon č. 201/2017 Sb., kterým se mění zákon č. 96/2004 Sb., o podmínkách získávání a uznávání způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povolání a k výkonu činností souvisejících s poskytováním zdravotní péče a o změně některých souvisejících zákonů (zákon o nelékařských zdravotnických povoláních), ve znění pozdějších předpisů, a zákon č. 95/2004 Sb., o podmínkách získávání a uznávání odborné způsobilosti a specializované způsobilosti k výkonu zdravotnického povolání lékaře, zubního lékaře a farmaceuta, ve znění pozdějších předpisů [online]. Praha, MZ ČR, 2017a [cit. 2022-03-10]. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2017-201>

MZ ČR. Vyhláška č. 391/2017 Sb., kterou se mění vyhláška č. 55/2011 Sb., o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků, ve znění vyhlášky č. 2/2016 Sb. [online]. Praha, MZ ČR 2017b [cit. 2022-03-10]. Dostupné z:

<https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2017-391>

MZ ČR. Péče o pacienty s cerebrovaskulárním onemocněním v České republice. In: *Věstník MZ ČR* [online]. částka 2, 2010, s. 2–13 [cit. 2021-12-15]. Dostupné z:

<https://www.mzcr.cz/vestnik/vestnik-c-2-2010/>

- ParticiPics. *Aphasia Institute* [online]. Aphasia Institute Community Hub, c2022. [cit. 2021-12-16]. Dostupné z: <https://portal.peeristics.com/public/participics>
- Pomůcky. *SPC pro děti s vadami řeči* [online]. Praha:SPC pro děti s c2009-2021 [cit. 2022-02-12]. Dostupné z: <https://www.alternativnikomunikace.cz/stranka-pomucky-12>
- SIMMONS-MACKIE, Nina et al., 2010. Communication Partner Training in Aphasia:A Systematic Review. *Arch Phys Med Rehabil* [online]. **9**, 1815–1837 [cit. 2021-12-8]. Dostupné z: [https://www.archives-pmr.org/article/S0003-9993\(10\)00771-9/pdf](https://www.archives-pmr.org/article/S0003-9993(10)00771-9/pdf)
- VAN DE SANDT-KOENDERMAN, Mieke, 2010. High-tech AAC and aphasia: Widening horizons? *Aphasiology* [online]. **18**(3), 245-263 [cit. 2022-01-15]. Dostupné z: <https://www.tandfonline.com/doi/pdf/10.1080/02687030344000571?needAccess=true>
- VAN RIJSSEN, Maren et al, 2021a. How do healthcare professionals experience communication with people with aphasia and what content should communication partner training entail. *Disability and Rehabilitation* [online]. **2**(1), 1–8 [cit. 2022-02-18]. Dostupné z: <https://doi.org/10.1080/09638288.2021.1878561>
- VAN RIJSSEN, Maren et al., 2021b. Ways to improve communication and support in healthcare centres according to people with aphasia and their relatives: a Dutch perspective. *Aphasiology* [online]. **10**(18), 1–14 [cit. 2022-02-21]. Dostupné z: <https://doi.org/10.1080/02687038.2021.1988505>
- VAN DE SANDT-KOENDERMAN, Mieke, 2004. High-tech AAC and aphasia: Widening horizons? *Aphasiology* [online]. **18**(3), 245-263 [cit. 2022-01-12]. Dostupné z: <https://doi.org/10.1080/02687030344000571>
- VOTAVA Jiří, 2021. Rehabilitace osob po CMP. *Neurologie pro praxi* [online]. (4), 184–189 [cit. 2022-01-20]. Dostupné z: <https://www.dermatologiepropraxi.cz/magno/neu/2001/mn4.php>
- Talking to Series. Aphasia Institute [online]. North York, ON cAphasia Institute [b.r.] [cit. 2022-02-23]. Dostupné z: <https://www.aphasia.ca/product-category/talking-to-series/>

Seznam tabulek

Tabulka č. 1: Bostonská klasifikace: základní charakteristika klinických syndromů afázie (Cséfalvay, 2007b, s. 18).....	17
Tabulka č. 2: Klasifikace afázie podle A. R. Luriji (Cséfalvay, 2003, s. 209 – tabulku sestavili Kaganová a Saling, 1992).....	23
Tabulka č. 3: Údaje o skupině informantů s afázií (zdroj: vlastní)	49
Tabulka č. 4: Údaje o skupině informantů na pozici zdravotnických pracovníků (zdroj: vlastní)	50

