

Univerzita Karlova

Pedagogická fakulta

Katedra speciální pedagogiky

DIPLOMOVÁ PRÁCE

Terénní logopedická péče u osob s afázií

Speech therapy in home care for people with aphasia

Bc. Karolína Rejmanová

Vedoucí práce: PhDr. Lucie Durdilová, Ph.D.

Studijní program: Speciální pedagogika

Studijní obor: Speciální pedagogika

2019

Prohlašuji, že jsem diplomovou práci na téma Terénní logopedická péče u osob s afázií vypracovala pod vedením vedoucího 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 dne 17. 4. 2019

Na tomto místě bych ráda poděkovala vedoucí diplomové práce paní PhDr. Lucii Durdilové, Ph.D. za odborné vedení, cenné rady a ochotu. Mé poděkování také patří všem logopedům, osobám s afázií a jejich rodinám, kteří byli ochotni se účastnit výzkumného šetření. V neposlední řadě si velké díky zaslouží má rodina a přátelé za podporu a pomoc.

ABSTRAKT

Tématem diplomové práce je terénní logopedická péče u osob s afázií. Práce je koncipována do čtyř kapitol, z čehož první tři kapitoly jsou teoretického charakteru, čtvrtá kapitola je empirická. První kapitola se zabývá definicí komunikace a narušené komunikační schopnosti, věnuje se centrální i periferní nervové soustavě a jejím vlivu na komunikační schopnost. Druhá kapitola se zaměřuje na afázií jako na druh získané narušené komunikační schopnosti u dospělých osob. Je zde popsána etiologie, symptomatologie a logopedická intervence, kam spadá diagnostika, terapie a prevence. Třetí kapitola zmiňuje systém organizace logopedické intervence v České republice, která je rozdělena do třech rezortů. Dále je popsána terénní logopedická péče, která je již běžnou součástí poskytované logopedické péče v zahraničí. Čtvrtá kapitola diplomové práce představuje smíšený design výzkumného šetření, které bylo zaměřeno na poskytování terénní logopedické péče u nás. Hlavním cílem výzkumného šetření bylo analyzovat specifika terénní logopedické péče u osob s afázií a zmapovat poskytování této služby. Následně byly stanoveny dílčí cíle práce a výzkumné otázky. Bylo zpracováno uskutečněné dotazníkové šetření mezi logopedy a rozhovory s logopedy a osobami s afázií s dopomocí jejich rodin. V závěru práce byly shrnuty výsledky výzkumného šetření doplněna o doporučení pro logopedickou praxi. V příloze byl umístěn seznam kontaktů na pracoviště, které poskytují terénní logopedickou péči.

KLÍČOVÁ SLOVA

Logopedická intervence, komunikace, narušená komunikační schopnost, afázie, terénní logopedická péče.

ABSTRACT

The topic of the thesis is speech therapy for people with aphasia. The thesis is divided into four chapters, the first three chapters are concerning the theory, the fourth chapter is empirical. The first chapter contains the definition of communication and the definition of disturbed communication ability, it dedicates the central and peripheral nervous system and its impact on the communication ability. The second chapter focuses on the aphasia as a kind of disturbed communication of ability gained by adults. Herein is described the etiology, symptomology and speech therapy intervention, the part of this is diagnostics, therapy and prevention. The third chapter mentions the system of organization of the speech therapy intervention in the Czech Republic which is divided into three sectors. Further is described the speech therapy in home care as an ordinary part of speech therapy abroad. The fourth chapter presents the combined research focused on provided speech therapy in home care in our country. The main purpose of such research was to analyse the specifics of speech therapy in home care for persons with aphasia and to record availability of providing this service. Then the minor goals and the research questions were determined. This was obtained by the questionnaire survey among the speech therapists and the interviews with the persons with aphasia together with the help of their families. In the end of the thesis the results were summarised and amended with recommendations for the speech therapy praxis. In the attachment contains the speech therapists contact list providing the speech therapy in home care.

KEYWORDS

Speech intervention, communication, disturbed communications ability, aphasia, speech therapy in come care.

