

Univerzita Karlova v Praze
Pedagogická fakulta

Katedra speciální pedagogiky

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

**Osoby s narušenou komunikační schopností
v ordinaci praktického lékaře
People suffering from communication disorders
in general practitioner's office**

Mgr. Květa Trčková

Vedoucí bakalářské práce: doc. PaedDr. Jiřina Klenková, Ph.D.

Studijní program: Speciální pedagogika

Studijní obor: Speciální pedagogika

2015

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci na téma „Osoby s narušenou komunikační schopností v ordinaci praktického lékaře“ vypracovala pod vedením vedoucí práce samostatně za použití v práci uvedených pramenů a literatury. Dále prohlašuji, že tato práce nebyla využita k získání jiného nebo stejného titulu.

V Praze, 10.4. 2015

.....

Děkuji vedoucí bakalářské práce paní docentce PaedDr. Jiřině Klenkové, Ph.D. za metodickou, pedagogickou i odbornou pomoc při tvorbě bakalářské práce, za její vstřícnost, trpělivost a věcné připomínky a za její upřímný zájem a čas, který této práci věnovala

ANOTACE

Bakalářská práce se zaměřuje na problematiku oblasti logopedie, která se zabývá narušením komunikační schopnosti u pacientů ordinace praktického lékaře. V práci jsou popsána jednotlivá narušení, se kterými se praktický lékař ve své praxi běžně setkává. Prostřednictvím kvantitativního výzkumu jsou ověřovány hypotézy a kvalitativní výzkum následně ukazuje narušení komunikační schopnosti z bližšího pohledu.

KLÍČOVÁ SLOVA

komunikace, řeč, narušení komunikační schopnosti, pacient, afázie

ANNOTATION

This thesis focuses on the issue in the speech-language pathology field, which concentrates on communication disorders of patients in a general practitioner's office. The thesis describes various disorders which the doctor deals with on a daily basis. With the help of quantitative research, hypotheses are verified, and consequently a qualitative research shows the communication disorders in more detail.

KEY WORDS

communication, speech, communication disorder, patient, aphasia

Obsah

1	Úvod	7
2	Teoretická východiska – obecná	9
2.1	Vymezení pojmů	9
2.2	Lidská komunikace	9
2.3	Narušená komunikační schopnost	10
2.4	Dospělý jedinec	11
3	Teoretická východiska – konkrétní	13
3.1	Narušení článkování řeči	13
3.1.1	Dyslalie	13
3.1.2	Dysartrie	14
3.2	Narušení zvuku řeči	15
3.2.1	Rinolalie	15
3.3	Narušení fluence řeči	15
3.3.1	Koktavost	15
3.3.2	Breptavost	16
3.4	Poruchy hlasu	17
3.5	Symptomatické poruchy řeči	18
3.5.1	Narušení komunikační schopnosti u osob s mentálním postižením	18
3.5.2	Narušení komunikační schopnosti u osob se sluchovým postižením	19
4	Afázie	21
4.1	Typologie afázie	22
4.2	Bostonská klasifikace afázie	22
5	Výzkumná část	24
5.1	Cíle výzkumu a metodologie	24
5.1.1	Metoda šetření	24
5.1.2	Charakteristika výzkumného vzorku	25
5.1.3	Zaznamenávání a zpracování informací	25
5.2	Vlastní šetření	26
5.2.1	Výsledky kvantitativního výzkumu	26
5.2.2	Výsledky kvalitativního výzkumu	40
5.3	Interpretace výsledků	50

5.3.1	Interpretace výsledků kvantitativního výzkumu	50
5.3.2	Interpretace výsledků kvalitativního výzkumu	52
6	Závěr	53
7	Seznam použitých informačních zdrojů	55
8	Seznam příloh	58

1 Úvod

*Motto: „Říkat je možné beze slov,
mluvit je možné jen díky slovům.“*

Anna Hogenová (2008)

Myslím, že je vhodné, aby člověk psal práci o něčem, čemu rozumí, nebo alespoň k čemu má blízko. Vzhledem k tomu, že pracuji jako zdravotní sestra v ordinaci praktického lékaře, zaměřila jsem svou bakalářskou práci na pacienty s narušením komunikační schopnosti z našeho pohledu. Tedy z pohledu zdravotníků, kteří se každodenně setkávají s nejrůznějšími problémy pacientů, z nichž mnozí se kromě jiného potýkají i s narušením komunikace.

Kvalitní komunikace je předpokladem úspěšného vztahu mezi pacientem a zdravotníkem. Je tedy i na nás, jakým způsobem a jakou formou pacientovi informace předkládáme a tím se sami podílíme na tom, zda naše informace správně pochopí. V ideálním případě je v oblasti komunikace na naší straně vše v pořádku a také pacient naše sdělení zaznamená pravdivě, v případě pochybností či dotazů tyto vyjádří. V běžné praxi však ideální situace nejsou. Pacienti přicházejí do ordinace s obavami o svůj zdravotní stav, jsou vystaveni nestandardní situaci, mohou očekávat různá, ne vždy příjemná, vyšetření. Mají tak právo být nervózní či roztržití, nemusí pochytit všechny informace nebo naše požadavky a celkově se mohou chovat odlišně než v běžných situacích. Pokud navíc bojují s poruchou řeči, sluchu či zraku, je to pro ně o to víc složitější.

Narušení komunikační schopnosti většinou pacienta limituje a znesnadňuje mu přirozenou cestou informace podat nebo přijmout a pochopit. Záleží samozřejmě na druhu narušení komunikační schopnosti a jeho hloubce. Pacienti v ordinaci praktického lékaře tvoří velmi různorodou skupinu lidí dospělého věku. V čekárně se tak může objevit čerstvě plnoletý muž s poruchou fluence řeči ve smyslu balbuties, který se dostaví pouze pro potvrzení nebo na preventivní prohlídku. Na druhé straně pak opakovaně přicházející senior s řadou chronických onemocnění, po několika mozkových příhodách či s postupující demencí, u něhož se prohlubuje afázie. Někteří pacienti mají jedno typické narušení komunikační schopnosti, u některých se narušení vzájemně prolínají. Některé pacienty toto narušení překvapí náhle, u jiných se časem pomalu zhoršuje stávající stav. Každé narušení komunikační schopnosti však člověka

v různých ohledech omezuje a znesnadňuje mu běžnou komunikaci a má tak dopady na rozličné oblasti každodenního života.

Tato práce by měla ukázat, jak velkou skupinu v praxi praktického lékaře tvoří pacienti s narušením komunikačních schopností. Ráda bych zjistila, o jak velkou část z těchto pacientů je logopedicky postaráno a jak sami toto narušení komunikace vnímají. Vzhledem k věkovému rozložení u našich pacientů jsem pak svou pozornost více zaměřila na problematiku afázie. Na několika kazuistikách bych ráda ukázala, jak se toto narušení komunikační schopnosti může u pacientů projevat.

Vzhledem k tomu, že jsem v dostupných pramenech nenašla obdobný výzkum, který by zjišťoval situaci komunikačního narušení u pacientů praktického lékaře, mohla by má práce být zajímavou sondou do této oblasti.

2 Teoretická východiska - obecná

2.1. Vymezení pojmů

Ráda bych na úvod teoretické části vysvětlila klíčové pojmy mé bakalářské práce. Jsou jimi: komunikace, řeč, narušení komunikační schopnosti, pacient a afázie.

Komunikací rozumíme sdělování informací, myšlenek, názorů a pocitů mezi živými bytostmi prostřednictvím společného systému symbolů.

Řeč představuje schopnost jedince vědomě používat výrazových prostředků za účelem vzájemné komunikace. Součástí řeči je výraz obličeje, gesta, mimika, předřečová vokalizace, dále pak slova a věty, ale i porozumění gestům a řeči jiných lidí.

O *narušení komunikační schopnosti* hovoříme, pokud narušení jedné nebo několika jazykových rovin současně negativně působí na komunikační záměr jedince.

Pacient je člověk nemocný nebo zraněný, který je v péči lékaře nebo tuto péči potřebuje.

Afázie je poruchou vyjadřování a chápání jazyka na podkladě poškození mozku.

2.2 Lidská komunikace

Komunikaci řadíme k základním potřebám lidí a zvířat. Lidská řeč je tím nejdokonalejším prostředkem komunikace a je tou nejčastější aktivitou člověka. Komunikací získáváme i předáváme informace, popisujeme, vysvětlujeme, vyjadřujeme pocity, nálady, můžeme vytvářet i ničit vztahy. Komunikace je nezbytná pro efektivní sebevyjadřování a je prostředkem pro vytváření a ovlivňování vztahů. (Mikuláščík, 2010)

Komunikační proces člověka zahrnuje tři důležité složky: řeč, sluch a hlas. Všechny tvoří nedílný celek komunikace a narušení jedné z těchto složek má vliv na komunikaci jako takovou. (Hahn, 2007)

Řeč je podle Kejklíčkové (2011) specificky lidská schopnost sdělování informací a vzájemného mezilidského dorozumívání. Většinou je chápána jako něco samozřejmého, nevěnujeme jí příliš pozornosti. Gadamer (in Klenková, 2006) dokonce charakterizuje jednu z vlastností řeči jako tzv. *sebezapomnění*, tedy že se na řeč jak takovou nesoustředíme, nevíme o ní, protože se skrze ni soustředujeme na to, co říkáme. Řeči si pak všímáme tehdy, když narazíme na nějakou překážku v normálním

a plynulém fungování. Sluch je druhý nejdůležitější lidský smysl. Kromě poskytování informací o akustickém prostředí umožňuje sluch dorozumívání mluvenou řečí a během mluvení zajišťuje zpětnou vazbou kontrolu mluvního projevu. Hlas pak tvoří zvukový základ slovní komunikace a je výrazem anatomického a funkčního stavu hlasového ústrojí, duševní pohody a tělesného zdraví. (Kejklíčková, 2011, Hahn, 2007)

Komunikačním kódem v procesu komunikace je jazyk. Podle Neubaera (2007) se skládá z jasně odlišených znaků, signálů a symbolů reprezentujících každý aspekt tohoto kódu. Jejich použití je podmíněno kognitivními procesy, zejména pamětí a pozorností a také intelektovými schopnostmi.

2.3 Narušená komunikační schopnost

Pojem narušené komunikační schopnosti velmi dobře vystihuje Viktor Lechta ve své definici: „O narušené komunikační schopnosti člověka mluvíme tehdy, když se některá rovina jeho jazykových projevů (případně několik rovin současně) odchyluje od zažitých norem daného jazykového prostředí do té míry, že působí interferenčně k jeho komunikačnímu záměru.“ (Lechta, 2002, strana 51).

Odchytky mohou být v rovině jazykových projevů: foneticko-fonologické, morfologicko-syntaktické, lexikálně-sémantické, pragmatické rovině nebo v kombinacích těchto rovin. Cséfalvay a Lechta (2013) dále uvádějí, že u dospělých můžeme narušenou komunikační schopnost (NKS) vztahovat vzhledem k:

- způsobu/formě komunikování, kdy se NKS týká verbální nebo neverbální formy komunikace, resp. její mluvené nebo grafické podoby
- průběhu komunikačního procesu, kdy se NKS týká vysílání informací (produkování), nebo přijímání informací (percipování)
- genezi, kdy může být NKS vrozená nebo získaná
- času/trvání, kdy NKS může být trvalá (chronická) nebo přechodná
- klinickému obrazu, kdy NKS v celkovém klinickém obraze dominuje nebo je symptomem nějakého dominujícího postižení, narušení nebo onemocnění
- reflektování, kdy může jít o částečné nebo úplné NKS

U dospělých lidí se mezi nejčastějšími příčinami NKS objevují poškození artikulačního aparátu na jeho různých úrovních, omezení fatických a kognitivních funkcí, smyslových orgánů či psychogenní faktory, a hereditární faktory.

Lechta (2013) také uvádí základní kategorie NKS:

- získaná porucha porozumění a produkce řeči v důsledku mozkové léze – afázie
- získaná psychogenní nemluvnost - mutismus
- narušení zvuku řeči – huhňavost
- narušení fluence řeči – koktavost, breptavost
- narušení článkování řeči – dyslalie, dysartrie
- poruchy hlasu – dysfonie, afonie
- kombinované vady a poruchy řeči – současný výskyt více druhů NKS
- symptomatické poruchy řeči – NKS při různých dominujících postiženích, onemocněních či narušeních
- narušení grafické stránky řeči – agrafie, alexie, akalkulie, dyslexie, dysgrafie, dyskalkulie

2.4 Dospělý jedinec

Je obtížné najít jednotnou všezahrnující definici dospělého jedince. Na dospělost se totiž jinak dívá biolog, jinak právník, pedagog, ale také sociolog nebo psycholog. Z biologického hlediska je za dospělého považován ten, kdo dosáhl fyzické zralosti. Z právního hlediska pak ten, kdo získal práva a povinnosti (tedy dosáhl plnoletosti, má právní zodpovědnost, může uzavřít sňatek nebo řídit auto...). Sociologický pohled zase definuje dospělého jako člověka, který převzal nové sociální role. Z pohledu psychologie je dospělým ten, kdo má stabilní formy chování, myšlení a prožívání. A pedagogika se zaměřuje na dospělého jako vychovatele následující generace. (Beneš, 2008)

Obecně je možné rozdělit dospělost na tyto etapy:

- mladá dospělost - období od 20 do 40 let
- střední dospělost - období od 40 do 50 let
- starší dospělost - období od 50 do 60 let
- rané stáří - období od 60 do 74 let
- pravé stáří - období nad 75 let

Vágnerová (2007) uvádí, že v době mladé dospělosti probíhají socializační změny, přijímání nových rolí a nových způsobů chování, dovršuje se morální vývoj, stabilizuje se emoční prožívání a mění se vztah ke společenským normám. Je to období intimity, uzavírání manželství a plození dětí.

Střední dospělost je vrcholem zralosti, kdy dochází k bilancování dosavadního života, někdy až k tzv. „ krizi středního věku“. Dále dochází ke změnám v oblasti intimity, ke stabilizaci emočního prožívání a mohou se rozvíjet schopnosti, které jsou podmíněny zkušenostmi. Důležitou změnou prochází i vztah s rodiči, kteří stárnou a mohou potřebovat větší péči a podporu.

V období staří dospělosti se postupně uzavírá profesní kariéra, dochází k vývojově podmíněným změnám v partnerském vztahu, jehož převládajícím aspektem je sdílení života a vzájemná opora při zvládnání životních zátěží. Rodina se dostává do fáze prázdného hnízda, dospělé děti odcházejí, uzavírají manželství a zakládají vlastní rodinu.

V období raného stáří dochází k proměně kognitivních funkcí, psychické funkce se zpomalují, snižuje se kvalita percepce, začíná se zhoršovat pozornost a paměť. Tyto změny nebývají rovnoměrné. Naučené funkce přetrvávají.

Období pravého stáří je charakterizováno postupně přibývajících zdravotními problémy, s nimiž je spojen úbytek soběstačnosti. Velkým problémem bývá sociální izolovanost a z ní vyplývající osamělost. Ztráta soběstačnosti vede ke zvýšení závislosti na jiných lidech a často i k vynucené změně života.

3 Teoretická východiska - konkrétní

Pro účely této bakalářské práce budou vybrána jednotlivá narušení komunikační schopnosti, se kterými se praktický lékař pro dospělé běžně ve své praxi setkává. Vzhledem k zaměření mé práce bude afázie popsána v samostatné kapitole.

3.1 Narušení článkování řeči

3.1.1 Dyslalie

Dyslalie nebo také patlavost je poruchou artikulace, kdy je narušena výslovnost jedné hlásky nebo skupiny hlásek a ostatní hlásky jsou vyslovovány dle příslušných norem správně. Dyslalie je nejčastější poruchou komunikační schopnosti u dětí. Je vývojovou vadou, která přetrvává po sedmém roce života dítěte jako výsledek nesprávného napodobování slyšených slov a následné fixace těchto mluvních stereotypů. Věkem se vlivem dozrávání jedince, vlivem čtení, psaní a logopedické intervence výskyt nesprávné výslovnosti snižuje. V dospělosti se setkáváme nejčastěji s vadnou výslovností hlásek R a Ř (rotacismus, rotacismus bohemicus) a pak též sykavek (sigmatismus). (Klenková, 2006)

Na dyslalii je možné dle Nádvorníkové (2003 in Klenková, 2012) nahlížet v úrovni fonetické, která se vztahuje na používání jednotlivých hlásek a je analytickou stránkou řeči. Projevuje se vynecháváním (delecí) hlásek, nahrazováním (substitucí) či nepřesným vyslovováním v místě artikulace (distorzí). Další úrovní je úroveň fonologická, která se týká užívání mluvních zvuků spojených do slabik, slov a vět, které jsou následně základem pro další řečové úrovně.