Seznam příloh

Příloha č. 1: Ukázka obrázků z databáze ParticiPics

Příloha č. 2: Komunikační tabulka

Příloha č. 3: Schéma polostrukturovaného rozhovoru pro osoby s afázií a zdravotnické pracovníky

Příloha č. 4: Informovaný souhlas

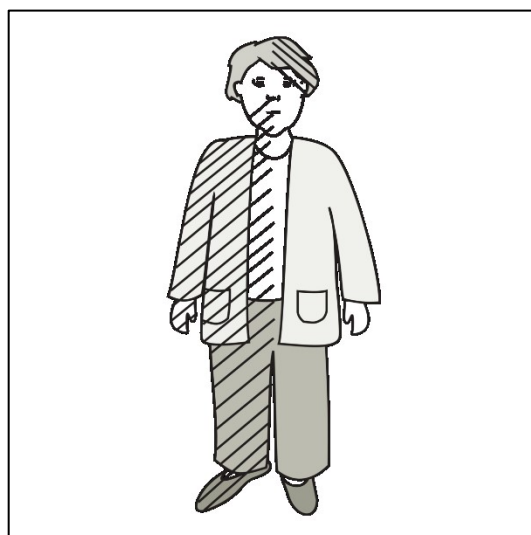
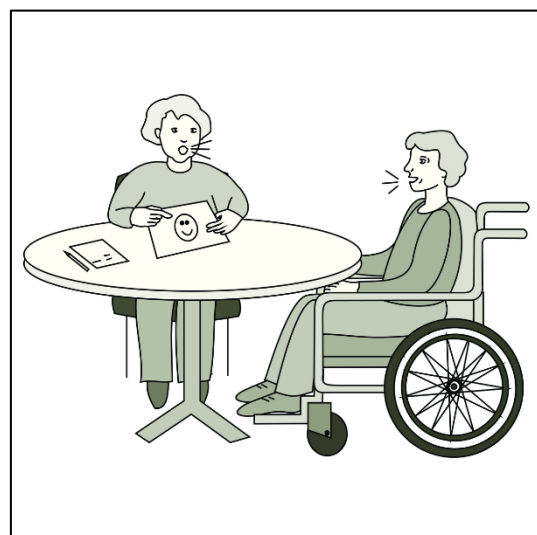
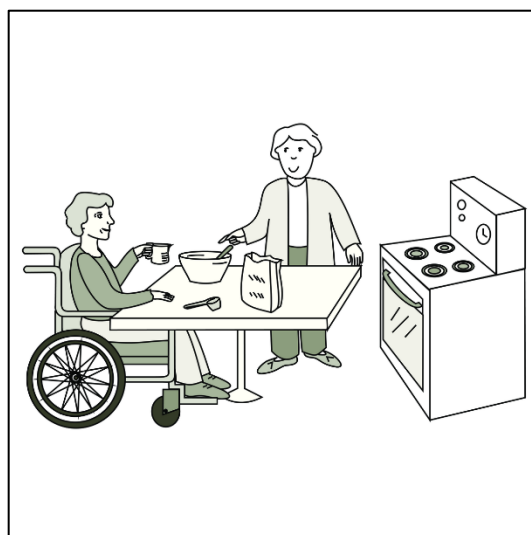
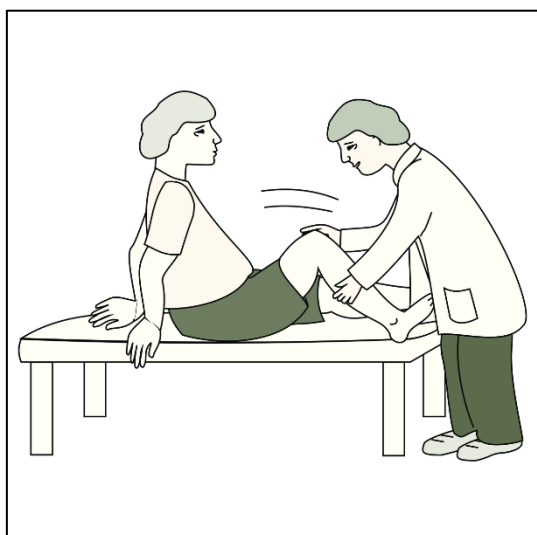
Příloha č. 5: Tematická analýza – postup tvorby témat