Obsah

Úvod.....	7
1 Teoretická východiska	9
1.1 Komunikace a komunikační schopnost	9
1.2 Anatomie a fyziologie nervového systému.....	12
1.2.1 Nervová buňka	12
1.2.2 Centrální nervový systém	14
1.2.3 Periferní nervový systém.....	16
1.2.4 Nervový systém z logopedického pohledu.....	18
2 Afázie.....	20
2.1 Terminologické vymezení	20
2.2 Etiologie.....	21
2.2.1 Cévní mozková příhoda.....	22
2.3 Symptomatologie	24
2.4 Klasifikace	25
2.4.1 Bostonská klasifikace afázie	26
2.4.3 Lurijova klasifikace afázie	27
2.5 Logopedická intervence afázie	28
2.5.1 Diagnostika.....	28
2.5.2 Terapie.....	30
2.5.3 Prevence	32
3 Systém organizace logopedické intervence v České republice	33
3.1 Logopedická intervence v rezortu ministerstva zdravotnictví.....	34
3.2 Logopedická intervence v rezortu ministerstva školství, mládeže a tělovýchovy	35
3.3 Logopedická intervence v rezortu ministerstva práce a sociálních věcí.....	37

3.4 Terénní logopedická péče	37
4 Analýza specifík terénní logopedické péče u osob s afázií	40
4.1 Stanovení výzkumných cílů.....	40
4.2 Metodika výzkumného šetření.....	40
4.3 Interpretace výzkumného šetření	43
4.4 Diskuze	62
4.5 Závěry výzkumného šetření a doporučení pro logopedickou praxi.....	64
Závěr	67
Seznam použitých informačních zdrojů	69
Seznam literatury	69
Seznam příloh	76

Úvod

Většina lidí si představuje, že logopedie je obor věnující se pouze péči o děti, a to především o děti předškolního věku, které mají potíže s artikulací hlásek. Téma diplomové práce bylo zvoleno tak, aby poukázalo na problematiku logopedické intervence u dospělých osob, konkrétně u osob s afázií. Právě u této skupiny osob je logopedická péče v našich podmínkách stále nedostatečná. Pro mnoho logopedů jsou získané neurogení poruchy komunikace obtížně uchopitelné z důvodu jejich složitosti, a také z důvodu malé zkušenosti práce s osobami s touto narušenou komunikační schopností. Logopedů, kteří se věnují péči o tyto osoby, je nedostatek.

Nejčastější příčinou vzniku neurogení poruchy komunikace je cévní mozková příhoda, jejímž důsledkem jsou kromě zmíněné poruchy komunikace i poruchy hybnosti. Tyto dva činitele mají negativní vliv na kvalitu života. Člověk nemůže sdělovat své potřeby, udržovat a navazovat kontakty s ostatními lidmi, je izolován od společnosti. To se podepisuje na jeho fyzickém i psychickém stavu. Proto by měla být logopedická intervence součástí komplexního přístupu péče, kdy je logoped stálým členem interdisciplinárního týmu odborníků.

Bohužel se často stává, že po propuštění z nemocnice zůstane člověk bez logopedické péče. Dojíždět do logopedické ambulance je pro mnohé velice složité. Ambulance jsou soustředěny ve větších městech, kam je potřeba dojet v předem dohodnutý čas. To je ale podmíněno tím, že vzhledem k omezené mobilitě těchto osob, je potřeba doprovod další osoby, která si musí zařídit v daný čas uvolnění z práce a často vlastnit řidičský průkaz a auto. Další otázkou je pak bariérovost logopedické ambulance a frekvence návštěv, kdy v akutní fázi je třeba intenzivní péče.

Avšak někteří lidé jsou zcela imobilní a návštěvy logopedické ambulance jsou tak nemožné. Jedna z možností, jak zajistit logopedickou intervenci je domácí péče logopeda přímo u klienta. Tento model péče přináší nesporné výhody a pomoc v těžké životní situaci jak dotyčné osobě, tak i jeho rodině či pečovateli. Terénní logopedická péče je v zahraničí běžnou praxí a postupně se začíná rozvíjet i u nás.

Předmětem diplomové práce je právě poskytování terénní logopedické péče s cílem analyzovat specifika terénní logopedické péče u osob s afázií a zmapovat její

poskytování v rámci České republiky. Tím vznikne seznam logopedů poskytujících terénní logopedickou péči s kontakty, který využijí především osoby s afázií a jejich rodiny či ostatní logopedi, kteří tuto službu nenabízí.

1 Teoretická východiska

1.1 Komunikace a komunikační schopnost

Komunikace se vyvíjí společně s člověkem po celou dobu jeho existence. Díky ní člověk navazuje mezilidské vztahy, získává nové informace a vyjadřuje své názory, postoje, potřeby i pocity. Ač nevědomky, lidé komunikují neustále prostřednictvím gest, mimiky a dalších neverbálních komunikačních projevů, stejně tak jako mluvenou, psanou i čtenou formou.