Dyslalii je možné z etiologického hlediska dělit na funkční, pokud jsou mluvidla bez poruchy a na organické, které jsou způsobeny změnami na mluvních orgánech, jako následky porušení sluchových drah nebo poruchami centrální nervové soustavy.

Podle rozsahu je popisována dyslalia universalis (mnohočetná dyslalie), kdy je postižena výslovnost většiny hlásek. Dále dyslalia multiplex, kdy je rozsah vadně tvořených hlásek o něco menší a řeč je lépe srozumitelná. Poslední skupinu tvoří dyslalia simplex (parciální dyslalie) jako vada jedné nebo několika hlásek. (Klenková, 2006)

3.1.2 *Dysartrie*

Dysartrie patří mezi poruchy motorické realizace řeči a vzniká na základě organického poškození centrálního nervového systému nebo v důsledku poškození nervosvalového přenosu či svalu samotného. Poškození motorického systému může způsobit parézu, poruchu tonu či poruchu koordinace artikulačního svalstva. Často bývají při dysartrii přítomny poruchy polykání.

Dysartrie může vzniknout u dospělých nebo dětí náhle jako důsledek cévní mozkové příhody, úrazu hlavy, nádoru, infekčního onemocnění nebo degenerativního onemocnění. Závažnost poruchy je dána závažností vyvolávající příčiny. Příznaky dysartrie závisí ve velké míře na lokalizaci a rozsahu léze a na charakteru základního onemocnění. V různé míře je narušena respirace (dýchání může být povrchní, nekoordinované či přerývané), fonace (hlas může být nepřírozně tichý, hlasitý či kolísavý), rezonance (řeč může mít nosový charakter), artikulace (řeč může být setřelá, namáhavá či nekoordinovaná) a prozodie řeči (narušeno může být řečové tempo, rytmus nebo frázování)

Nejzávažnější poruchou motorické realizace řeči je anartrie, která se projevuje prakticky nemožnou verbální komunikací s okolím, neschopností artikulované mluvy a často i ve spojení s neschopností tvořit hlas – afonií. (Neubauer, 2007, Lechta, 2013, Kejklíčková, 2011, Lebedová, 2008)

Při dysartrii pacient rozumí mluvenému i čtenému a je schopný psát. Není tedy narušeno používání jazykového systému. Podle celkové srozumitelnosti můžeme dysartrii dělit na: lehkou, kdy je mluvená řeč méně kvalitní, ale je srozumitelná, středně těžkou, kdy je řečová produkce hůře srozumitelná, a těžkou, kdy je řeč nesrozumitelná. Podle lokalizace léze v nervovém systému pak dysartrie dělíme na: korové, pyramidové, extrapyramidové, mozečkové, bulbární a smíšené. Jiné dělení vychází z klinických projevů. Pak hovoříme o dysartrii: flacidní, spastické, ataktické, hypokinetické, hyperkinetické, smíšené. (Lechta, 2013, Kalvach, 2012)

3.2 Narušení zvuku řeči

3.2.1 Rinolalie

Rinolalie neboli huhňavost je porucha zvuku řeči daná narušením rovnováhy ústní a nosní rezonance. Jde o patologicky změněnou nosovost v mluvené řeči s poruchou zvuku hlásek při artikulaci. (Klenková, 2012)

Podle toho, zda je nosní rezonance snižena nebo zvýšená, rozlišujeme zavřenou, otevřenou a smíšenou huhňavost. Zavřená huhňavost (rinolalia clausa, hyponazalita) je sniženou nosovostí, tedy nedostatkem podílu nazality na tvorbě řeči a hlasu. Důvodem je překážka v dutině nosní, která brání výdechovému proudu. Podle lokalizace překážky pak můžeme dělit hyponazalitu přední nebo zadní. Otevřená huhňavost (rinolalia aperta, hypernazalita) je zvýšenou nosovostí, tedy přebytkem podílu nazality na tvorbě řeči a hlasu. Projevuje se silným nosním zabarvením všech orálních hlásek. Vzniká následkem funkční poruchy nebo organické změny patrohltanového uzávěru, vrozeným zkrácením měkkého patra, úrazem apod.

Kombinací obou uvedených huhňavostí pak vzniká huhňavost smíšená (rinolalia mixta), kdy jde o kombinaci zvýšené nosovosti na základě patrohltanové nedostatečnosti a snížené nosovosti v důsledku organické překážky v oblasti nosu. Bezděčné střídání otevřené a uzavřené huhňavosti je střídavá či měnící se nazalita. (Klenková, 2006, Klenková, 2012)

3.3 Narušení fluence řeči

3.3.1 Kóktavost (*balbuties*)

Kóktavost patří mezi specifické (typické) poruchy fluence. Jde o generalizovanou poruchu koordinace činnosti svalových skupin, které se podílejí na motorické realizaci řeči. Patří k nejkomplicovanějším a nejnápadnějším narušením komunikační schopnosti. Kóktavost postihuje všechny věkové skupiny a má velký dopad na osobnost člověka. (Lechta, 2004)

Kóktavost se podle Lechty (2010) projevuje nedobrovolnými a nekontrolovatelnými pauzami, narušujícími plynulost procesu mluvení, současně s nadměrnou námahou při artikulaci a psychickou tenzí.

Nejčastější vznik koktavosti je v raném věku, kdy se vyvine z fyziologické neplynulosti. Tento stav ve většině případů spontánně zaniká. Pokud však dojde k setkání vývojových dysfluencí a rizikových faktorů (dědičnost, orgánové odchylky, CNS, nerovnoměrný vývoj jazykových rovin, různé traumatizující zážitky, nevhodné reakce prostředí na neplynulosti v řeči dítěte, výsměch...), je daný jedinec ohrožen přetrvávající koktavostí. Na etiologii se tak mohou podílet faktory psychologické, kdy je koktavost psychickou reakcí na určitou situaci, pak somatické – endogenní příčiny (hyperkapnie, hyperacidita), a dynamický faktor – spasmus v oblasti hlasivek, spasmus svalstva, ataxie artikulačních orgánů v důsledku poruchy CNS, vrozené dispozice. (Hahn, 2007, Lechta, 2010)

Dysfluence u balbutiků se vyskytují nejčastěji na počátku promluvy, na počátku vět a ve slovech, která začínají hláskou p,t,k,m,b, atd. Také některé konkrétní komunikační situace mohou někdy výrazně ovlivnit plynulosti řeči. Je narušen počátek mluvního pohybu a v extrémních případech není pacient schopen začít artikulovat vůbec. Původně neutrální podnět se stává signálem selhání řeči a vyvolává tak psychickou tenzi. Ztížená schopnost balbutika dorozumívat se řečí vede postupem času ke změnám v osobnosti. Nejdříve jde o nejistotu, později o obavy a nakonec se dotýčný začne řeči záměrně vyhýbat. Pak mluvíme o tzv. logofobii, která se může stát vedoucím příznakem a dotýčného omezuje v mnoha sociálních situacích, znesnadňuje výběr partnerů a přátel, volbu zaměstnání a profesního uplatnění či využití. Koktavost se tedy neprojevuje jen v motorické aktivitě, ale v celkovém projevu, postoji a chování. (Hahn, 2007, Laštovička, 1999, Lechta, 2004, Lechta 2010)

3.3.2 Breptavost (*tumultus sermonis*)

Oproti koktavosti, kde se jedná o narušení dynamiky řeči, je u breptavosti narušeno tempo a rytmus řeči. Jedná se o nespécifickou poruchu, která je odrazem kombinace psychických, lingvistických a fyziologických narušení. Dříve byla breptavost řazena spolu s koktavostí k řečovým neurózám. Dnes je řazena k centrálním poruchám na organickém podkladě. (Kejklíčková, 2011)

Příčiny breptavosti nejsou zcela objasněny, mezi možné faktory je počítána dědičnost, organický podklad, multifaktoriální a neurotické vlivy. Symptomy jsou patrné jak v řečovém projevu, tak v celkovém chování. Nejen mluva, ale i celková motorika bývá zbrklá, zrychlená a překotná. Řeč má překotné tempo, dochází

k vynechávání slabik, přeřikávání, komolení slov, vynechávání podstatných informací a celkově je řeč obtížně srozumitelná.

Breptavý si svou vadu neuvědomuje, trpí spíše okolí. Při dostatečné koncentraci se mluvní projev přechodně zpomalí a zlepší. Prognóza u dospělých je neurčitá, je třeba dlouhodobá odborná péče. (Klenková, 2006)

3.4 Poruchy hlasu

Verbální komunikace je dána možností tvoření hlasu, tedy fonací. Porucha hlasu je pak dána odchylkou ve výšce, síle a kvalitě hlasu vzhledem k věku, pohlaví, momentální situaci a prostředí, kde komunikace probíhá. Tato odchylka omezuje, ruší nebo znemožňuje komunikaci, ale může být i signálem závažného onemocnění. Poruchy hlasu se mohou vyskytovat samostatně nebo s jinými druhy narušené komunikační schopnosti, mohou být jako součást somatického, neurogenního či psychického onemocnění. (Hahn, 2007, Kerekrétiová, 2008)

Poruchy hlasu můžeme dělit na orgánové, kdy jsou jejich příčinou anatomické změny a na funkční, při kterých je nález anatomických struktur normální, ale je narušena funkce. Orgánové poruchy hlasu mohou souviset např. se záněty, nádory, hormonálními poruchami, anomáliemi hrtanu, úrazy. Funkční poruchy hlasu se vztahují zejména k přemáhání a nesprávnému používání hlasu a k psychogenním poruchám hlasu a hlasovým neurózám. U orgánových poruch dochází ke změnám hmoty hlasivek, což se projeví na snížené hlasové poloze, snížené intenzitě a kvalitě. Hlas je chraplavý nebo dyšný se šelestem. Při funkční poruše hlasu vzniká morfologická změna hlasivky až sekundárně. Mezi faktory, podílející se na vzniku poruch hlasu patří také chronická onemocnění (např. astma či sinusitidy), léčba antibiotiky, analgetiky, kortikosteroidy či hormony), ale také negativní účinky alkoholu, drog a kouření. Nejčastější příčina poruch hlasu je ale multifaktoriální, kdy jde o kombinaci více příčin poruch hlasu a v některých případech může být i příčina neznámá. (Hahn, 2007)

3.5 Symptomatické poruchy řeči

3.5.1 *Narušení komunikační schopnosti u osob s mentálním postižením*

Babiaková (2006, s. 306) definuje mentální retardaci takto: „*Mentální retardace patří k poruchám intelektu. Dochází při ní k nedostatečnému rozvoji intelektu a tím pádem ke snížení rozumových schopností. Toto snížení nemusí postihovat rovnoměrně všechny složky intelektu. Porucha je vrozená nebo vzniká v časném věku po narození. Příčiny jsou různé, svou roli mohou sehrávat dědičné vlivy a také může dojít k poškození mozku v perinatálním období z toxických, metabolických nebo traumatických příčin.*“

Klenková (2006) uvádí, že typ mentální retardace má vliv jak na vývoj řeči, tak na průběh osvojování si komunikačních schopností. Narušená komunikační schopnost pak vzniká u mentálně retardovaných na základě snížené mentální úrovně, opoždění v motorickém vývoji, nedostatečnou motorickou koordinací, častými poruchami sluchu, nepodněným prostředím, či anomáliemi mluvních orgánů.

Mezi nejčastější řečové vady u osob s mentální retardací patří dyslalie, rinolalie, balbuties, dysartrie a breptavost. Narušení se projevuje ve všech řečových rovinách a je ovlivněna stupněm snížení intelektu. (Klenková, 2006)

Verbální výkony mentálně retardovaných jsou snížené, omezené a zpomalené. V důsledku narušení vnitřních podmínek je vývoj řeči postižen do té míry, že nedosáhne normy. Velký rozdíl je patrný mezi úrovní aktivního a pasivního slovníku. (Valenta, 2012)

Valenta (2012) dále shrnuje, jak vypadá řeč mentálně retardovaných podle stupně snížení mentální úrovně.

Řeč u osob s hlubokou mentální retardací (IQ 0-19) zůstává komunikace na nižší pudové úrovni, kdy jedinci obvykle vydávají jenom neartikulované skřeky a stereotypně se opakující zvuky, které modulují podle svého aktuálního citového rozpoložení. Neprojevují mimiku ani nonverbální komunikaci.

Řeč u osob s těžkou mentální retardací (IQ 20-34) zůstává také na nižší pudové úrovni. Vyšší nervové činnosti tito jedinci nedosáhnou. V těžších případech vydávají jen různé neartikulované zvuky. Někteří jsou schopni jednoduchých posunků nebo si osvojit pár slov, ale bez pochopení vztahu k osobě.

Řeč u osob se středně těžkou mentální retardací (IQ 35-49) může dosáhnout úrovně první signální soustavy. Řeč ale zůstává na úrovni významových zvuků s prostými jednoduchými větami. Někdy opakují delší řečové celky, ale bez porozumění.

Řeč osob s lehkou mentální retardací (IQ 50-69) může dosáhnout i na úroveň druhé signální soustavy. Jedinci jsou schopni zevšeobecňování a abstrahování. Verbální schopnosti mohou být v běžných komunikačních situacích dostačující a jejich řeč tak nemusí být nápadná. Řeč může být gramaticky správná, i když mají problémy s naučením se výjimek gramatických pravidel.

3.5.2 Narušení komunikační schopnosti u osob se sluchovým postižením

Sluchové postižení je nejtěžší bariérou v komunikaci a jeho důsledky ovlivňují osobnost člověka (charakter, emotivní a volní sféru), dále se negativně odráží v oblasti poznávací (pocity, zvuky, představy) a v oblasti vztahů k prostředí (zejména sociálnímu). (Bulová, 2002)

Odchylky v řeči sluchově postižených jsou dány typem a stupněm sluchové ztráty. V obecné rovině má řeč sluchově postižených následkem nedostatečné nebo chybějící sluchové kontroly nižší úroveň a menší srozumitelnost. Myšlení vzniká nezávisle na řeči, je nepohotové, statické a založené na konkrétních pojmech. Vzhledem k narušení percepce řeči, je vývoj řeči omezen nebo blokován a nevyvíjí se vnitřní řeč. (Matušková, 2009, Bulová, 2002)

Důsledkem nedostatečné zpětné akustické vazby u sluchově postižených dochází ke změnám v oblasti artikulace, respirace, fonace i rezonance. Mluvená řeč sluchově postižených se tak stává nápadně odlišnou od mluvené řeči slyšících. (Čermáková, 2014, Martinková 2011)

Podle Krauhulcové (2002) jsou změny v artikulaci sluchově postiženého člověka ovlivněny zejména stupněm postižení (dále pak individuálními faktory). Čím větší je sluchová ztráta, tím silněji se projeví v artikulaci člověka. U těžké či velmi těžké nedoslýchavosti bývá artikulace shodná s artikulací neslyšících. V případech lehké nedoslýchavosti jsou změny ve výslovnosti od malých odchylek až po fyziologickou normu. Většinou se jedná o vyšší stupeň nosní rezonance. Krauhulcová (2002) pak dále na straně 84 uvádí: „*Sluchové ztráty smíšeného a percepčního typu nedoslýchavosti se většinou promítají do zhoršené výslovnosti sykavek, zhoršené výslovnosti „F“ a „CH“*“,

ze samohlásek bývají problematické „E“ a „I“ a zhoršení výslovnosti neznělých, později znělých exploziv, někdy hlásek „R“ a „Ř“.

Dýchání postrádá v průběhu mluvení osob se sluchovým postižením plynulost, dochází k dyskoordinaci mezi vdechem a výdechem (časté přerušování výdechu a nové doplňující vdechování), objevuje se dýchání ústy i nosem či hlasité dýchání. Změny fonace jsou také v přímé závislosti na stupni a typu sluchového postižení. Hlas sluchově postižených může být nezvykle vysoký či naopak nízký, nemusí odpovídat věku ani pohlaví člověka, může být nosový či chraptivý, může kolísat jeho výška a typická je také určitá monotónnost v intonaci a rytmu řeči. (Martinková, 2011, Bulová, 2002)

Narušena je i prozódie řeči, která má velký vliv na její srozumitelnost (přízvuk, intonace, rytmus, pauzy, hlasitost).