Příloha č. 6: Ukázka třídění datových úryvků do témat a subtémat

Příloha č. 1: Ukázka obrázků z databáze ParticiPics

(zdroj: ParticiPics. Aphasia Institute [online]. c2022. [cit. 2021-12-16]. Dostupné z:

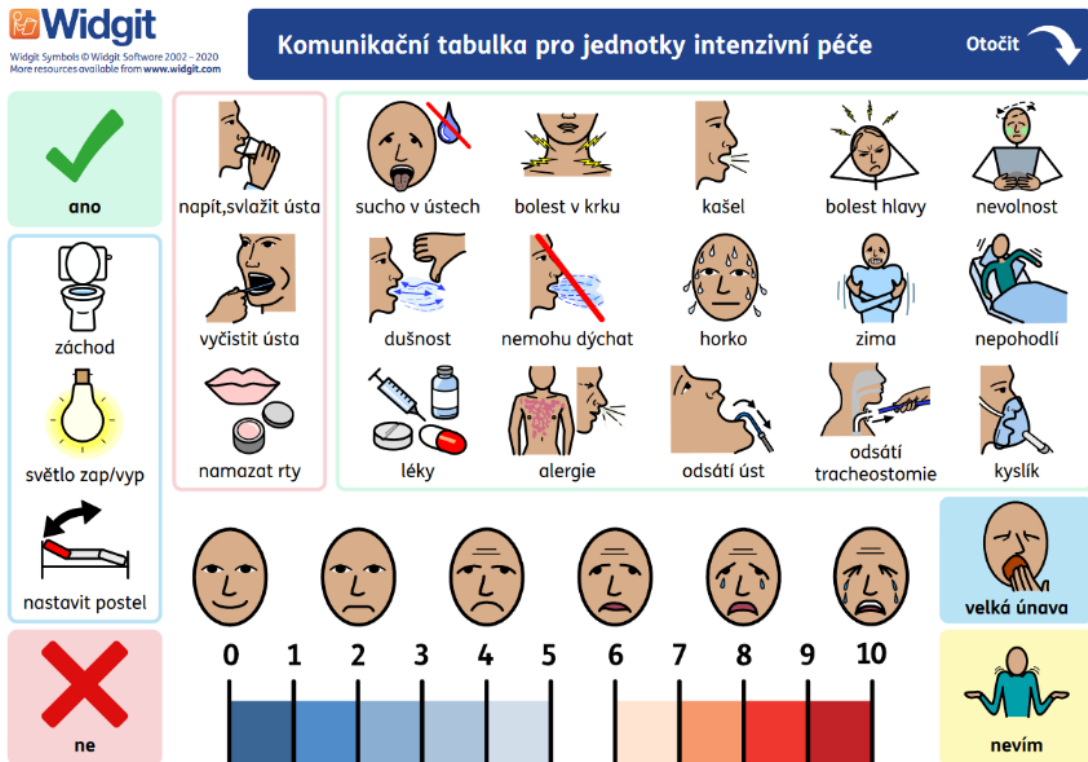
<https://portal.peeristics.com/public/participics>)



Příloha č. 2: Komunikační tabulka





















(zdroj: Pomůcky. SPC pro děti s vadami řeči [online]. c2009-2022 [cit. 2022-02-11].

Dostupné z: <https://www.alternativnikomunikace.cz/soubor-komunikacni-tabulka-pro-nemocnice-zamereni-na-covid-264-.pdf>