Samotný pojem **komunikace** lze chápat v různé šíři, zahrnuje totiž kognitivní, sociální, lingvistické a filozofické aspekty. Proto neexistuje jednotná definice mezilidského komunikování. Mareš, Křivohlavý (1995) In Bytešníková (2012) uvádí, že komunikace pochází z latinského pojmu „*communicare*“, které vychází z „*communem reddere*“, což znamená učinit společným, sdílet. Klenková (2006, s. 25) podotýká: „*komunikace znamená obecně lidskou schopnost užívat výrazové prostředky k vytváření, udržování a pěstování mezilidských vztahů.*“

Během komunikace dochází k vzájemnému sdílení, setkávání a oboustranné výměně informací, ať už mezi lidmi, nebo mezi člověkem a prostředím. Člověk tedy přijímá určité informace, reaguje na ně a vysílá do prostředí další informace, na které očekává adekvátní reakci (Čačka, 2000, Nakonečný, 1998). Slowík (2010) dodává, že komunikace má zásadní vliv na utváření lidské osobnosti a samotný vývoj člověka. Jedná se totiž o způsob zprostředkování kontaktů, jež ovlivňují převzetí společenských norem, hodnot i chování a odrazí se tak v uspokojování základních lidských potřeb.

Z širšího hlediska dle Klenkové (2006) lze označit komunikaci pojmem *interakce*, který vyjadřuje oboustranné ovlivňování mezi dvěma nebo vícero systémy. Dále obsahuje přenos informací, jež ovlivňují subjekty podílející se na komunikaci. Bytešníková (2012) poukazuje na užší smysl komunikace, kterým rozumí mezilidské dorozumívání prostřednictvím jazykových i nejazykových prostředků. Každá komunikace má tedy svůj účel, smysl a funkci (např. informovat, přesvědčit, domluvit, pobavit, prezentovat se).

Sovák (1980) rozděluje komunikaci na tři formy: intraindividuální, jež je vázána na vnitřní prostředí. Dále extraindividuální, která má vztah s přírodním prostředím

a interindividuální, která probíhá ve společenském prostředí a doplňuje tak známý fakt, že člověk je tvor společenský. Tato forma komunikace pak probíhá ve verbální nebo nonverbální rovině.

Verbální komunikace je specificky lidským procesem a patří k charakteristice lidského společenství. Je vymezena jako spojení mezi lidmi, kteří si předávají, přijímají a sdílí verbální významy. Na procesu verbální komunikace se významně podílí vztah mezi funkcemi lidského organismu, psychikou a chováním (Janoušek, 2015). Do této skupiny komunikace spadá realizace za pomoci mluvené i psané řeči. Úroveň verbální komunikace zrcadlí inteligenci člověka a jazykové schopnosti ve slově i písmu (Klenková, 2006).

Fylogeneticky i ontogeneticky starší je **neverbální** komunikace. Zahrnuje veškeré neslovní dorozumívací prostředky a oproti verbální komunikaci má vyšší výpovědní hodnotu. Neverbální chování podléhá společenským normám, liší se dle kultury, geografického umístění i individuality každého jedince. Neverbálně člověk komunikuje gesty, mimikou, posturikou (postavením těla) a proxemikou (vzdáleností). Také se sem řadí tón hlasu a vlastní aspekty zjevu (Nakonečný, 1998, Bytešníková, 2012, Klenková, 2006).

S komunikací také souvisejí pojmy jazyk a řeč. **Jazyk** chápe Saussure (1916) In Nakonečný (1998, s. 341) jako: „*systém znaků, přičemž jazykový znak má stránku fyzickou (mluvené a psané slovo, tedy zvuková a zraková stránka) a obsahovou (význam slova) a kromě konkrétního může zastupovat i abstraktní a nepřítomné.*“ Nebeská (1992) poukazuje na dvě funkce jazyka: sdělovací funkce a jako nástroj myšlení. Dodává, že pokud člověk sděluje, nevyjadřuje celý mentální obsah, např. city, které jsou nesdělitelné. Příjemce informace pak sdělení dotváří. Užití jazykového systému je tedy závislé na kognitivních funkcích (paměť, pozornost, intelekt).

Řeč je fyzikální realizací jazyka, jež vzniká činností mluvních orgánů, kam se řadí respirační, fonační, artikulační a rezonanční ústrojí. Krom funkcí vokálních má tento trakt funkce primární, vitální – dýchání a příjem potravy (Neubauer a kol., 2007). Je výhradně lidskou schopností vyjádřit jazykový obsah myšlenkové činnosti prostřednictvím verbálních prostředků. Čačka (2000) doplňuje, že řeč může být mluvená, psaná, znaková

a řeč vnitřní. Mluvená řeč obsahuje po sobě jdoucí artikulované části a prozodické faktory, které doplňují obsah informace. Jsou to rytmus, melodie, tempo, důraz, intenzita a dynamika.