4 Afázie

Afázie je získané organické narušení jazykových schopností. Je to porucha užití individuálního jazykového systému, vícefaktorová snížená schopnost porozumět nebo používat slova a větší syntaktické celky. (Neubauer, 2007, Kalvach, 2010)

Koukolík (2000, s. 125) nahlíží na problematiku afázie následovně: „*Pacient stížený afázií není schopen přesně proměnit neslovní mentální reprezentace tvořící myšlení do symbolů a gramatického uspořádání jazyka a naopak – tvorba mentálních reprezentací myšlení ze slyšených nebo čtených vět je při některých druzích afázií postižena také.*“

Nejčastější příčinou afázie jsou cerebrovaskulární onemocnění, z čehož v cca 80 % případů se jedná o ischemické ložiskové léze a ve 20 % o mozkové krvácení. Při uzávěrech nebo zúžení mozkových arterií dochází k nedostatečnému krevnímu zásobení mozku. Je odhadováno, že jeden člověk ze tří set trpí dlouhodobou afázií v důsledku mozkového poškození, které bylo vyvolané mozkovou mrtvicí, poraněním hlavy, nádorem či degenerativním onemocněním mozku. (Neubauer, 2007, Sacks, 2011)

Obvyklé je dělení afázie na expresivní (afázie vyjadřování) a afázie percepční (afázie porozumění). Jsou-li přítomny oba typy najednou, pak hovoříme o afázii globální. Existují také přechodné formy afázie, které trvají pouze několik minut a objevují se např. během záchvatu migrény. Klinické syndromy tvoří kombinace různých deficitů a symptomů, mezi něž patří např. porucha plynulosti řeči, agramatismus, deformace slov (parafázie), poruchy pojmenování (anomie), poruchy porozumění řeči. Variabilita těchto symptomů je značná a jsou zde rozdíly jak interindividuální, tak i intraindividuální. (Sacks, 2011)

Mezi základní příznaky afázie projevující se v expresi řeči je anomie, což je narušená schopnost pojmenovat osoby, věci, činnosti, konkrétní či abstraktní jevy apod. Opis hledaného výrazu pak patří k hlavním kompenzačním strategiím. Dalšími typickými symptomy jsou stereotypie (opakování určitého jazykového fragmentu), parafázie – nahrazování slov jiným slovem, které je podobné nebo má stejný základ. Parafázie mohou být jak sémantické (významové), tak fonemické (tvar slova je deformovaný) až po žargonové parafázie či neologismy (těžká slovní deformace, ze které nelze vyvodit význam). Parafrázemi se označuje neschopnost správně sestavit větu. (Bachurová, Lebedová, 2008)

4.1 Typologie afázie

Vzhledem k plynulosti řeči rozdělujeme afázie na fluentní a na nonfluentní, které vznikají při předních lézích mozku (zejména ve frontálním laloku) a narušena je především produkce řeči a poruchy porozumění větám. Mezi fluentní afázie patří afázie Wernickeho, konduktivní, anomická a transkortikální sensorická. Mezi nonfluentní afázie patří afázie Brocova, globální, transkortikální motorická a smíšená transkortikální. (Klenková, 2006; Neubauer, 2007)

U nonfluentní afázie pacient produkuje jednoslovné odpovědi či kratší fráze, tempo řeči je zpomalené (50 a méně slov za minutu), řeč je namáhavá a těžkopádná. Nonfluentní afázie se často kombinují s dysartriemi. U fluentní afázie je řečové tempo v normě (okolo 150 slov/min) nebo je rychlejší. Prozodie řeči je většinou neporušená nebo může být i zvýrazněná. (Bachurová, Lebedová, 2008)

Afázie je možné klasifikovat z několika pohledů. Některé systémy jsou založeny na silných a slabých stránkách řečových modalit, jiné se opírají o lokalizaci léze a další vycházejí ze symptomatologie. Nejstarší a nejčastěji užívaný je Bostonský systém, který hodnotí čtyři percepčně-kognitivní schopnosti: pojmenování na základě zrakové percepce, fluenci spontánního řečového projevu, porozumění mluvené řeči a schopnosti opakovat verbální projev. (Obereignerů, 2012)

4.2 Bostonská klasifikace afázie

Brocova afázie vzniká při lézích levého frontálního laloku, zejména v okolí Brocovy oblasti. Jedním z nejzákladnějších příznaků tohoto typu afázie je agramatismus. Produkce řeči je nonfluentní, tempo řeči je výrazně zpomalené. Spontánní řečová produkce je velmi namáhavá, s pauzami a hledáním slov, někdy zredukována jen na jednoslovné odpovědi. Porozumění řeči je o něco lepší, pacienti nemusí mít problémy s porozuměním jednoduchým větám, u složitějších vět mohou selhávat.

Wernickeho afázie vzniká při lézi temporálního laloku. Nejvýraznějšími symptomy je porucha porozumění, opakování a pojmenování. Řeč je fluentní a dobře artikulovaná. Ve spontánní řečové produkci se objevují neologismy a velké množství parafází. Obsah informací v řeči je nízký, často se vyskytují tzv. prázdná slova. Čtení je narušené výrazně. Psaní může být po formální stránce zachované (motorický akt psaní není narušen).

Kondukční afázie je také označována jako afázie převodní a vzniká porušením spojů mezi přední a zadní řečovou oblastí. Typickým příznakem je problém v opakování slov a vět, a to i těch, které by ve spontánní řeči pacienta byly použité bez těžkostí. Jde o narušení ve fonologické rovině. Porozumění řeči je u většiny pacientů zachováno.

Transkortikální motorická afázie vzniká při lézi v oblastech řečiště arteria cerebri anterior před Brocovou areou, v blízkosti motorické oblasti. Je charakterizována zhoršenou spontánní řečí, ale zachovaným opakováním a porozuměním. Spontánní řečová produkce je minimální, řeč je téměř echolalická. Úkony na požádání pacient provede, tedy dobře rozumí. Své nedostatky v řeči si uvědomuje.

Transkortikální senzorická afázie vzniká při lézi zadních oblastí temporálního laloku. Produkce řeči je fluentní, pacienti jsou schopni produkovat i delší věty aniž by rozuměli významu. Porozumění řeči je narušené, psaní také, ale po formální stránce může být akt psaní nenarušen. Ačkoliv je sluch v pořádku, nemocný mluvenému nerozumí, řeč je nesrozumitelná, své chyby si neuvědomuje a zlobí se na své okolí, že mu nerozumí.

U *smíšené transkortikální afázie* mluvíme o syndromu izolace řečových zón, kdy léze vnikají v oblasti řečiště mezi arterie cerebri anterior a arteria cerebro media a v oblasti arteria cerebri posterior. Hlavními projevy jsou neschopnost porozumět a plynule mluvit. Zachováno je jen opakování a proto má řeč výrazně echolalický ráz.

Anomická afázie se také označuje jako amnestická afázie. Jedná se nejlehčí motorickou poruchu řeči, lokalizací poruchy je gyrus supramarginalis. Produkce je plynulá, nejvýraznějším příznakem je porucha vyhledávání slov v mentálním lexikonu nebo obtíže v přístupu k mentálním reprezentacím slov. Toto u nich způsobuje časté anomické pauzy. Porozumění je narušeno jen zřídka.

Globální afázie vzniká při rozsáhlých poškozeních dominantní mozkové hemisféry. Jde o komplexní poškození řečových funkcí, které danému jedinci znemožňuje komunikaci. Představují až třetinu afázií a nejčastější jsou v akutní fázi iktu. Někdy zůstává globální afázie jako trvalý jev, ale jindy se po čase může spontánně změnit. Výrazně zasažena je, zejména v počátečních fázích onemocnění, produkce řeči, porozumění řeči někdy i snaha o dorozumění se kresbou nebo psaním. (Kalvach, 2010, Neubauer, 2007, Obereignerů, 2012, Seidl, 2004)

Afázie se může v různě dlouhém časovém odstupu a v různém stupni upravit, přičemž míra zotavení záleží na míře zachované tkáně. (Koukolík, 2000)

5 Výzkumná část

5.1 Cíle výzkumu a metodologie

Cílem bakalářské práce je zjistit jak obsáhlou skupinu pacientů praktického lékaře tvoří pacienti, u nichž se projevuje nějaké narušení komunikační schopnosti, jakým způsobem jim toto narušení zasahuje do života a zda je u pacientů prováděna logopedická péče.

Na základě těchto obecných hledisek byly stanoveny hypotézy, jejichž ověřování je náplní empirické části této práce.

Hypotéza H 1

Minimálně každý desátý člověk, který přichází do ordinace praktického lékaře, vykazuje známky narušené komunikační schopnosti.

Hypotéza H 2

Mezi pacienty s narušenou komunikační schopností jsou více zastoupeny ženy než muži.

Hypotéza H 3

Dospělých pacientů s narušením komunikační schopnosti s věkem postupně přibývá.

Hypotéza H 4

Aktivní logopedická péče probíhá u pacientů s narušenou komunikační schopností v méně než 5 % případech.

5.1.1 Metoda šetření

Pro získání potřebných dat byl použit kvantitativní výzkum s využitím klinických metod i výzkum kvalitativní.

Z klinických metod kvantitativního výzkumu se jednalo o rozhovor a pozorování. Rozhovor probíhal se samotným pacientem, dále pak s pečující osobou či rodinným příslušníkem, který doplňoval informace tam, kde je nebylo možno spolehlivě zjistit v dané situaci (např. některé informace u pacientů s projevy demence).

Dále byla použita metoda pozorování, kdy byly sledovány verbální i neverbální projevy pacienta. Tato data byla doplněna kvalitativním výzkumem o informace z lékařské dokumentace, zejména pak v případě vybraných pěti pacientů s afázií, kde jsou výsledky šetření shrnuty do krátkých kazuistik.

Vlastní vyšetřování probíhalo v ordinaci praktického lékaře jako součást běžného chodu ordinace, který zásadním způsobem nenarušovalo. Pacienti o probíhajícím vyšetřování nevěděli, čímž bylo předejito i určitému zkreslení symptomů ze strany pacientů.

Šetření bylo možné u většiny pacientů opakovaně ověřovat, vzhledem k pravidelnosti návštěv v naší ordinaci. Převážnou dopolední ordinační dobou a klimatizovanou místností byly minimalizovány nežádoucí podmínky vyšetření.

5.1.2 Charakteristika výzkumného vzorku

Výzkumný vzorek tvořili pacienti ordinace praktického lékaře pro dospělé. Celkový počet pacientů je 1397. V období od 1. ledna 2013 do 31. října 2014, kdy výzkum probíhal, navštívilo ordinaci 1054 pacientů, z nichž většina opakovaně. Výzkumný vzorek tedy zahrnuje 1054 pacientů, což je 75,45% z celkového počtu registrovaných pacientů.

5.1.3 Zaznamenávání a zpracování získaných informací

Informace získané při pozorování a rozhovoru s pacientem byly zaznamenány do předem vyhotovených záznamových pozorovacích archů a případně doplněny o informace z lékařských záznamů. Aby byla zachována přirozenost situace byly informace zaznamenávány až po skončení vyšetření. Získaná data byla následně přenesena do tabulek a znázorněna graficky pomocí programu Microsoft Excel.

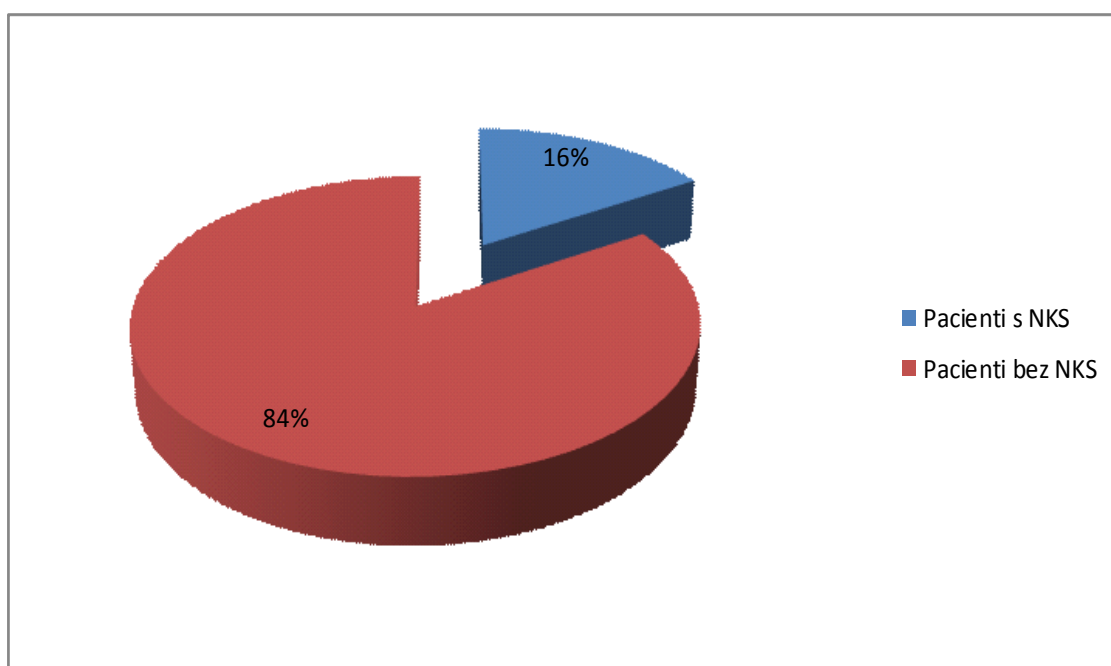
5.2 Vlastní šetření

5.2.1 Výsledky kvantitativního výzkumu

Tabulka 1 a její grafické znázornění pacientů praktického lékaře ve vztahu k narušení komunikační schopnosti (NKS)

Typ pacientů	Počet	%
Pacienti s NKS	171	16 %
Pacienti bez NKS	883	84 %
Celkem	1054	100 %

Tabulka 1



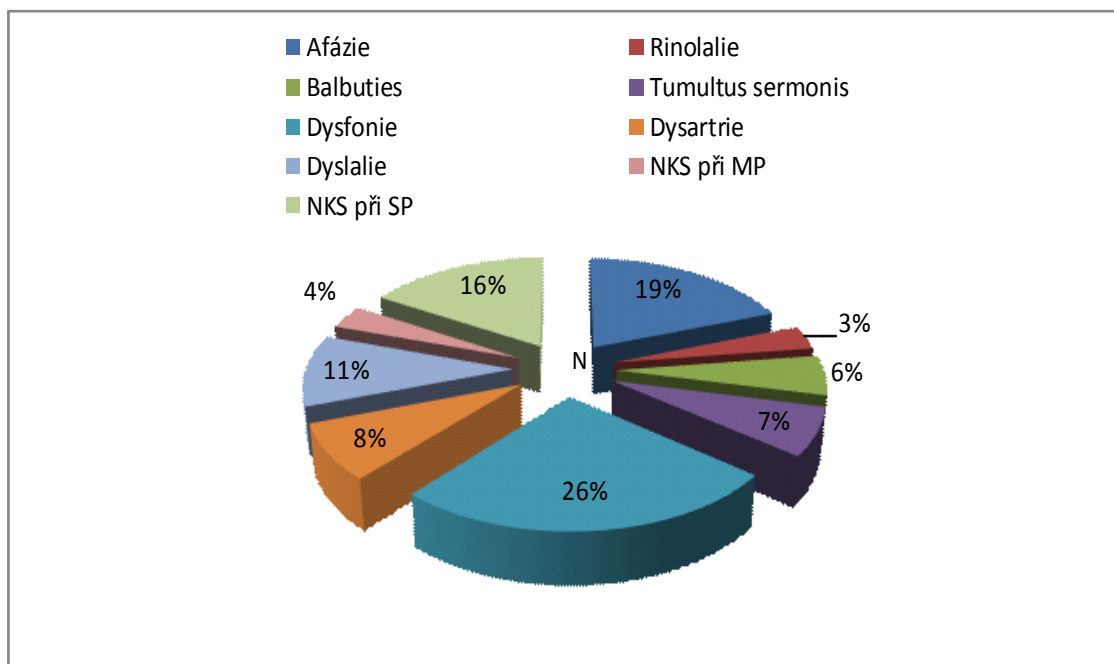
Graf 1

Tabulka 1 a graf 1 ukazují, že z celkového výzkumného vzorku 1054 pacientů praktického lékaře (dále jen pacientů) vykazovalo známky NKS celkem 171 pacientů. Data prezentovaná v následujících tabulkách a grafech se vztahují k tomuto celkovému počtu pacientů s NKS.