Widgit Komunikační tabulka pro jednotky intenzivní péče Otočit ↻

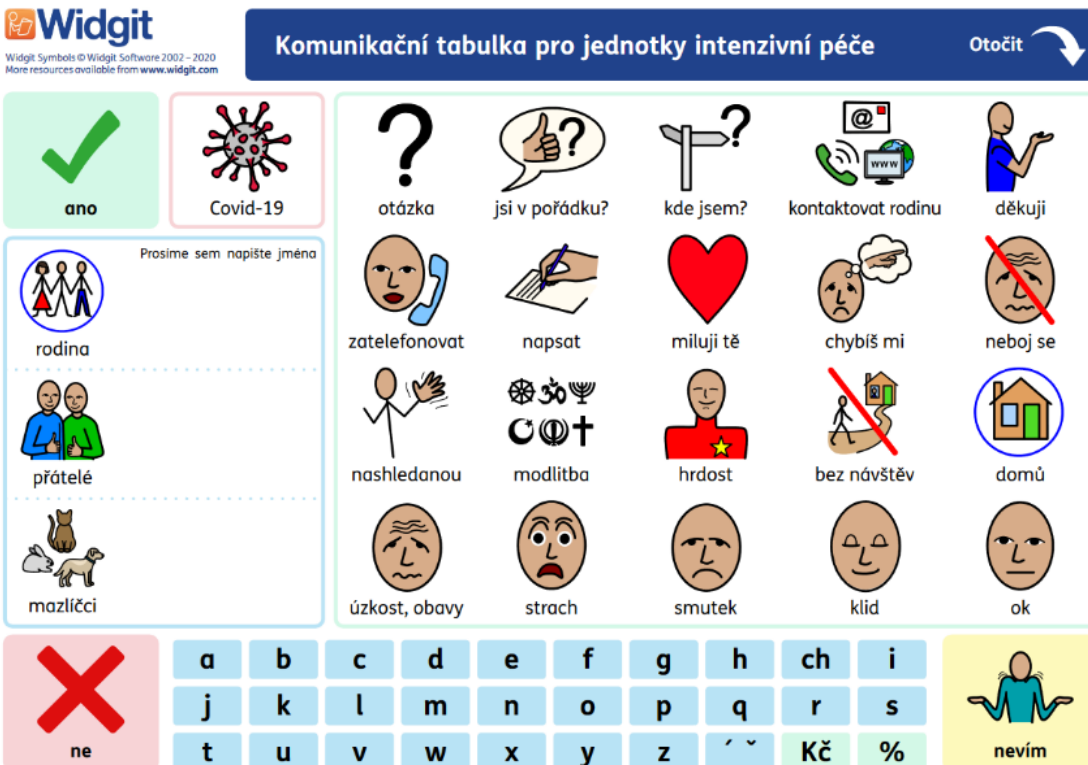
Widgit Symbols © Widgit Software 2002 - 2020
More resources available from www.widgit.com

✓ ano	 napít, svlažit ústa	 sucho v ústech	 bolest v krku	 kašel	 bolest hlavy	 nevolnost
 záchod	 vyčistit ústa	 dušnost	 nemohu dýchat	 horko	 zima	 nepohodlí
 světlo zap/vyp	 namazat rty	 léky	 alergie	 odsátí úst	 odsátí tracheostomie	 kyslík

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

























➔  velká únava


➔  nevím




Widgit Komunikační tabulka pro jednotky intenzivní péče Otočit ↻

Widgit Symbols © Widgit Software 2002 - 2020
More resources available from www.widgit.com

✓ ano	 Covid-19	?	 otázka	 jsi v pořádku?	 kde jsem?	 kontaktovat rodinu	 děkuji
 rodina <i>Prosím sem napište jména</i>	 zatelefonovat	 napsat	 miluji tě	 chybíš mi	 neboj se		
 přátelé	 nashledanou	 modlitba	 hrdost	 bez návštěv	 domů		
 mazlíčci	 úzkost, obavy	 strach	 smutek	 klid	 ok		

➔  nevím

➔  ne

a	b	c	d	e	f	g	h	ch	i
j	k	l	m	n	o	p	q	r	s
t	u	v	w	x	y	z	'	Kč	%

Příloha č. 3: Schéma polostrukturovaného rozhovoru pro osoby s afázií a zdravotnické pracovníky