Neubauer (2010) hovoří o *řečové komunikaci* jako o komplexním procesu, ve kterém jsou mezi subjekty předávány informace. Zahrnuje motivaci záměru, výběr a užití prostředků, příjem informace a její zpracování, porozumění obsahu a vytvoření odpovědi. Na řečové komunikaci se podílí vrozené mentální předpoklady k užívání jazyka, předpoklady získané jedincem pomocí učení a také momentální faktory, které působí v komunikační situaci.

V řeči se rozlišují čtyři jazykové roviny: lexikálně – sémantická jazyková rovina, morfologicko – syntaktická jazyková rovina, foneticko – fonologická jazyková rovina a pragmatická jazyková rovina. **Lexikálně – sémantická** jazyková rovina zahrnuje aktivní i pasivní slovní zásobu, porozumění významům slov, prostorovým a příčinným vztahům. Týká se exprese i percepce řeči (Bytešníková, 2012, Klenková, Bočková, Bytešníková, 2012). **Morfologicko - syntaktická** rovina představuje uplatňování gramatických pravidel daného jazyka. Hovoří se o tvarech slov, slovosledu a skloňování dle rodů, časů a pádů. **Foneticko – fonologická** jazyková rovina je charakterizována jako zvuková stránka řečového projevu. Zabývá se sluchovou diferenciací hlásek a jejich výslovností. **Pragmatická rovina** představuje sociální uplatnění komunikační schopnosti, do které patří umění zformulovat myšlenku (Krahulcová, 2013).

Bytešníková (2012) uvádí pojem komunikační kompetence (schopnost), který vyjadřuje soubor jazykových znalostí a dovedností umožňující realizovat komunikační záměr, a to s ohledem na situaci, posluchače a sociokulturní pravidla. Dle Lechty a kol. (2003) je **komunikační schopnost narušena** tehdy, pokud některá rovina jazykových projevů (nebo několik rovin současně) působí interferenčně vzhledem ke komunikačnímu záměru. Tento princip platí pro všechny formy komunikace.

1.2 Anatomie a fyziologie nervového systému

Komplexní nahlížení na problematiku komunikace a narušené komunikační schopnosti je úzce spjato se znalostí činnosti nervového systému a jeho funkcemi. Jak uvádí Love a Webb (2009, s. 23): „*Mozek je zdrojem řeči a jazyka.*“

Nervový systém je jedním z řídicích systémů našeho organismu. Jeho hlavní funkcí je zaznamenat změny z vnějšího i vnitřního prostředí (senzorická funkce). Dále tyto změny zpracovat a interpretovat (asociační funkce) a zajistit adekvátní odpověď (motorická funkce). Nejdůležitější změny jsou následně uloženy do paměti. Nervová soustava je tvořena centrální nervovou soustavou (mozkem a míchou) a periferní nervovou soustavou, která zahrnuje všechny zbylé části nervového systému (Dylevský, 2013).

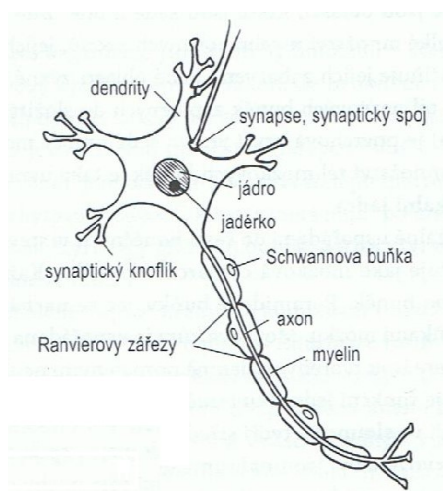
1.2.1 Nervová buňka

Základem každého živého organismu je buňka, stavební kámen všech tkání. Nervový systém je tvořen asi ze sta miliard nervových buněk a daleko většího počtu buněk gliových. Dylevský (2013) uvádí, že počtem převyšují gliové buňky asi desetkrát počet neuronů. Tyto buňky mají v nervovém systému různé pomocné funkce, především vytvářejí podpůrný rámec chránící nervové buňky, metabolizují látky a vylučují odpad, který vzniká například při úrazech (Love a Webb, 2009).