Tabulka 2 a její grafické znázornění jednotlivých typů NKS

Typ NKS	Počet	%
Afázie	33	19 %
Rinolalie	6	3 %
Balbuties	10	6 %
Tumultus sermonis	12	7 %
Dysfonie	44	26 %
Dysartrie	14	8 %
Dyslalie	18	11 %
NKS při MP	6	4 %
NKS při SP	28	16 %
Celkem	171	100 %

Tabulka 2



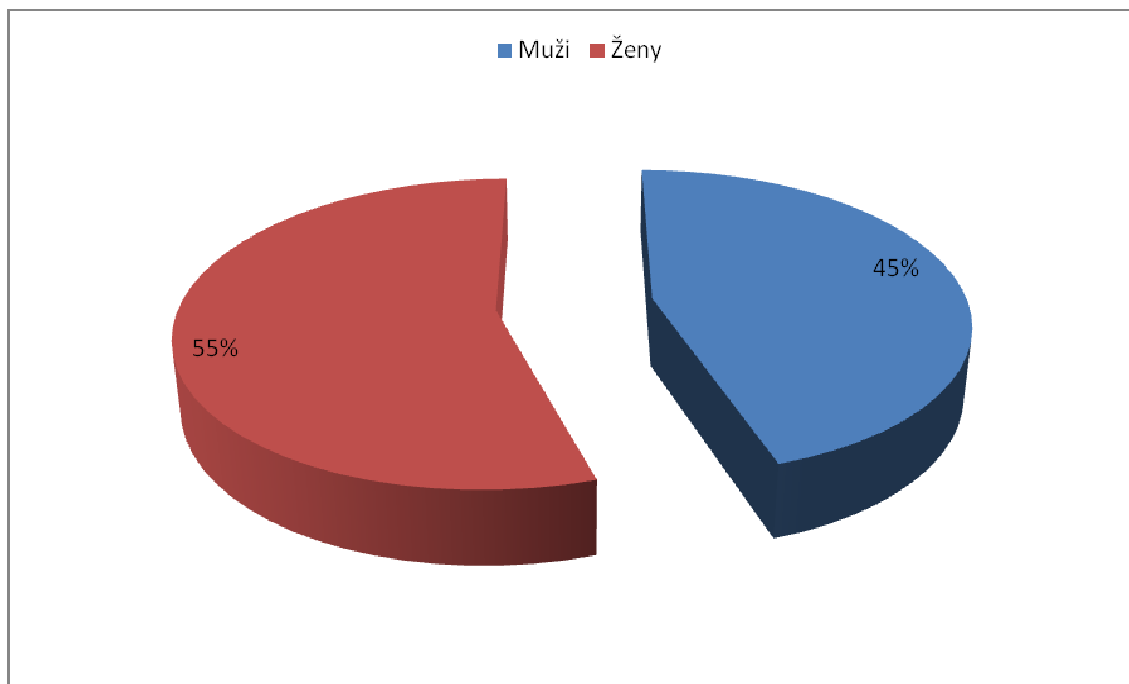
Graf 2

Tabulka 2 a graf 2 ukazují zastoupení jednotlivých typů NKS u pacientů, kdy největší část zaujmají pacienti s dysfonií (ve 26 %), afázií (v 19 %) a pacienti s NKS při sluchovém postižení (v 16 %).

Tabulka 3 a její grafické znázornění četnosti mužů a žen mezi pacienty s NKS

Pohlaví	Počet	%
Muži	77	45 %
Ženy	94	55 %
Celkem	171	100 %

Tabulka 3



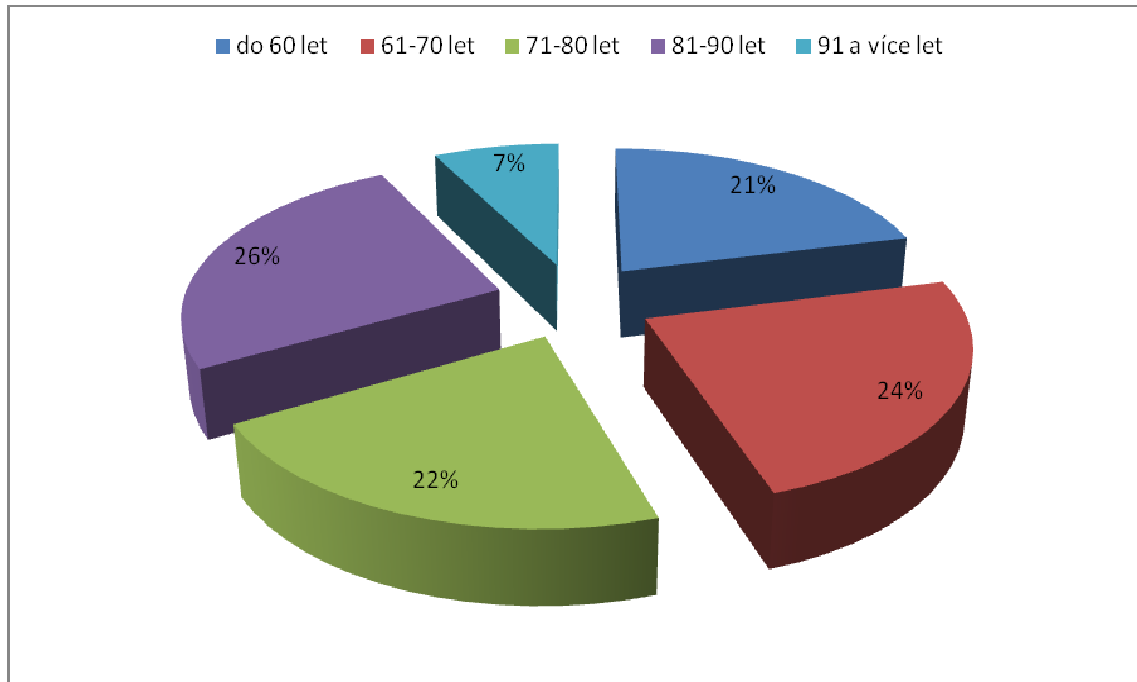
Graf 3

Tabulka 3 a graf 3 ukazují, že z celkového počtu jsou mezi pacienty s NKS v 55 % ženy a ve 45 % muži.

Tabulka 4 a její grafické znázornění věku pacientů s NKS

Věk	Počet	%
Do 60 let	36	21 %
61-70 let	41	24 %
71-80 let	37	22 %
81-90 let	44	26 %
91 a více let	13	7 %
Celkem	171	100 %

Tabulka 4



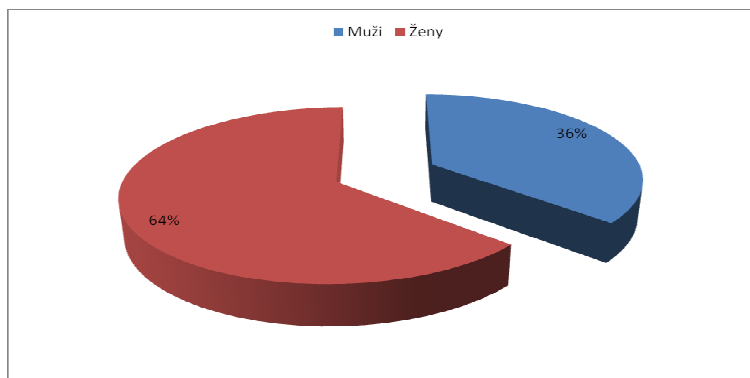
Graf 4

Graf 4 prezentuje výsledky věkového rozložení všech pacientů s NKS v ordinaci praktického lékaře. Zastoupení pacientů ve věku nad 91 let je nižší, ostatní věkové skupiny jsou zastoupeny vyrovnaněji. V největším počtu se objevují pacienti ve věku 81-90 let a pak ve věku 61-70 let.

Tabulka 5 a její grafické znázornění četnosti mužů a žen mezi pacienty s afázií

Pohlaví	Počet	%
Ženy	21	64 %
Muži	12	36 %
Celkem	33	100 %

Tabulka 5



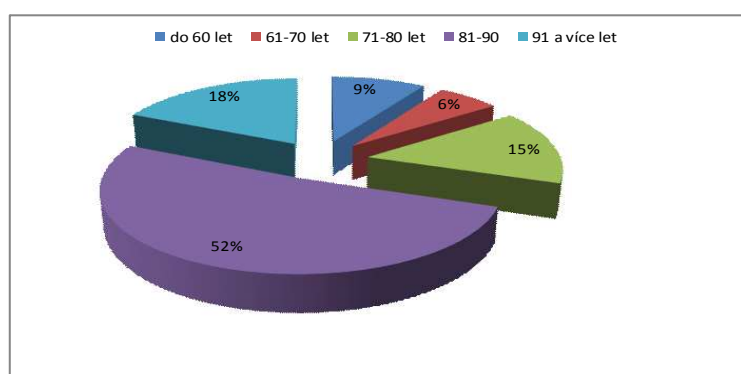
Graf 5

Tabulka 5 a graf 5 naznačují převažující zastoupení žen mezi pacienty s afázií. Ženy jsou zastoupeny v 64 %, muži v 36 %.

Tabulka 6 a její grafické vyjádření věku pacientů s afázií

Věk	Počet	%
Do 60 let	3	9 %
61-70 let	2	6 %
71-80 let	5	15 %
81-90 let	17	52 %
91 let a více	6	18 %
Celkem	33	100 %

Tabulka 6



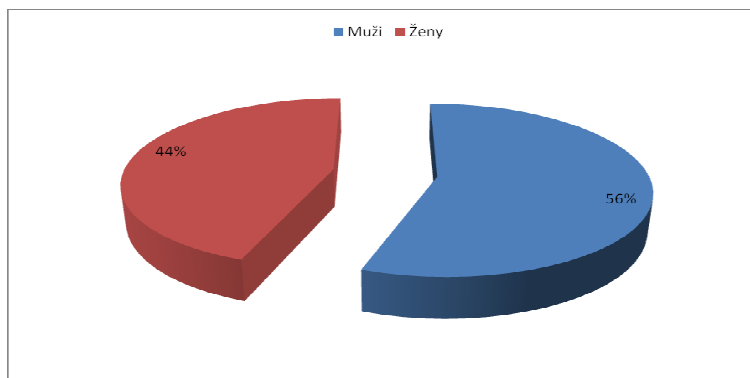
Graf 6

Tabulka 6 a graf 6 znázorňují u pacientů s afázií jasně převažující zastoupení (52 %) pacientů ve věku 81-90 let.

Tabulka 7 a její grafické vyjádření četnosti mužů a žen mezi pacienty s dyslalií

Pohlaví	Počet	%
Ženy	8	44 %
Muži	10	56 %
Celkem	18	100 %

Tabulka 7



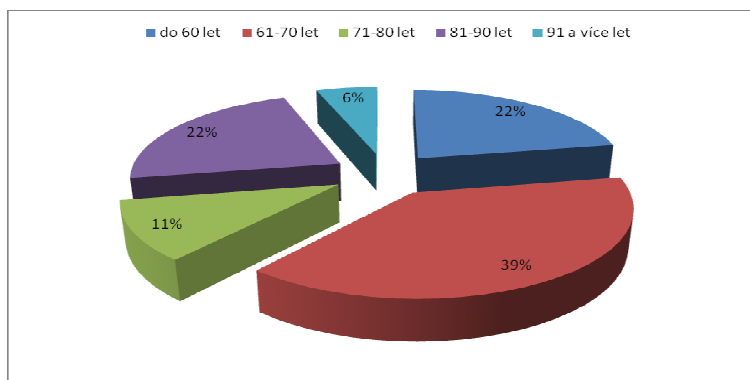
Graf 7

V grafu 7 je vidět, že u pacientů s dyslalií lehce převažují muži s 56 %.

Tabulka 8 a její grafické vyjádření věku pacientů s dyslalií

Věk	Počet	%
Do 60 let	4	22 %
61-70 let	7	39 %
71-80 let	2	11 %
81-90 let	4	22 %
91 a více let	1	6 %
Celkem	18	100 %

Tabulka 8



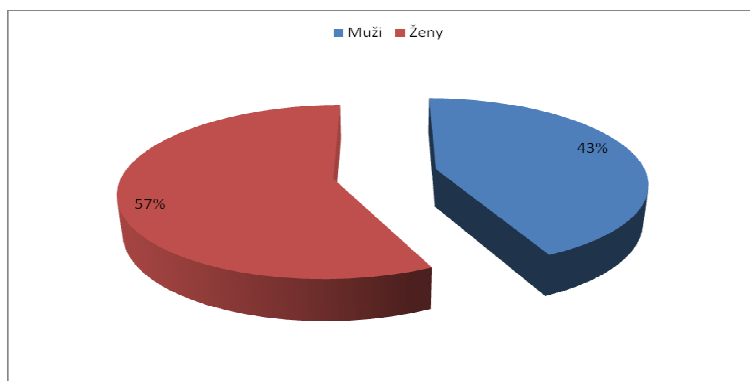
Graf 8

Z grafu 8 je patrné, že nejpočetnější skupinou s dyslalií je skupina pacientů ve věku mezi 61-70 lety, která zaujímá 39 %. Naopak nejméně početnou (se 6 %) je skupina pacientů ve věku 91 a více let.

Tabulka 9 a její grafické vyjádření četnosti mužů a žen mezi pacienty s dysartrií

Pohlaví	Počet	%
Ženy	8	57 %
Muži	6	43 %
Celkem	14	100 %

Tabulka 9



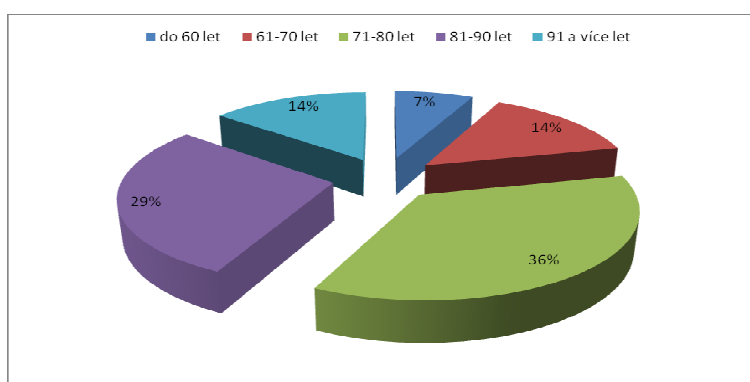
Graf 9

Z tabulky 9 a grafu 9 je patrné, že u pacientů s dysartrií jsou početněji zastoupeny ženy (v 57 %) oproti mužům (ve 43 %).

Tabulka 10 a její grafické znázornění věku pacientů s dysartrií

Věk	Počet	%
Do 60 let	1	7 %
61-70 let	2	14 %
71-80 let	5	36 %
81-90 let	4	29 %
91 a více let	2	14 %
Celkem	14	100 %

Tabulka 10



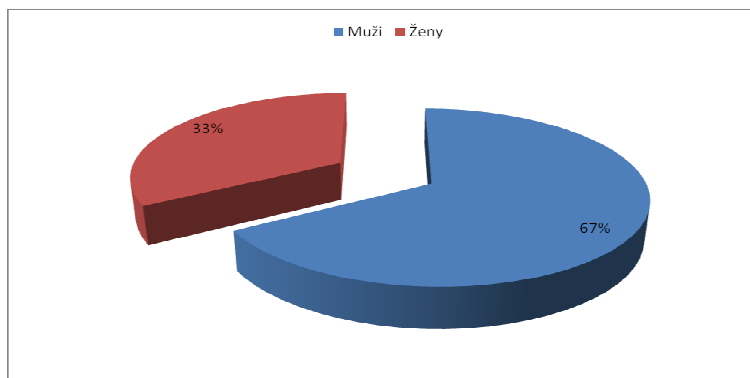
Graf 10

Tabulka 10 a graf 10 ukazují, že nejpočetnější skupinou mezi pacienty s dysartrií jsou pacienti ve věku 71-80 let (36 %) a 81-90 let (29 %).

Tabulka 11 a její grafické vyjádření četnosti mužů a žen mezi pacienty s rinolalií

Pohlaví	Počet	%
Ženy	2	33 %
Muži	4	67 %
Celkem	6	100 %

Tabulka 11



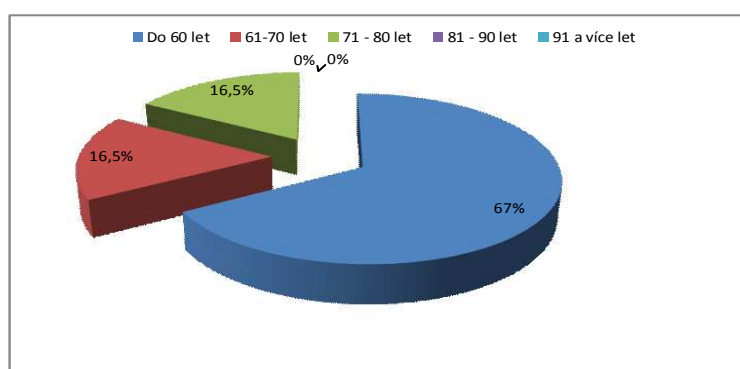
Graf 11

Tabulka 11 a graf 11 ukazují zastoupení mužů a žen mezi pacienty s rinolalií, kdy převažují muži (v 67 %) proti ženám (v 33 %).