Schéma rozhovoru pro osoby s afázií

1. Jaké máte zkušenosti s komunikací se zdravotnickými pracovníky?
2. Jakou formou s vámi zdravotničtí pracovníci komunikovali? (mluvení, psaní, obrázky)
3. Používali zdravotníci nějaké pomůcky pro usnadnění komunikace? (kartičky s obrázky, papír a tužka, komunikační tabulka)
4. Používali zdravotníci nějaké postupy pro usnadnění komunikace? (tempo řeči, krátké věty, delší čas na odpověď)
5. O jakých tématech jste potřeboval se zdravotnickými pracovníky komunikovat?
6. Jak se vám dařilo vyjádřit vaše potřeby?
7. Jak se vám dařilo rozumět zdravotnickým pracovníkům?
8. Pokud jste nerozuměl, jak jste situaci řešil?
9. Rozuměl jste informacím o vašem zdravotním stavu?
10. Měla vliv na komunikaci přítomnost někoho z vaší rodiny?
11. Co vám ztěžovalo komunikaci se zdravotnickými pracovníky?
12. Co by vám usnadnilo komunikaci se zdravotnickými pracovníky?
13. Pomáhal vám logoped s komunikací se zdravotnickými pracovníky?

Schéma rozhovoru pro zdravotnické pracovníky

1. Jaké máte zkušenosti s komunikací s pacienty s afázií?
2. Jakou formou komunikujete s pacienty s afázií? (neverbální, verbální – mluvenou, psanou, jinou)
3. Používáte nějaké pomůcky pro usnadnění komunikace s pacienty s afázií?
4. Používáte nějaké postupy pro usnadnění komunikace s pacienty s afázií?
5. O jakých tématech potřebujete s pacienty s afázií komunikovat?
6. Jak se vám daří komunikovat potřebné informace pacientům s afázií?
7. Jak se vám daří rozumět obsahu sdělení pacientů s afázií?
8. Pokud vy nebo pacient s afázií jeden druhému nerozumíte, jak situaci řešíte?
9. Když informujete pacienta s afázií o jeho zdravotním stavu, jak postupujete, aby informacím rozuměl?

10. Má na kvalitu komunikace s pacientem s afázií vliv přítomnost jeho rodinného příslušníka?
11. Co ztěžuje komunikaci s pacienty s afázií?
12. Co by vám usnadnilo komunikaci s pacienty s afázií?
13. Spolupracujete s logopedem nebo absolvujete nějaké kurzy ohledně komunikace s pacienty s afázií?

Příloha č. 4: Informovaný souhlas

Informovaný souhlas s poskytnutím rozhovoru a jeho následným použitím pro účely diplomové práce Kateřiny Dolejšové

Téma diplomové práce: Komunikace mezi osobami s afázií a zdravotnickými pracovníky

Kontakt na výzkumnici:

Podpisem vyjadřuji souhlas s následujícími body:

- Byl/a jsem seznámen/a s podmínkami, cílem a obsahem výzkumného šetření.
- Souhlasím s účastí ve výzkumném šetření.
- Souhlasím s nahráváním rozhovoru.
- Souhlasím, že výzkumnice může v diplomové práci citovat poskytnuté informace.
- Byl/a jsem seznámen/a se způsobem, jak bude probíhat ochrana osobních údajů.
- Rozumím tomu, že mohu odmítnout odpovědět na jakoukoliv otázku a odstoupit od účasti ve výzkumném šetření.

JMÉNO ÚČASTNÍKA:

PODPIS ÚČASTNÍKA:

DATUM:

PODPIS VÝZKUMNICE:

DATUM:

Příloha č. 5: Tematická analýza – postup tvorby témat

Téma	Subtéma	Počáteční kódy
Užívané strategie	komunikační Forma komunikace	alternativní a augmentativní komunikace; verbální komunikace; neverbální komunikace; písemná forma; zpěv; multimodální komunikace
	Pomůcky k podpoře komunikace	obrázky; afatický slovník; psaná slova; tužka a papír; piktogramy; abeceda; nepoužívání pomůcek
	Dodržované postupy pro usnadnění komunikace	kladení otázek ano/ne; zpomalení tempa řeči, ověření porozumění; výběr slovní zásoby; kratší věty; komunikace tváří v tvář
Úspěšnost komunikace	Realizace komunikačního záměru	úspěšná realizace; neúspěšná realizace; změny s postupujícím časem
	Porozumění obsahu sdělení	úspěšné porozumění; neúspěšné porozumění; změny s postupujícím časem
Komunikační bariéry	Bariéry vztahující se k prostředí zdravotnického zařízení	stresující prostředí; rušné prostředí; nedostatek soukromí; koronavirová opatření
	Bariéry na straně zdravotnických pracovníků	špatná spolupráce v týmu; neochota; únava; specifická slovní zásoba; neznalost postupů
	Bariéry na straně osob s afázií	přidružené obtíže; obavy z budoucnosti; ztráta motivace
Facilitátory komunikace	efektivní Role logopeda	logoped jako poradce; přítomnost logopeda; pozice logopeda v multidisciplinárním týmu; poskytování logopedické intervence
	Podpora rodiny	motivování pacienta; přítomnost rodinného příslušníka jako pozitivní vliv na komunikaci; rodinný příslušník jako prostředník

	Osobnostní předpoklady	snaha o osobní zlepšení; informovanost o možnostech komunikace; trpělivost; ochota
Návrhy na zlepšení komunikace	Vzdělávací aktivity	celoživotní vzdělávání; kurz obecné komunikace s afatiky; kurz komunikace pro jednotlivé profese
	Vybavení zdravotnického zařízení	zlepšení dostupnosti pomůcek; zlepšení provedení pomůcek; technické vybavení; erární kompenzační pomůcky
	Častější kontakt s logopedem	-

Příloha č. 6 – Ukázka třídění datových úryvků do témat a subtemat

Rozhovor s informantkou Z1

T: Jaké máte zkušenosti s komunikací s afatiky?

Z1: S afatiky pracuji asi deset let a ta komunikace rozhodně není jednoduchá. **Chce to hodně trpělivosti a pochopení, to teda někdy na obou stranách (smích). Pořád mám na čem pracovat.**

T: Jakou formou komunikujete - používáte verbální, neverbální, nebo jinou komunikaci?

Z1: Rozhodně **verbální i neverbální. Afatici ne vždy verbální komunikaci rozumí. Protože jsme tady multidisciplinární tým, máme logopeda, psychologa, většinou se řídíme po vyšetření tím, co nám doporučí. Jestli je lepší používat třeba kartičky, afatický slovník nebo na co jim dokázali reagovat. Nemám takový přehled jako oni (pozn.: logopedi nebo psychologové), ale tím, že nám dokáží poradit, tak pak využíváme to, co nám poradili. Snažíme se to v rámci terapií zařazovat. Každý fyzioterapeut to pak zařadí do své terapie.**

T: Využíváte i písemnou formu komunikace?

Z1: **Ano, využíváme, když na ni reagují.** Když na ní nereagují, tak ne.

T: Používáte nějaké pomůcky nebo postupy pro usnadnění komunikace?

Z1: Určitě. **Máme obrázky na ergo místnosti, ergoterapeutky je totiž využívají častěji. Ale fyzioterapeuti se hodně radí s logopedem a ergoterapeutem. Pro nás (pozn.: fyzioterapeuty) jde jen o to, abychom se dorozuměli. Já se hlavně snažím mluvit pomalu.**

T: A o jakých tématech potřebujete s afatiky komunikovat?

Z1: Pro nás je důležité, abychom mohli cvičit. Potřebujeme, aby se afatik orientoval na těle. K tomu **používáme gestikulaci, ukazování. S čím mívají afatici problémy je pravo-levá orientace a orientace v prostoru v situacích, kdy chceme použít pravou nebo levou ruku, přetočit se na lůžku, posadit se, přesun do cvičebny a podobně.**

T: Jak se vám daří komunikovat potřebné informace, které chcete sdělovat afatikům?

Z1: **No, ze začátku to jde těžko, než se na sebe naladíme, než si ten člověk zvykne, jak s ním jednáme, co po něm chceme, než nám porozumí. No a pak už se to jenom vylepšuje. Čím déle tu je, tím lépe se s ním dokážeme domluvit.**

T: A jak zvládají afatici porozumět tomu, co jim sdělujete?

Z1: Na tom pracujeme. Od začátku se snažíme, ale chvíli trvá, než se navážeme. Než zjistíme, jak rozumí nebo nerozumí. Musíme kontrolovat porozumění, protože odpovědi respektive reakce nebývají úplně adekvátní. Když se ale na sebe dokážeme naladit a dokážeme zjistit, na co nám afatici nereagují, tak pak daleko lépe komunikujeme. Na tom pracujeme po celou dobu, co jsou tady.

T: Mohla bych se zeptat, když jste říkala, že musíte kontrolovat porozumění, to děláte jak?

Z1: No tak u cvičení, když chci, aby pacient něco udělal, tak vidím podle jeho reakce, jestli mi rozumí. Jestli reaguje adekvátně. A kontroluju si taky otázkou, jestli mi rozumí.