Tabulka 12 a její grafické vyjádření věku pacientů s rinolalií

Věk	Počet	%
Do 60 let	4	67 %
61-70 let	1	16,5 %
71-80 let	1	16,5 %
81-90 let	0	0 %
91 a více let	0	0 %
Celkem	6	100 %

Tabulka 12



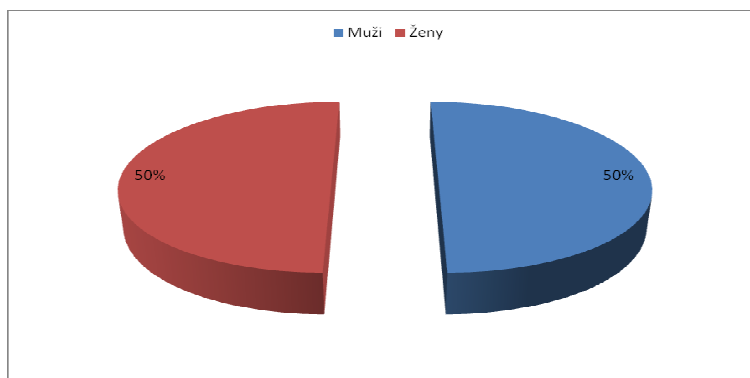
Graf 12

Tabulka 12 a graf 12 prezentují výsledky věkového zastoupení u pacientů s rinolalií. Z výsledků vyplývá, že jednoznačně převažují pacienti ve věku do 60 let (67 %), zatímco pacienti ve věku 81-90 let a 91 a více let zastoupeni nejsou vůbec.

Tabulka 13 a její grafické vyjádření četnosti mužů a žen mezi pacienty s balbuties

Pohlaví	Počet	%
Ženy	5	50 %
Muži	5	50 %
Celkem	10	100 %

Tabulka 13



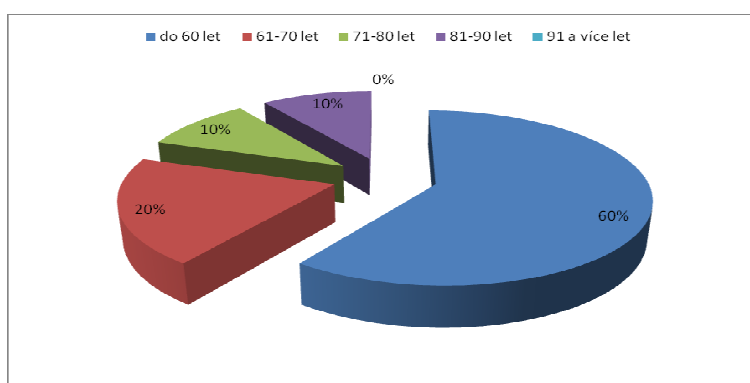
Graf 13

V tabulce 13 a grafu 13 je vidět rovnoměrné rozložení žen a mužů s balbuties, kdy jsou obě pohlaví zastoupena v 50 %.

Tabulka 14 a její grafické vyjádření věku pacientů s balbuties

Věk	Počet	%
Do 60 let	6	60 %
61-70 let	2	20 %
71-80 let	1	10 %
81 – 90 let	1	10 %
91 a více let	0	0 %
Celkem	10	100 %

Tabulka 14



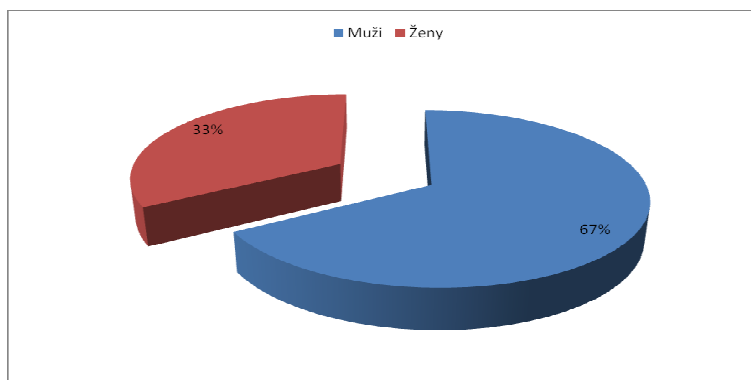
Graf 14

V tabulce 14 a grafu 14 je možno vidět, že největší zastoupení pacientů s balbuties je ve věkové skupině do 60 let (60 %). Pacienti s věkem nad 91 let nejsou zastoupeni vůbec.

Tabulka 15 a její grafické vyjádření četnosti mužů a žen mezi pacienty s tumultus sermonis

Pohlaví	Počet	%
Ženy	4	33 %
Muži	8	67 %
Celkem	12	100 %

Tabulka 15



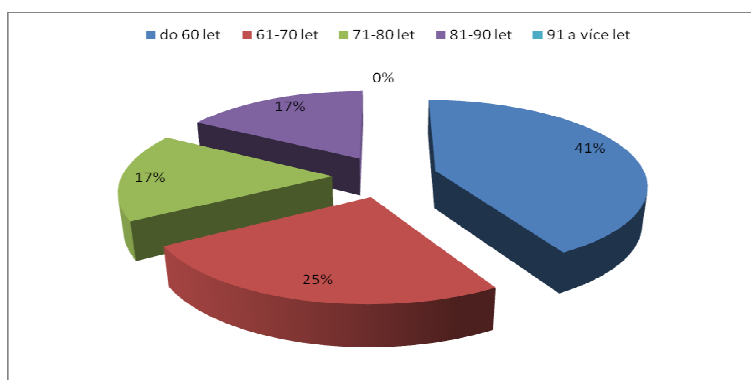
Graf 15

Z tabulky 15 a grafu 15 je patrné, že mezi pacienty s tumultus sermonis dominují muži, kteří jsou zastoupeni v 67 %, tedy dvakrát častěji než ženy (33 %).

Tabulka 16 a její grafické znázornění věku pacientů s tumultus sermonis

Věk	Počet	%
Do 60 let	5	41 %
61-70 let	3	25 %
71-80 let	2	17 %
81-90 let	2	17 %
91 a více let	0	0 %
Celkem	12	100 %

Tabulka 16



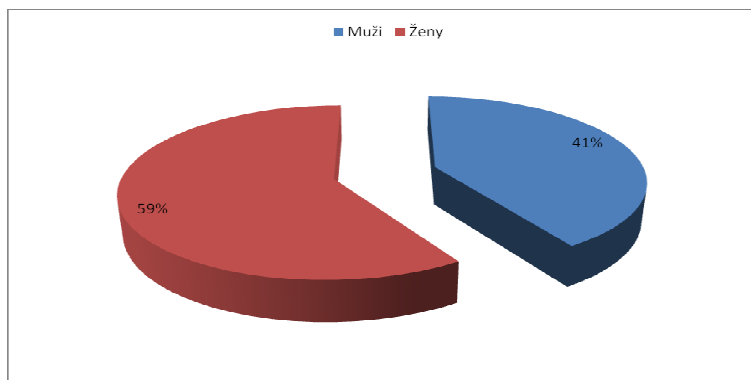
Graf 16

Tabulka 16 a graf 16 ukazují, že nejpočetnější skupinou pacientů s tumultus sermonis jsou pacienti ve věku do 60 let (41 %) a dále pak pacienti ve věku 61-70 let (25 %). Pacienti ve skupině 91 a více let nejsou zastoupeni vůbec.

Tabulka 17 a její grafické vyjádření četnosti mužů a žen u pacientů s dysfonií

Pohlaví	Počet	%
Ženy	26	59 %
Muži	18	41 %
Celkem	44	100 %

Tabulka 17



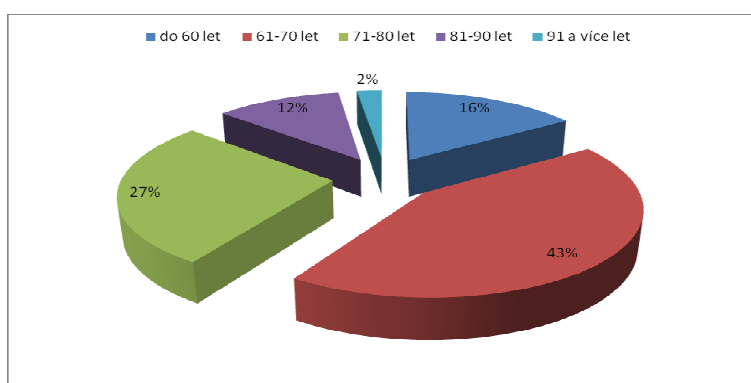
Graf 17

V tabulce 17 a grafu 17 je znázorněno zastoupení pacientek a pacientů s dysfonií, kdy ženy převažují v 59 % proti mužům (41 %).

Tabulka 18 a její grafické vyjádření věku pacientů s dysfonií

Věk	Počet	%
Do 60 let	7	16 %
61-70 let	19	43 %
71-80 let	12	27 %
81-90 let	5	12 %
91 a více let	1	2 %
Celkem	44	100 %

Tabulka 18



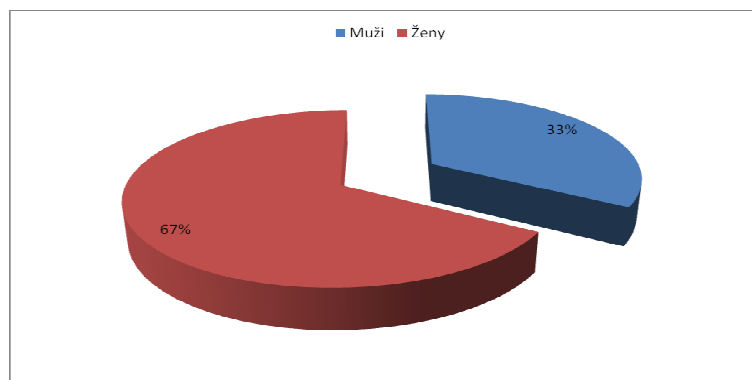
Graf 18

Tabulka 18 a graf 18 ukazují věkové zastoupení pacientů s dysfonií, kdy největší skupinou jsou pacienti ve věku 61-70 let (43 %), druhou největší skupinou pak pacienti ve věku 71-80 let (27 %). Nejmenší skupinu tvoří pacienti ve věku 91 a více let (2 %).

Tabulka 19 a její grafické vyjádření četnosti mužů a žen u pacientů s NKS při mentálním postižení

Pohlaví	Počet	%
Ženy	4	67 %
Muži	2	33 %
Celkem	6	100 %

Tabulka 19



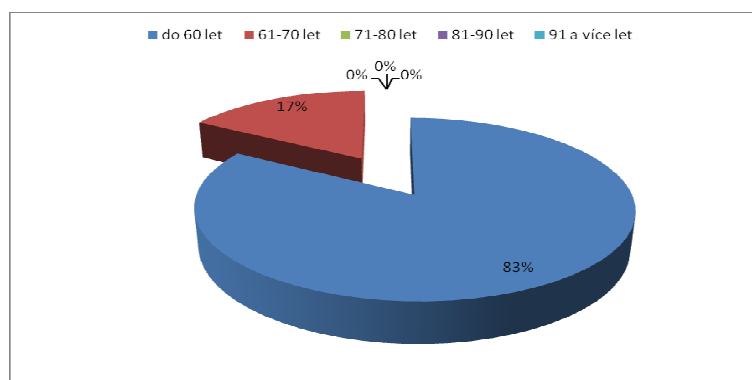
Graf 19

V tabulce 19 a grafu 19 je znázorněno zastoupení žen a mužů s NKS při mentálním postižení, kdy žen bylo dvakrát více než mužů. Tedy 67 % žen a 33 % mužů.

Tabulka 20 a její grafické vyjádření věku pacientů s NKS při mentálním postižení

Věk	Počet	%
Do 60 let	5	83 %
61-70 let	1	17 %
71-80 let	0	0 %
81-90 let	0	0 %
91 a více let	0	0 %
Celkem	6	100 %

Tabulka 20



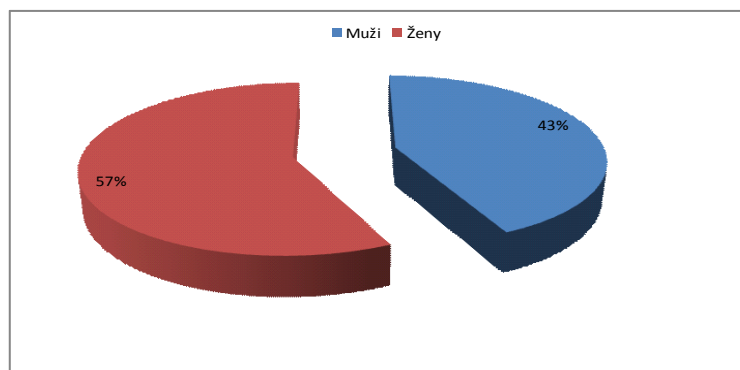
Graf 20

Tabulka 20 a graf 20 zaznamenávají, že pacienti s NKS při mentálním postižení jsou zastoupeni jen ve dvou skupinách – ve skupině pacientů ve věku do 60 let (83 %) a pak ve skupině pacientů ve věku 61-70 let (17 %).

Tabulka 21 a její grafické znázornění četnosti mužů a žen mezi pacienty s NKS při sluchovém postižení

Pohlaví	Počet	%
Ženy	16	57 %
Muži	12	43 %
Celkem	28	100 %

Tabulka 21



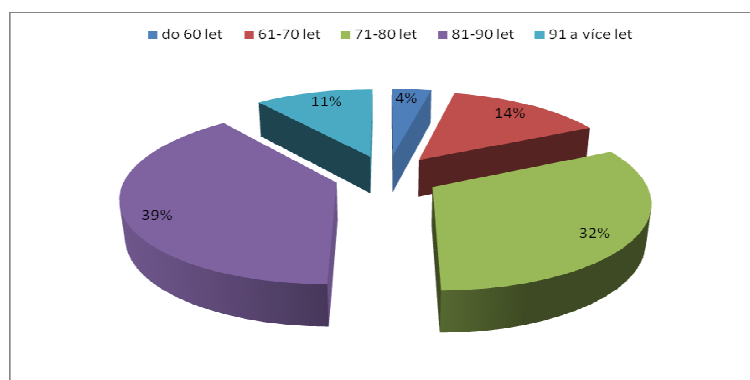
Graf 21

Tabulka 21 a graf 21 ukazují, že ve skupině pacientů s NKS následkem postižení sluchu převažují v 57 % ženy oproti mužům (43 %).

Tabulka 22 a její grafické znázornění věku pacientů s NKS při sluchovém postižení

Věk	Počet	%
Do 60 let	1	4 %
61-70 let	4	14 %
71-80 let	9	32 %
81-90 let	11	39 %
91 a více let	3	11 %
Celkem	28	100 %

Tabulka 22



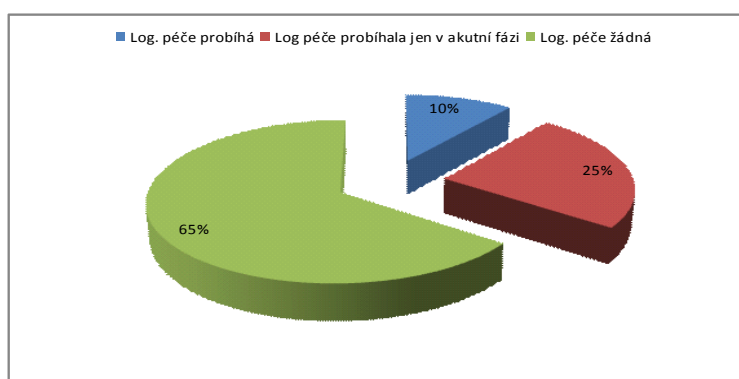
Graf 22

Z tabulky 22 a grafu 22 je patrné, že mezi dvě nejpočetnější skupiny pacientů s NKS následkem postižení sluchu jsou věkové skupiny 81-90 let (39 %) a 71-80 let (32 %). Naopak nejméně zastoupenou skupinou jsou pacienti ve věku do 60 let.

Tabulka 23 a její grafické znázornění logopedické péče u pacientů s NKS

Typ NKS	Log. péče probíhá		Log. péče jen v akutní fázi		Log. péče žádná		Celkem	
	počet	%	počet	%	počet	%	počet	%
Afázie	6		13		14		33	
Rinolalie	0		0		6		6	
Balbuties	6		2		2		10	
Tumultus sermonis	0		1		11		12	
Dysfonie	1		4		39		44	
Dysartrie	2		7		5		14	
Dyslalie	3		4		11		18	
NKS při MP	0		3		3		6	
NKS při SP	0		8		20		28	
Celkem	18	10%	42	25%	111	65%	171	100%

Tabulka 23



Graf 23

Tabulka 23 a její grafické znázornění ukazují, že ze 171 pacientů s NKS se aktivní logopedické péče účastní 18 pacientů a naopak žádnou logopedickou péčí nepodstoupilo (ani v minulosti) 111 pacientů.

5.2.2 Výsledky kvalitativního výzkumu

Kazuistika č.1

Základní údaje: IM, muž, 83 let

Zdravotní diagnóza: hypertenze, hypacusis, st. p. iCMP, AS encefalopatie

Osobní anamnéza: v sedmi letech prodělal záškrt, v témže roce spálu s komplikovaným zánětem ledvin a otitidou. Od té doby trpěl opakovaně středoušními záněty s následnou ztrátou sluchu vpravo. V mládí trpěl opakovanými angínami, ve třiceti letech podstoupil tonsilektomii. Prodělal operaci tříselné kýly, apendectomii s těžkým pooperačním průběhem a cholecystectomii. V 53 letech mu byla zjištěna hypertenze. Alkohol užívá jen příležitostně, nekuřák (dříve 15 cigaret denně).

Rodinná anamnéza: otec zemřel v 58 letech na ca střev, matka v 77 letech ochrnutá. Bratr zemřel v 63 letech na ca plic. Děti nemá.

Pracovní anamnéza: nyní starobní důchodce, dříve elektrikář, pak řidič u vojenské správy

Sociální anamnéza: vdovec, manželka zemřela před 17 lety, její smrtí byl velmi silně neurotizován. Žije sám v bytě v 2. patře panelového domu s výtahem. Jedinou příbuznou je jeho sestra s rodinou. Stýkají se však pouze občasně, panují mezi nimi neustálé spory. Sám si nakupuje, vaří i uklízí.

Současná anamnéza: v naší péči je pan M od roku 2005, předtím byl registrován u vojenského závodního lékaře. Do ordinace dochází jen nárazově při sezónních obtížích. Přes zjištěnou hypertenzi léky pravidelně neužívá. V roce 2008 přichází do ordinace zcela zmatený a není schopen se vyjádřit. Byl předán do FN v Motole. Následně přichází jeho sestra a sděluje, že byl hospitalizovaný s ischemickou cévní mozkovou příhodou a zároveň přináší zprávu z roku 2004, kterou zatajil a kde bylo uvedeno, že byl v listopadu 2004 hospitalizován pro tranzitorní ischemickou ataku s expresivní fatickou poruchou a v popisu CT jsou uvedena vícečetná ischemická ložiska mozku. Po návratu z nemocnice je kromě těžké nedoslýchavosti patrna expresivní afázie.

V roce 2010 nás kontaktuje rodina pana M, že asi 14 dní pozorují zhoršení stavu. Pan M se nemůže vyjádřit, přestává komunikovat, nevychází z bytu a má projevy agresivity. Byl vyšetřen neurologem, ale na CT jsou pouze starší ischemické změny a mírná difúzní atrofie mozku. Stav byl zhodnocen jako alterace při nejasném infektu.

Následující 2 roky na pana M dohlíží rodina. S tou se však pan M rozchází ve zlém a vzhledem k nemožnosti samostatného fungování pana M zajišťujeme domácí péči. Je dohlíženo na podávání léků, hydrataci a pečovatelská služba mu dováží obědy. Sluch i mluva se zhoršují, pan M rozumí jen velmi hlasité řeči a většinou se nedovede vyjádřit. Pro kompenzaci hypoakuze má naslouchadlo, které však nepoužívá. Podle pečovatelské služby se zapomíná během dne i napít a stále něco hledá. S penězi hospodaří sám, chodí si nakupovat. Kontakty na někoho z příbuzných nejsou funkční a od pana M není možné nějaký kontakt získat. Při návštěvě ordinace se většinou nepřiměřeně usmívá a není schopen říct, co potřebuje. Komunikace probíhá z naší strany posunky a pomocí psaných vzkazů a pan M kývne nebo vyjádří nesouhlas či rozpaky.

Na jaře 2013 v jídelně místní polikliniky kolabuje a krátce ztrácí vědomí. Je odvezen RZP do FN v Motole k dovyšetření. CT mozku je beze změn od minule, je popisována difúzní atrofie mozkové tkáně, AS encefalopatie. Po hydrataci a úpravě tlaku je propuštěn do domácího ošetření. Nadále jsou ošetřovatelské i pečovatelské úkony zajišťovány přes agenturu domácí péče.

V květnu 2013 je odeslán na interní kliniku pro korekci hypertenze. V té době nás navštívila jeho neteř, která přiznává, že situaci podcenili, že ji mrzí, že se s nimi strýček rozhádal a že nevěděla, v jakém stavu se nachází. Následně jsme kontaktováni Policií ČR s žádostí o sdělení zdravotního stavu pana M ve věci žaloby na neznámého pachatele. Neteř pana M byla zplnomocněna vyřizováním veškerých úředních záležitostí pana M. Tak se dozvídáme, že pan M byl častým návštěvníkem jistého bankovního ústavu, kde byl zřejmě váženým klientem a kde mu během dvou měsíců bylo provedeno několik bankovních operací. Z jeho účtu tak bylo postupně převedeno celkem přes 600 tis. korun. V té době pan M dochází do ordinace s neteří, stále se usmívá a při pokusu o řeč mohutně gestikuluje. Slovo, které pak s obtížemi „vysloví“ je spíše výkřikem a pozbývá smyslu. Porozumění je částečně zachováno, některým žádostem (při vyšetření) vyhoví.

V prosinci 2013 vypisujeme žádost o posouzení zdravotního stavu pro účely řízení o výši Příspěvku na péči a posudek jako součást žádosti o přijetí do domu seniorů se zvláštním režimem. Od poloviny února 2014 je pan M v tomto domově.

Kazuistika č. 2

Základní údaje: RF, žena, 89 let

Zdravotní diagnóza: vaskulární demence těžkého stupně, recidivující infekce močových cest, inkontinence

Osobní anamnéza: běžná dětská onemocnění, v mládí byla udávána chlopňová vada, žádné operace neprodělala, ve věku 78 let byla zjištěna cholecystolithiasis, po smrti manžela, který zemřel před 12 lety na ca plic - přechodně abusus alkoholu

Rodinná anamnéza: otec zemřel na ca plic v 70 letech, matka v 87 letech stářím, sourozence nemá, děti – 1 syn (diabetes)

Pracovní anamnéza: nyní starobní důchodce, dříve překladatelka a rozhlasová redaktorka

Sociální anamnéza: vdova, žije v rodinném domě se synem, snachou a vnučaty.

Současná anamnéza: v naší péči je paní F od roku 1988. Většina obtíží zahrnuje závratě, časté infekce močových cest a zhoršování hybnosti pro artritické bolesti a deformace kloubů. V roce 1997 je na přání paní F do zdravotní složky uložen souhlas k použití vlastního těla k vědeckým a výzkumným účelům. Stále hůře chodí, od roku 2000 je do ordinace přiváжена v doprovodu snachy nebo vnučky. Stěžuje si, že zapomíná a objevila se močová inkontinence. V roce 2005 je hospitalizována ve FN Motol pro TIA ve vertebrobasilárním povodí, je zjištěna encefalopatie. Po propuštění do domácího ošetření se o paní F stará snacha. Je zahájeno řízení pro bezmocnost. Pro paraparézu dolních končetin zvládne paní F jen s obtížemi přejít s holí po bytě, pobyt mimo byt už nezvládá. Potřebuje pomoci s velkou hygienou i s oblékáním. Jsou předepisovány inkontinenční vložky. Od roku 2008 se již nepostaví. Většinu dne paní F leží, na toaletu jí vozí rodina na pojízdném křesle. Orientace je zachována, dobře slyší a ráda si čte nebo sleduje televizi.

Od března roku 2009 se stav začíná dále zhoršovat. Objevují se stále častější stavy zmatenosti, poznává jen některé členy rodiny, přestala číst a pro inkontinenci jsou předepisovány už inkontinenční kalhotky. Začínají se rozvíjet kontraktury končetin a dekubity, rodina přestává péči zvládat. Je zajištěna domácí péče. Přes rehabilitaci a polohování pokračuje rozvoj kontraktur, stav se dále zhoršuje, objevují se potíže při polykání. Slovní kontakt je nevalidní, věty většinou nedávají smysl, někdy paní F používá německá slova. Přestává poznávat své blízké. Pro neschopnost perorálního příjmu je přijata na interní oddělení VFN. V krátké anestezii je zavedena parenterální

gastrostomie. Rodina si přeje nadále starat se o paní F v domácím prostředí. Od roku 2011 se stav v podstatě nemění. Paní F leží, nekomunikuje, na oslovení nereaguje nebo jen otevře oči. Všechny končetiny jsou ve flekčním postavení. Ani při polohování nevydává žádný zvuk, který by naznačoval bolestivost. Výživa a tekutiny jsou podávány sondou, léky po rozdrcení také. Pak je paní F krátce hospitalizována pro vypadnutí parenterální gastrostomie a dehydrataci. Z nemocnice se však vrací s několika dekubity, které se dohrají ještě několik měsíců.

V květnu 2014 je pro těžkou bronchopneumonii opět hospitalizována. V té době je při vědomí, nereaguje však již ani na oslovení, je patrna svalová atrofie a váha je 40 kg. Dolní končetiny jsou ve flekčním postavení v kolenou i kyčlích, přitažené až k hrudníku a nad břichem zkřížené. Horní končetiny jsou zaťaté v pěst a zkřížené před hrudníkem. Trvale odchází stolice. Po čtrnácti dnech hospitalizace paní F ve spánku umírá.

Základní údaje: VL, muž, 59 let

Zdravotní diagnóza: recidivující iCMP, stav po atypickém krvácení do ischemie, symptomatická epilepsie, trombofilní stav při Leidenské mutaci, recidivující povrchové flebotrombózy

Osobní anamnéza: běžná dětská onemocnění, vážné úrazy či operace v mládí neprodělal. Byl sledován pro recidivující flebotrombózy – na dolních končetinách 6x. Před 19 lety mu byla zjištěna Leidenská mutace. Je nekuřák, pravidelně několikrát týdně sportuje, zájmově vyučuje bojová umění. Roku 2006 byl hospitalizován pro náhle vzniklou poruchu řeči. Na CT se projevilo krvácení do ischemického ložiska temporookcipitálně vlevo. Následně při hospitalizaci došlo k ischemii a krvácení i vlevo. Pro expresivní afázii byla zajištěna logopedická péče. Na jaře 2007 došlo u pana L ke generalizovanému epileptickému záchvatu. Na kontrolním vyšetření magnetickou rezonancí bylo patrné čerstvé ischemické ložisko. V roce 2008 a 2009 se epileptické záchvaty opakovaly ještě celkem 5x, vždy s nutností intubace. V roce 2010 byl pan L hospitalizován pro rozvoj fatické poruchy, levostranné hemianopsie a pravostranné hemiparézy. CT vyšetření čerstvé změny neprokázalo a stav byl uzavřen jako fokální epileptický záchvat. Panu L byla změněna léčba a od té doby je zatím bez potíží.

Rodinná anamnéza: matka zemřela ve 33 letech při autonehodě, otec žije, má hypertenzi, pan L má dvě dospělé děti – jsou sledovány v hematologické poradně

Pracovní anamnéza: nyní je v invalidním důchodu, inženýr, programátor

Sociální anamnéza: je ženatý, žije s manželkou v rodinném domě

Současná anamnéza: v naší péči je pan L od léta roku 2012, kdy se přistěhoval. Přináší poslední nálezy z neurologie a dodává, že před půl rokem zahájil psychiatrickou léčbu pro deprese. Nyní se cítí dobře, působí klidným dojmem. Na jaře 2012 mu byl přiznán částečný invalidní důchod. Většinu času tráví na chalupě, opět začal cvičit a pracovat na počítači. Do ordinace pak dochází pravidelně po třech měsících pro léky. Působí klidným a rozvážným dojmem. Porozumění je zcela zachováno. Logopedická péče probíhala na žádost pana L celkem 5 let. Při komunikaci je patrné pouze váhání při výběru slov. V mobilitě pana L nejsou patrné žádné následky prodělaných příhod.

V srpnu 2014 přichází pan L s žádostí o posouzení zdravotní způsobilosti k řízení motorových vozidel. Vzhledem k tomu, že mu byl řidičský průkaz ze

zdravotních důvodů odebrán, podstupuje psychologické vyšetření - s kladným výsledkem. Lékaři z neurologické kliniky se s ohledem na úspěšnou léčbu a stacionární nálezy, vyjadřují také příznivě. Panu L je tedy řidičský průkaz vrácen, ale s omezením pouze na osobní vozidlo, jízdu jen za denního světla a do 50 km od místa bydliště. Do dnešního dne u pana L k žádným zdravotním komplikacím nedošlo.

Základní údaje: IS, žena, 70 let

Zdravotní diagnóza: stav po komplikované purulentní meningitidě – s bakteriální endokarditidou, intraspinálním abscesem a intaracerebrálním krvácení do mozečku a do temporálního laloku

Osobní anamnéza: běžné dětské nemoci, v mládí vážněji nestonala, většinou ji trápily časté infekce horních cest dýchacích. V 54 letech zjištěna hypertenze a diabetes II. Typu. V roce 1985 zjištěna oboustranná sinusitida.

Rodinná anamnéza: otec zemřel v 79 letech na infarkt myokardu, matka v 83 letech na komplikace diabetu. Paní S má 2 zdravé děti.

Pracovní anamnéza: nyní v důchodu, dříve hospodářka v základní škole

Sociální anamnéza: paní S je vdaná, žije s manželem v rodinném domě

Současná anamnéza: v naší péči je paní S od roku 1987. Většinou přicházela pro nepřestávající rýmu. Obvykle až za 1-2 měsíce od začátku potíží. Antibiotika většinou nedoužívala a většinu nachlazení přecházela.

V roce 2003 přichází po pěti týdnech s rýmou, teplotami nad 39 stupňů a kašlem. Antibiotika nezabírají, je odeslána na ORL, kde je zjištěna oboustranná sinusitida. Situace se dále opakuje, pro léčbu paní S přichází pozdě nebo vůbec. V roce 2007, 2009 a 2010 je opět diagnostikována jednostranná či oboustranná sinusitida.

Na konci roku 2012 přichází kvůli hnisavé rýmě a 3 týdny trvajícím kašli. Dostává antibiotika, na další kontrolu ale přichází až po třech měsících a uvádí, že antibiotika tehdy pomohla jen na chvíli a že po deseti dnech měla zase rýmu. Dále to však neřešila.

V únoru 2013 byla paní S hospitalizována na infekční klinice Nemocnice na Bulovce a následně operována pro intradurální empyém s edémem mozku. Dále se během hospitalizace projevuje krvácení do levé hemisféry mozečku a do temporálního laloku. Stav je dále komplikován endokarditidou a poruchami srdečního rytmu. Je přistoupeno k mastoidectomii, vzhledem k pravděpodobnému zdroji infekce v levém processus mastoideus. Po této operaci dochází k celkovému zlepšení stavu. Paní S se budí a začíná komunikovat. Došlo k paréze n. facialis vlevo a v oblasti levého ucha je patrna konečná hluchota. Zatím přetrvává inkontinence stolice a permanentní močový katetr je také nutno ponechat.

V květnu 2013 je paní S přeložena na rehabilitační kliniku. Nyní je manželem doprovázena na pravidelné kontroly. Stav se po více jak roce upravil tak, že je schopna samostatného pohybu, komunikace je však ztížena hluchotou a poruchou porozumění. Přetrvává inkontinence. Většinu informací podává manžel.

Kazuistika č. 5

Základní údaje: ME, muž, 76 let

Zdravotní diagnóza: hypertenze, hyperlipidemie, stav po iCMP

Osobní anamnéza: prodělal běžná dětská onemocnění, ve 46 letech se u něj objevila psoriatická artritida s predilekčním klinickým postižením drobných kloubů, je v péči revmatologického ústavu a pravidelně podstupuje lázeňskou léčbu s dobrým efektem. V mládí hodně sportoval, zejména ragby, kanoistika a lyžování. Lyžuje dodnes. Ze sportů četné úrazy – zlomeniny PDK, LHK, klíční kosti, omrzliny prstů obou rukou, vyražené zuby, otřes mozku. Je kuřák.

Rodinná anamnéza: matka zemřela stářím ve věku 97 let, otec trpěl od 73 let Alzheimerovou chorobou a zemřel ve věku 82 let. Bratr zemřel vloni na jaterní cirhosis (chronický ethylismus). Sestra je zdravá, děti také.