T: A mohla byste prosím zhodnotit, jak se vám daří rozumět tomu, co vám sdělují afatici?

Z1: Většinou ano. Většinou rozumím.

T: Co tedy afatici ke komunikaci využívají?

Z1: Afatici využívají úplně všechno. Snaží se mluvit, když to nejde, tak ukazují, používají, co můžou. Občas i písemné projevy. Oni to po sobě dokáží i přečíst, což my rozhodně ne. Pro nás jsou to různé "klikyháky". Oni podle toho dokáží říct slovo, které to mělo znamenat.

T: Jak řešíte situace, kdy se vzájemně nedorozumíte?

Z1: Když se mi něco nedaří vykomunikovat a mám pocit, že by mi logoped mohl pomoci, tak s ním vždycky konzultuji. Jinak se snažím hledat i vlastní cestu, ale převážně se doptáváme, aby to bylo efektivní.

T: Jak informujete pacienta o plánech rehabilitace, aby informacím rozuměl?

Z1: Hlavně se snažím mluvit jednoduše, nepoužívám nějaké moc dlouhé věty. A pomalu. No a v případech, kdy bylo porozumění složité, jsme si většinou přivolali logopedku. Například když jsme chtěli něco zásadního sdělit a měli jsme pocit, že nám ten člověk nerozumí.

T: Komunikujete pouze přímo s pacientem, nebo jsou někdy přítomní i jeho rodinní příslušníci?

Z1: Vzhledem ke covidové situaci se to minimalizovalo, ale jinak jsme se snažili komunikovat i s rodinnými příslušníky.

T: A jaký vliv má na kvalitu komunikace s pacientem s afázií přítomnost jeho rodinného příslušníka?

Z1: Často to pomůže, hlavně když za pacientem chodí rodina, tak má s kým komunikovat a zlepšuje se jeho komunikace. A taky některé zdravotní informace a tipy, jak potom doma cvičit je dobré sdělovat rodinným příslušníkům.

T: Co ztěžuje vzájemnou komunikaci, ať už z okolních podmínek, nebo pro vás osobně?

Z1: Pokud si pacienty můžeme vzít na cvičebnu, máme na sebe klid. Pokud jsme na pokoji, tak je to mnohem těžší. Tam jsou další pacienti a chodí tam sestry a vůbec tam je víc rušivých elementů. Pro pacienta je těžší, aby se soustředil jenom na mě, když je v pokoji víc lidí. A ruch přichází i z venku, tam zrovna rekonstruují budovu.

T: Napadá Vás, co by vám komunikaci usnadnilo?

Z1: Občas nás při terapii ruší ošetrovatelský personál, například když přijdou dolít čaje a jiné "já jdu jenom" (*smích*). Terapii to hodně narušuje. Tam ještě nejsme tak daleko, abychom to vyladili, ale snažíme se. S některými se dá domluvit, ale je to pořád dost těžké.

T: A z pomůcek ke komunikaci, jako jsou afatické slovníky, komunikační tabulky nebo obrázky vám při práci něco chybí?

Z1: My máme k dispozici kartičky s obrázky, které si můžu při komunikaci používat, ale hodně si ukazujeme a jinak na rozvoji řeči pracuje logoped.

T: Jak hodnotíte spolupráci s logopedem?

Z1: Rozhodně se nám daří. V současné době sem dochází (*uvedeno jméno logopedky*) a pak sem ještě docházela (*uvedeno jméno logopedky*), s tou byla úžasná spolupráce. Podávala nám to ne až tak odborně, abychom to i my laici pochopili. Pro mě je potom daleko jednodušší s tím člověkem navázat komunikaci, když vím, co dělat. Terapie pak může být víc zaměřená, na to, co potřebujeme natrénovat, když nemám takové problémy se s tím člověkem vůbec dorozumět. Tam nám to hodně pomáhalo.

T: Máte za sebou nějaký kurz nebo školení ohledně komunikace s pacienty s afázií?

Z1: Ne, ale uvítali bychom, pokud by se nějaký kurz o komunikaci s afatiky pro terapeuty dělal. To by se určitě většina z týmu chtěla účastnit, protože to nám tedy hodně chybí a mohli bychom komunikovat lépe.