Pracovní anamnéza: inženýr ekonomie, v současnosti v důchodu

Sociální anamnéza: pan E je ženatý, s manželkou žije v rodinném domě s velkou zahradou

Současná anamnéza: v péči naší ordinace je od roku 1996. Docházel většinou kvůli návrhu na lázeňskou péči nebo kvůli posudku o zdravotní způsobilosti k řízení motorových vozidel. Od roku 2008 je při periodických prohlídkách opakovaně měřen hraniční krevní tlak. Od roku 2009 je krevní tlak většinou již nad hranicí 160/95. Hladina celkového cholesterolu v krvi je také zvýšena. Pan E stále kouří. Opakovaně je poukazováno na negativní vlivy a rizika takového životního stylu. Léky na snížení krevního tlaku i léky na snížení cholesterolu ale odmítá.

V listopadu roku 2011 přichází opět pro posudek o zdravotní způsobilosti k řízení motorových vozidel. Krevní tlak je 170/100, hodnota celkového cholesterolu v krvi je 6,87 mmol/l. Riziko kardiovaskulární příhody je 44%. Posudek je prozatím zamítnut do stabilizace tlaku. Pan E souhlasí s nasazením kombinované antihypertenzní a antilipidemické terapie. Je poučen a bude i uvažovat o zanechání kouření. V prosinci 2011 pak uvádí, že předepsané léky dobře toleruje, v lednu 2012 je mu potvrzen posudek o zdravotní způsobilosti k řízení motorových vozidel. Krevní tlak při domácím měření i měření v ordinaci nepřesahuje hodnot 140/90, pacient se cítí dobře, dostává předpis léků na další tři měsíce.

Další návštěva je ale až v lednu 2013, kdy koncem ledna přichází a uvádí, že před dvěma dny měl poruchu visu, nemohl číst a nevybavoval si slova. Přichází

v doprovodu manželky a na lístku má napsáno, co se chce při návštěvě lékaře zeptat. Slova na lístku jsou v přeházeném pořadí, některá písmena jsou vynechána, některé údaje nedávají smysl. Má problémy s vyjadřováním, nemůže najít vhodné slovo. Je odeslán na neurologii a na duplexní ultrasonografii extrakraniálních tepen. Zprávy z vyšetření pak přináší dcera. Za hospitalizace bylo provedeno CT, kde je patrná rozsáhlá hypodenzní léze temporookcipitálně vlevo odpovídající svým charakterem akutní či subakutní ischemii s doprovodným edémem obliterující přilehlé sulky a oplošťující gyry. V laboratorních hodnotách je hodnota celkového cholesterolu 7,35 mmol/l, LDL cholesterol je 4,27 mmol/l. Byla opět nasazena antihypertenziva a antilipidemika, bylo důrazně doporučeno zanechat kouření i po návratu z nemocnice a dodržovat nastavenou léčbu. Byla zahájena logopedická terapie.

V září 2014 přichází pan E na pravidelnou kontrolu. Lékařské zprávy z neurologie s sebou nemá. Je celkově zpomalený, má problémy s vyjadřováním, nenachází vhodná slova. Od CMP všechny léky užívá, TK je v normě, hodnota cholesterolu je 4,31 mmol/l. Pravidelně dochází na logopedii. Od příhody už je to více jak rok a půl a tak by rád, aby mu byl opět vydán posudek o zdravotní způsobilosti k řízení motorových vozidel. Je mu doporučeno, aby se vzhledem ke svému zdravotnímu stavu vzdal řízení motorového vozidla. Není mu jasné, co mu říkáme. Při vyplňování lehkého dotazníku má problémy s pochopením, několikrát vyndává a opět uklízí propisku. Slovními pokyny nerozumí. Opakuje, že by jen chtěl „prodloužit řidičák“. Snažíme se mu vysvětlit, že by bylo řízení v jeho stavu velice rizikové. Nerozumí nám. Chtěl by „prodloužit řidičák“. Dostává tedy od nás žádanku na psychologické vyšetření a žádost o neurologické nálezy. Neví, co má s těmito „papíry“ dělat. Sedí a kroutí hlavou. Stále sedí. Odchází až na naši žádost.

Koncem října 2014 volá do ordinace manželka, že je manžel zcela zmatený, není schopen pořádně mluvit a nemůže vstát. Voláme RZP a pan E je následně hospitalizován s iCMP ve FN v Motole. Další vývoj zdravotního stavu pana E prozatím neznáme.

5.3 Interpretace výsledků

5.3.1 Interpretace výsledků kvantitativního výzkumu

Data získaná z kvantitativního výzkumu jsou ve výzkumné části uspořádána do tabulek a pro lepší představu následně zobrazena pomocí grafů. V následující části práce jsou pak uvedeny a komentovány výsledky významné pro zodpovězení výzkumných otázek.

Hypotéza H 1 předpokládala, že „*Minimálně každý desátý člověk, který přichází do ordinace praktického lékaře, vykazuje známky narušené komunikační schopnosti.*“ Informace důležité pro zodpovězení výzkumné otázky jsou zaneseny do tabulky 1. Tam je patrné, že z celkového počtu 1054 pacientů, kteří v testovacím období navštívili ordinaci praktického lékaře, bylo zaznamenáno narušení komunikační schopnosti celkem u 171 pacientů. Jedná se tedy o 16% pacientů, neboli, že známky narušené komunikační schopnosti vykazoval každý cca šestý pacient, který se v daném období do ordinace dostavil.

Tabulka 3 a její graf se vztahují k četnosti mužů a žen mezi pacienty s narušením komunikační schopnosti, kdy celkový počet činil 77 mužů a 94 žen. Procentuální zastoupení obou skupin je pak 45% ve prospěch mužů a 55% ve prospěch žen. Tyto hodnoty jsou podkladem pro ověření hypotézy H 2, kde byl vysloven předpoklad: „*Mezi pacienty s narušenou komunikační schopností jsou více zastoupeny ženy.*“ Tuto hypotézu podporují samozřejmě i dílčí výsledky v jednotlivých oblastech. Například skupiny početně nejvíce zastoupené mezi pacienty s narušením komunikační schopnosti tvořili pacienti s dysfonií, afázií a s NKS při sluchovém postižení. Tyto tři skupiny představovaly dohromady 106 pacientů a ve všech třech skupinách rovněž převažovalo zastoupení žen nad muži, jak je patrné z tabulek a grafů 5, 17 a 21.

Hodnocení věkového zastoupení v jednotlivých skupinách i v celkovém vzorku pacientů s NKS představuje podklady důležité pro ověření hypotézy H 3: „*Dospělých pacientů s narušením komunikační schopnosti s věkem postupně přibývá.*“ V tabulce 4 a v jejím grafickém znázornění je vidět, že počet pacientů s narušením komunikační schopnosti se s věkem střídavě mírně zvyšuje a snižuje, přičemž u pacientů ve věkové skupině 91 a více let je už snížení počtu pacientů zásadní. Tato skutečnost je zřejmě způsobena vysokou mortalitou v tomto věku.

Pokud by však byl výzkumný vzorek limitován věkem do 90 let, pak by se tendence věkem se zvyšujícího počtu pacientů s NKS jednoznačně potvrdila ve skupině pacientů s afázií (jak je patrné z tabulky 6 a grafu 6), ve skupině pacientů s NKS při sluchovém postižení (viz tabulka 22 a graf 22) a částečně i ve skupině pacientů s dysartrií (viz tabulka 10 a graf 10). Příčiny této stoupající tendence by bylo možné vztahovat ke věkem se zvyšujícím riziku poškození mozku (následkem degenerativních změn či na podkladě cerebrovaskulárních příhod).

Poslední z testovaných hypotéz je hypotéza H 4, která předpokládá, že: *„Aktivní logopedická péče probíhá u pacientů s narušenou komunikační schopností v méně než 5 % případech.“* Data důležitá pro zodpovězení výzkumné otázky jsou uvedena v tabulce 23. Jak je vidět, tak aktivní logopedickou péči podstupuje v současnosti 18 pacientů, což představuje téměř 10 % z celkového počtu pacientů s NKS. Dále je vidět, že 25 % pacientů se s logopedickou péčí setkala v minulosti. Hodnota 65 % pacientů, u kterých přes narušení komunikační schopnosti neprobíhá ani v minulosti neproběhla logopedická péče, je zřejmě dána i typem narušení a věkem, kdy narušení vzniklo. Například dysfonie u pacientů v seniorském věku nemotivují k návštěvám logopeda tak, jako balbuties nebo dysartrie ve věku produktivním.

5.3.2 Interpretace výsledků kvalitativního výzkumu

Na kvantitativní výzkumnou část bakalářské práce navazuje kvalitativní výzkum v podobě pěti krátkých kazuistik pacientů s afázií. Každá kazuistika je doplněna záznamovým archem. Tyto kazuistiky mají poukázat na to, jak rozličná je problematika afázie, ale snahou bylo též najít společné charakteristiky těchto pacientů.

Zastoupeni byli pacienti s různě těžkým stupněm narušení (od anomické afázie u jinak soběstačného pacienta až po globální afázii u pacientky, zcela odkázané na péči okolí).

Průvodním znakem všech kazuistik je závažná životní situace, která vyžaduje kromě odborné péče dostatečnou podporu rodiny a změnu dosavadního životního stylu jak pacienta, tak jeho okolí. Situace je mnohdy náročnější právě pro okolí pacienta, zvláště pokud je dané postižení takového charakteru, že si jej pacient neuvědomuje.

V kazuistikách je také vidět, že mnohdy lze určitým následkům předcházet. Samozřejmě genetické dispozice ovlivnit nelze, ale podceňování včasné léčby či vystavování se rizikovému chování by mohlo některé následky odvrátit.

Vzhledem k tomu, že pacient postižený afázií má zhoršenou schopnost orientovat se či reagovat běžným způsobem v některých či většině sociálních situacích, logopedická péče pomáhá tyto deficity odstraňovat a snaží se tak navracet pacienty na cestu zpět do plnohodnotného života. V uvedených kazuistikách byla poskytována logopedická péče pouze v rámci akutního stavu a v současné době pacienti z kazuistik 3, 4 a 5 v péči logopeda nejsou, nicméně bez včasné péče logopeda by jejich rehabilitace nebyla úplná a nebylo by dosaženo takových pokroků ani v ostatních oblastech.

Ať je typ i stupeň narušení komunikační schopnosti jakýkoliv, ať si jej pacient uvědomuje či ne, vždy a v každé situaci musí být prioritou zachování důstojnosti člověka.

6 Závěr

Bakalářská práce pojednává o narušení komunikační schopnosti mezi pacienty praktického lékaře pro dospělé. Teoretická část je zaměřena na komunikaci obecně, charakteristiku dospělého jedince a hlavně pak na popis jednotlivých typů narušení komunikační schopnosti, tak jak se s nimi praktický lékař ve své praxi běžně setkává. Teoretická část je východiskem pro část výzkumnou. Byl použit výzkum kvantitativní i kvalitativní. Kvantitativní výzkum měl za cíl zjistit, jak obsáhlou skupinu tvoří pacienti s narušením komunikační schopnosti a zda se tento počet s věkem zvyšuje. Dále pak, zda jsou častěji zastoupeny mezi pacienty s NKS ženy či muži a nakonec v kolika případech je prováděna u pacientů logopedická péče. Kvalitativní výzkum se zaměřoval na skupinu pacientů s afázií a doplňoval danou problematiku z bližšího pohledu. Pro zpracování výsledků byl zvolen program Microsoft Excel 2002 a údaje byly zaznamenány ve formě tabulek a grafů.

Byly stanoveny následující hypotézy:

Hypotéza H 1: Minimálně každý desátý člověk, který přichází do ordinace praktického lékaře, vykazuje známky narušené komunikační schopnosti. Tato hypotéza se jednoznačně potvrdila, neboť dle výsledků výzkumu vykazuje známky narušené komunikační schopnosti každý šestý pacient, přicházející do ordinace praktického lékaře.

Hypotéza H 2: Mezi pacienty s narušenou komunikační schopností jsou více zastoupeny ženy než muži. Tato hypotéza se potvrdila, neboť ženy byly v celkovém počtu pacientů s narušením komunikační schopnosti zastoupeny v nadpoloviční většině.

Hypotéza H 3: Dospělých pacientů s narušením komunikační schopnosti s věkem postupně přibývá. Tato hypotéza se nepotvrdila vzhledem k zásadnímu snížení počtu pacientů s narušením komunikační schopnosti v poslední dekádě života.

Hypotéza H 4: Aktivní logopedická péče probíhá u pacientů s narušenou komunikační schopností v méně než 5 % případů. Tato hypotéza se nepotvrdila, neboť aktivní logopedickou péčí využívalo v době výzkumu 10 % pacientů s narušením komunikační schopnosti.

Přestože se jednalo svým způsobem o nevelký výzkum, myslím, že mnohé naznačil. Za zvážení by jistě stálo provést takový výzkum ve větším rozsahu, tedy porovnat danou situaci u dalších praktických lékařů. Zejména s ohledem na to, že se problematice narušení komunikační schopnosti z pohledu praktického lékaře věnuje

méně pozornosti, než by si zasloužila a také v dostupných odborných pramenech se poznatky v této oblasti příliš nenacházejí. Přitom praktický lékař by měl být prvním a nejčastějším kontaktem mezi pacientem a zdravotníkem ve většině případů otázek zdraví či nemoci. Údaje od praktických lékařů by tak mohly být východiskem pro zmapování širšího okruhu otázek týkajících se problematiky NKS.

7 Seznam použitých zdrojů

BABIAKOVÁ, M. A KOLEKTIV. *Psychiatrická ošetrovatelská péče*. 1. vydání. Praha: Grada, 2006. 352 s. ISBN 978-80-247-1151-5

BACHUROVÁ, H., LEBEDOVÁ, Z. Poruchy řeči u dospělých neurologicky dospělých osob. *Zdravotnické noviny. Lékařské listy*. Praha: Ambit Media 2008, roč. 57, č. 18, s. 9-11. ISSN 1214-7664

BENEŠ, M. *Andragogika*. 1. vydání. Praha: Grada, 2008. 135 s. ISBN 978-80-247-2580-2

BULOVÁ, A. *Komunikace sluchově postižených*. In VÍTKOVÁ, M. (editor). *Základy speciální pedagogiky II*. 1. vydání. Brno: Pedagogická fakulta MU, 2002

CSÉFALVAY, Z., LECHTA, V. *Diagnostika narušené komunikační schopnosti*. 1. vydání. Praha: Portál, 2013. 232 s. ISBN 978-80-262-0364-3

ČERMÁKOVÁ, M. Symptomatické poruchy řeči. In: *Logopediecr.eu*. [online] [cit. 18.11.2014] Dostupné z: <http://www.logopediecr.eu/pro-lekare/symptomaticke-poruchy-rci>

HAHN, A. *Otorhinolaryngologie a foniatrie v současné praxi*. 1. vydání. Praha: Grada, 2007. 390 s. ISBN 978-80-247-0529-3

HOGENOVÁ, A. Slovo v teorii a v praxi. *Lirtaps.cz* [online] Liberecký institut rodinné terapie a psychosomatické medicíny. 15.4.2008. 64(6/2) [cit. 24.8.2014] ISSN 1214-6102. Dostupné z: http://www.lirtaps.cz/psychosomatika/Psychosom%202_2008.pdf

KALVACH, Z. A KOLEKTIV. *Křehký pacient a primární péče*. 1. vydání. Praha: Grada, 2012. 400 s. ISBN 978-80-247-4026-3

KALVACH, P. A KOLEKTIV. *Mozkové ischemie a hemoragie*. 1. vydání. Praha: Grada, 2010. 465 s. ISBN 978-80-247-2765-3

KEJKLÍČKOVÁ, I. *Logopedie v ošetrovatelské praxi*. 1. vydání. Praha: Grada, 2011. 128 s. ISBN 978-80-247-2835-3

KEREKRÉTIOVÁ, A. *Velofaryngeální dysfunkce a palatolalie*. 1. vydání. Praha: Grada, 2008. 203 s. ISBN 978-80-247-2264-1

KLENKOVÁ, J. *Logopedie*. 1. vydání. Praha: Grada, 2006. 228 s. ISBN 978-80-247-1110-2

KLENKOVÁ, J. A KOLEKTIV. *Kapitoly pro studenty logopedie*. 1. vydání. Brno: Paido, 2012. 103 s. ISBN 978-80-7315-229-1

KRAHULCOVÁ, B. *Komunikace sluchově postižených*. 2. rozšířené a přepracované vydání. Praha: Karolinum, 2002. 304 stran. ISBN 80-246-0329-2

KOUKOLÍK, F. *Lidský mozek. Funkční systémy. Norma a poruchy*. 1. vydání. Praha: Portál, 2000. 359 s. ISBN 80-7178-379-X

LAŠTOVIČKA, M. *Poruchy plynulosti řeči*. 1. vydání. Dolní Břežany: Scriptorium, 1999. 144 s. ISBN 80-86197-13-1

LEBEDOVÁ, Z. Co je to dysartrie. In: *Klinickalogopedie.cz* [online]. 2008 [cit. 18.11.2014]. Dostupné z: <http://www.klinickalogopedie.cz/index.php?pg=veřejnost> - - co – je - to--dysartrie.

LECHTA, V. *Koktavost*. 1. vydání. Praha: Portál, 2004. 232 s. ISBN 80-7178-867-8

LECHTA, V. *Koktavost – integrativní přístup*. 2. rozšířené a přepracované vydání. Praha: Portál, 2010. 333 s. ISBN 978-80-7367-643-8

LECHTA, V. *Symptomatické poruchy řeči u dětí*. 1.vyd. Praha: Portál, 2002. 192 s. ISBN 80-7178-572-5

MARTINKOVÁ, E. *Komunikace a osoby se sluchovým postižením*. In JURKOVIČOVÁ, P. *Komunikace a lidé se smyslovým postižením*. Metodický materiál. 1. vydání. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2011. ISBN 978-80-244-2649-5

MATUŠKOVÁ, L. Zpráva z prvního ročníku konference Komunikace sluchově postižených, zaměřené na komunikaci mezi pracovníky ve službách knihoven

a sluchově postižených uživatelů. In: *Inflow.cz* [online]. 1.7.2009 [cit.20.9.2014]. Dostupné z: <http://www.inflow.cz/komunikace-sluchove-postizenych>

MIKULÁŠTÍK, M. *Komunikační dovednosti v praxi*. 2. doplněné a přepracované vydání. Praha: Grada, 2010. 328 s. ISBN 978-80-247-2339-6

NEUBAUER, K. *Neurogenní poruchy komunikace u dospělých*. 1. vydání. Praha: Portál, 2007. 228 s. ISBN 978-80-7367-159-4

OBEREIGNERŮ, R. *Poruchy řeči - fatické poruchy, afázie*. E-learningová podpora mezioborové integrace výuky tématu vědomí na UP v Olomouci. In: *Pfyziollfup.upol.cz* [online]. 23.12.2012 [cit.18.11.2014]. Dostupné z: <http://pfyziollfup.upol.cz/castwiki/?p=3884>

SEIDL, Z. OBENBERGER, J. *Neurologie pro studium a praxi*. 1. vydání. Praha: Grada, 2004. 364 s. ISBN 80-247-0623-7

SACKS, O. *Zrak myslí*. 1. vydání. Praha: Dybbuk, 2011. 216 s. ISBN 978-80-7438-050-1

VÁGNEROVÁ, M. *Vývojová psychologie II: dospělost a stáří*. 1. vydání. Praha: Karolinum, 2007. 461 s. ISBN 978-80-246-1318-5

VALENTA, M. A KOLEKTIV. *Mentální postižení*. 1. vydání. Praha: Grada, 2012. 349 s. ISBN 978-80-247-3829-1

8 Seznam příloh

Příloha 1 – Záznamový arch ke kazuistice č.1

Příloha 2 – Záznamový arch ke kazuistice č.2

Příloha 3 – Záznamový arch ke kazuistice č.3

Příloha 4 – Záznamový arch ke kazuistice č.4

Příloha 5 – Záznamový arch ke kazuistice č.5

Záznamový arch ke kazuistice č.1

Pacient č.	Zkratka	Věk	Pohlaví	V logoped. péči	Neurologické onemocnění či úraz v anamnéze
7	IM	83	muž	ne	ano, stav po opakovaných TIA, na CT popisována atrofie mozku a mnohočetná ischemická ložiska, vaskulární encefalopatie
Termíny kontaktů s naší ordinací v období 2013-2014: 1/2013, 5/2013, 8/2013, 9/2013, 12/2013, 2/2014					

Orientace časem, místem a osobou	špatná orientace v čase, většinou i v místě a osobě
Mobilita pacienta	omezená – chůze s oporou 1 hole, pokud jí nezapomene
Zrakový kontakt	částečně udržuje
Porucha sluchu/zraku	těžká hypoakuze až hluchota, naslouchadlo má, ale nepoužívá
Srozumitelnost projevu	snížená
Náhled na obtíže	částečně zachován
Nasalita	ne
Respirace a fonace	hlasitá
Artikulace	namáhavá
Psaný projev	nepoužívá, podepíše se
Porucha polykání	ne
Rovina lexikálně-sémantická	chudá slovní zásoba
- porozumění	málo porozumí a rychle zapomene
Rovina morfologicko-syntaktická	výskyt agramatismů a parafází
Rovina foneticko-fonologická	narušena
- fluence a tempo řečového projevu	není přítomna souvislá řeč, vyjadřuje ojedinělá slova, která i komolí
- změna akustické hladiny hlasu	vzhledem k těžkému narušení v oblasti sluchu
Rovina pragmatická	narušena velmi
- neverbální projevy	četná gestikulace při pokusu o řeč, prakticky trvalý úsměv ve všech situacích, podle rodiny však někdy projevy agresivity, celkové zpomalení psychomotorického tempa
- koherence mluvního projevu	časté projevy zmatenosti

Závěr: smíšená afázie v kombinaci s dysartrií u pacienta s demencí vaskulárního typu

Záznamový arch ke kazuistice č. 2

Pacient č.	Zkratka	Věk	Pohlaví	V logoped. péči	Neurologické onemocnění či úraz v anamnéze
13	GF	89	žena	ne	ano, stav po recidivujících TIA ve vertebrobasilárním povodí, vaskulární encefalopatie
Termíny kontaktu s naší ordinací v období 2013-2014: 3/2013, 6/2013, 9/2013, 11/2013, 12/2013, 1/2014, 2/2014, 3/2014, 4/2014, 5/2014					

Orientace časem, místem a osobou	ne
Mobilita pacienta	ležící pacientka, flekční postavení DK v kolenou i kyčlích, přitažené k hrudníku a nad břichem zkřížené, HK zaťaté v pěst a zkřížené před hrudníkem
Zrakový kontakt	na oslovení otevře oči
Porucha sluchu/zraku	nevýznamná
Srozumitelnost projevu	bez projevů verbální komunikace
Náhled na obtíže	ne
Nasalita	bez projevů verbální komunikace
Respirace a fonace	bez projevů verbální komunikace
Artikulace	bez projevů verbální komunikace
Psaný projev	ne
Porucha polykání	ano
Rovina lexikálně-sémantická	narušena v nejvyšší míře
- porozumění	ne
Rovina morfologicko-syntaktická	narušena v nejvyšší míře
Rovina foneticko-fonologická	narušena v nejvyšší míře
- fluence a tempo řečového projevu	bez projevů verbální komunikace
- změna akustické hladiny hlasu	bez projevů verbální komunikace
Rovina pragmatická	narušena v nejvyšší míře
- neverbální projevy	žádné
- koherence mluvního projevu	nelze

Závěr: Globální afázie a anartrie u pacientky s těžkou vaskulární demencí

Záznamový arch ke kazuistice č. 3

Pacient č.	Zkratka	Věk	Pohlaví	V logoped. péči	Neurologické onemocnění či úraz v anamnéze
23	VL	59	muž	ano, jako součást rehabilitace po CMP, nyní ne	ano, stav po recidivujících ischemických CMP v temporoocipitálním laloku vlevo i vpravo, s následnými krváceními do ischemie (při Leidské mutaci) a epileptickými záchvaty
Termíny návštěv u nás v období 2013-2014: 8/2013, 11/2013, 2/2014, 5/2014, 8/2014, 10/2014					

Orientace časem, místem a osobou	ano
Mobilita pacienta	intaktní
Zrakový kontakt	udržuje
Porucha sluchu/zraku	nevýznamná
Srozumitelnost projevu	ano
Náhled na obtíže	ano
Nasalita	ne
Respirace a fonace	intaktní
Psaný projev	intaktní
Poruchy polykání	ne
Rovina lexikálně-sémantická	narušena – anomie výběru slov
- porozumění	intaktní
Rovina morfologicko-syntaktická	intaktní
Rovina foneticko-fonologická	částečně narušena
- fluence a tempo řečového projevu	fluentní projev s anomickými pauzami
- změna akustické hladiny hlasu	ne
- artikulace	intaktní
Rovina pragmatická	intaktní
- neverbální projevy	přiléhavě doplňují verbální komunikaci
- koherence mluvního projevu	ano

Závěr: Anomická afázie jako pozůstatek recidivujících CMP v temporoocipitálním laloku

Záznamový arch ke kazuistice č. 4

Pacient č.	Zkratka	Věk	Pohlaví	V logoped. péči	Neurologické onemocnění či úraz v anamnéze
64	IS	70	žena	v současné době ne, jen po dobu časné rehabilitace	ano, stav po komplikované purulentní meningitidě, krvácení do levé hemisféry mozečku a temporálního laloku, paréza n. facialis vlevo
Termíny návštěv u nás v období 2013-2014 2/2013, 7/2013, 9/2013, 12/2013, 3/2014, 5/2014, 8/2014					

Orientace časem, místem a osobou	ano, ve všech úrovních, ale na první pohled působí zmateným dojmem
Mobilita pacienta	zhoršená mobilita pravé ruky, v určitém ohledu působí zpomaleně, v řeči naopak
Zrakový kontakt	částečně udržuje
Porucha sluchu/zraku	ano, levostranná hluchota, pravostranně hypoakuze, porucha zraku
Srozumitelnost projevu	obtížnější, mluví poměrně překotně s nižší obsahovou náplní, často se opakuje
Náhled na obtíže	částečně
Nasalita	ne
Respirace a fonace	narušena – řeč je neharmonická
Artikulace	narušeny modulační složky řeči
Psaný projev	nezjištěno
Rovina lexikálně-sémantická	narušena - občas projev postrádá smysl, agramatismy
- porozumění	narušeno
Rovina morfologicko-syntaktická	občasné parafrázie
Rovina foneticko-fonologická	narušena
- fluence a tempo řečového projevu	fluentní, projev zrychlený
- změna akustické hladiny hlasu	ano
Rovina pragmatická	narušena
- neverbální projevy	zvýšeně úzkostné projevy
- koherence mluvního projevu	občas působí zmateně, mimo realitu

Závěr: Percepční afázie a cerebelární kognitivní afektivní syndrom u pacientky po komplikované purulentní meningitidě

Záznamový arch ke kazuistice č. 5

Pacient č.	Zkratka	Věk	Pohlaví	V logoped. péči	Neurologické onemocnění či úraz v anamnéze
154	ME	76	muž	ano	ano, stav po iCMP v temporoockcipitálním laloku
Termíny návštěv u nás v období 2013-2014 1/2013, 6/2013, 10/2013, 6/2014, 9/2014					

Orientace časem, místem a osobou	ano
Mobilita pacienta	celkově zpomalený
Zrakový kontakt	příliš neudrží, většinou se dívá do svých poznámek, které vyndává a zandává
Porucha sluchu/zraku	nevýznamná
Srozumitelnost projevu	ano
Náhled na obtíže	pouze z části
Nasalita	ne
Respirace a fonace	intaktní
Artikulace	intaktní
Psaný projev	narušený – písmena v jiném pořadí, některé údaje nedávají smysl
Rovina lexikálně-sémantická	narušena
- porozumění	zásadně narušeno
Rovina morfologicko-syntaktická	agramatismy a parafázie
Rovina foneticko-fonologická	narušena
- fluence a tempo řečového projevu	nonfluentní projev
- změna akustické hladiny hlasu	ne
Rovina pragmatická	narušena
- neverbální projevy	projevy nerozhodnosti, nejistoty až zmatenosti, celková pomalost
- koherence mluvního projevu	ano

Závěr: Smíšená transkortikální afázie u pacienta po iCMP v temporoockcipitálním laloku

Souhrn

Název bakalářské práce: Osoby s narušenou komunikační schopností v ordinaci praktického lékaře

Autorka práce: Mgr. Květa Trčková

Katedra: Katedra speciální pedagogiky

Studijní obor: Speciální pedagogika

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

Bakalářská práce je věnována problematice narušení komunikační schopnosti, jak se s ní setkává ve své ordinaci praktický lékař pro dospělé, zejména samotné četnosti těchto pacientů s ohledem na věk, pohlaví a aktivní logopedickou péči. Práce je členěna na část teoretickou a na část výzkumnou.

Teoretická část práce popisuje charakteristiky těch druhů řečového postižení, se kterými se praktický lékař ve své praxi běžně setkává. Více prostoru je věnováno afázii vzhledem k navazujícímu kvalitativnímu výzkumu.

Výzkumná část se člení na kvantitativní výzkum, který má za úkol ověřit stanovené hypotézy a na kvalitativní výzkum, který prostřednictvím pěti kazuistik ukazuje narušení komunikační schopnosti z bližšího pohledu.

Výzkumný soubor tvořila skupina 1054 pacientů, kteří se (většinou opakovaně) dostavili v rozmezí 22 měsíců do ordinace praktického lékaře pro dospělé. K ověření byly stanoveny čtyři hypotézy, k nimž provedené zkoumání umožnilo provést tyto závěry:

Hypotéza H 1: *Minimálně každý desátý člověk, který přichází do ordinace praktického lékaře, vykazuje známky narušené komunikační schopnosti.* Vzhledem k vyšší četnosti pacientů s NKS byla hypotéza potvrzena.

Hypotéza H 2: *Mezi pacienty s narušenou komunikační schopností jsou více zastoupeny ženy než muži.* Hypotéza byla potvrzena vzhledem k převažujícímu zastoupení žen ve vzorku pacientů s NKS.

Hypotéza H 3: *Dospělých pacientů s narušením komunikační schopnosti s věkem postupně přibývá.* Hypotéza nebyla potvrzena vzhledem ke klesajícímu zastoupení pacientů s NKS ve věku nad 91 let.

Hypotéza H 4: *Aktivní logopedická péče probíhá u pacientů s narušenou komunikační schopností v méně než 5 % případů.* Hypotéza nebyla potvrzena vzhledem k vyššímu počtu pacientů aktivně se účastnících logopedické péče.

KLÍČOVÁ SLOVA:

komunikace, řeč, narušení komunikační schopnosti, pacient, afázie

Summary

Thesis title: People suffering from communication disorders in general practitioner's office

Author: Mgr. Květa Trčková

Department: The Department of Special Education

Subject: Special Education

Supervisor: Doc. PaedDr. Jiřina Klenková, Ph.D.

The thesis focuses on the problematics of communication disorders and in what way general practitioners encounter it in their office, especially with specific number of their patients considering their age, sex, and active speech/language pathology care. The thesis is divided into theoretical and research part.

The theoretical part describes characteristics of communication disorders which are encountered by a general practitioner on a daily basis. More attention is given to aphasia, as there is a subsequent qualitative research.

The research part is divided into a quantitative research that verifies set hypotheses, and a qualitative research which shows the communication disorder from a more specific point of view by using five different case interpretations.

The research file included 1054 patients who came in the general practitioners office during 22 months, usually repeatedly. There have been four hypotheses set for verification. The research based on these four hypotheses allowed us to conclude in this: Hypothesis H 1: *At least every tenth person coming to the GP's office shows signs of communication disorder.* With regard to a higher number of patients suffering from communication disorder, the hypothesis was verified.

Hypothesis H 2: *The number of women suffering from communication disorder is higher than the number of men.* The hypothesis was verified with regard to the prevailing number of women in the sample of patients suffering from communication disorder.

Hypothesis H 3: *The amount of adult patients suffering from communication disorder is higher with older age.* The hypothesis was not verified with regard to the declining representation of patients suffering from communicative disorder who are over 91 years.

Hypothesis H 4: *Active speech-language pathological care is provided for patients suffering from communication disorder in less than 5% of the cases.* Hypothesis was not verified with regard to a higher number of patients who are actively participating in speech-language pathology.

KEY WORDS

communication, speech, communication disorder, patient, aphasia

Univerzita Karlova v Praze, Pedagogická fakulta

M. Rettigové 4, 116 39 Praha 1

Evidenční list žadatelů o nahlédnutí do listinné podoby práce

Jsem si vědom/a, že závěrečná práce je autorským dílem a že informace získané k nahlédnutí do zveřejněné závěrečné práce nemohou být použity k výdělečným účelům, ani nemohou být vydávány za studijní, vědeckou nebo jinou tvůrčí činnost jiné osoby než autora.

Byla jsem seznámen/a se skutečností, že si nemohu pořizovat výpisy, opisy nebo rozmnoženiny závěrečné práce, jsem však s nimi povinen/povinna s nimi nakládat jako s autorským dílem a zachovávat pravidla uvedená v předchozím odstavci tohoto prohlášení.

Poř. č.	Datum	Jméno a příjmení	Adresa trvalého bydliště	Podpis
1.				
2.				
3.				
4.				
5.				
6.				
7.				
8.				
9.				
10.				