Love a Webb (2009) říká, že v centrálním nervovém systému se nachází čtyři typy gliových buněk: astrocyty, oligodendrocyty, mikroglie a ependymové buňky. Avšak Dylevský (2013) a Čihák (2016) rozlišují tři typy neurogliových buněk podle stavby a funkčních vlastností, a to na astrocyty, oligodendroglie a mikroglie. Ependymovou buňku charakterizují jako výstelku dutin centrálního nervového svalstva. Astrocyty mají podpůrnou funkci, izolují neurony od vnitřního prostředí organismu a jsou prostředníkem látkové výměny mezi neurony a krevním oběhem. Oligodendroglie formují myelinové pochvy vláken centrálního nervového systému (CNS). Jejich obdobou uvnitř CNS jsou Schwannovy buňky, které vytvářejí myelinové obaly periferních nervů. Primární funkcí mikroglie je fagocytóza v CNS, tedy jakási úklidová činnost.

Dle Stockleyová (2000) a dalších autorů (Čihák, 2002, Dylevský, 2013, Love a Webb, 2009) se **neuron** skládá z nervového těla (perikaryon) a z výběžků. Tělo je

tvořeno neuroplazmou, jádrem a jadérkem. Je ohraničeno plazmatickou membránou, ta se podílí na rozhodování o vzniku vzruchu a jeho šíření. Výběžky jsou dvojího typu: axon (neurit) vede vzruchy odstředivě (eferentně), tedy od těla buňky. Zpravidla je dlouhý. Kromě vedení vzruchu také axony odvádějí z těla neuronu některé látky. Ve většině případů jsou v celé své délce obaleny myelinovou pochvou s Ranvierovými zářezy, které urychlují přenos vzruchu. Oproti tomu dendrity jsou krátké a rozvětvené výběžky, které vedou dostředivě (aferentně), směrem k tělu neuronu. Neurony jsou trojího typu: senzorické (dostředivé, smyslové), motorické (odstředivé, hybné) a interneurony.



Obrázek 1: Nervová buňka – neuron (Love a Webb, 2009, s. 30)

Přenos vzruchu z jedné buňky na druhou se uskutečňuje pomocí **synapse**. Tu zajišťují mezery mezi ukončeními neuritu jednoho neuronu a zakončením dendritu druhého neuronu. V zakončeních neuritu se nacházejí váčky s chemickým přenašečem – neurotransmiterem. Vzruch prochází neuritem jako elektrický impulz, synapsí se změní na chemický impulz a v další buňce přechází zpět na elektrický. Jelínek, Zicháček (2007) odhadují, že člověk má stovky bilionů synapsí.

Funkční jednotkou nervové soustavy je **reflex**, tedy reakce organismu na změnu prostředí. Reflexní děj probíhá na tzv. reflexním oblouku. Ten začíná receptorem, který je tvořen specializovanými buňkami, jež reagují na určité podněty. Dále informace pokračuje aferentně do centrální nervové soustavy. Zde dochází k vyhodnocení informace a vedení eferentními vlákny k efektoru (danému orgánu), který vykoná příslušnou reakci (Trojan, Schreiber, 2007).

1.2.2 Centrální nervový systém

Centrální nervový systém, jak je uvedeno výše, se skládá z mozku (encefalon) a hřbetní míchy (medulla spinalis). Mozek je uložen v dutině lebeční a je tvořen několika částmi. Jeho funkcí je zpracovávat informace ze smyslových orgánů a vytvářet na ně vhodné odpovědi. Hřbetní míchu tvoří provazce nervové tkáně uložené v páteřním kanálu. Podle úseku páteřního kanálu dělíme míchu na krční, hrudní a bederní. Na úrovni daných obratlů z míchy vystupuje třicet jeden pár míšních nervů. Ty mohou být motorické, senzitivní nebo autonomní. (Trojan, Schreiber, 2007)

Prodloužená mícha (*medulla oblongata*) je volným pokračováním páteřní míchy. Ve přední části se mírně rozšiřuje a přechází do Varolova mostu. Procházejí zde a přepojují se dostředivé a odstředivé nervové dráhy. Prodloužená mícha je důležitým centrem životně nezbytných nepodmíněných reflexů: dýchacího, srdečního, cévního, sekrece slin a žaludečních šťáv. **Varolův most** (*pons Varoli*) tvoří na spodní ploše prodloužené míchy mohutný límec. Spojují se tu nervové dráhy míchy, mozečku a vyšších oddílů mozku. **Střední mozek** (*mesencephalon*) je ústředím pro zrakové a sluchové reflexy a také se podílí na udržení vzpřímené polohy těla. Tyto tři struktury se souhrnně označují jako **mozkový kmen** (Dylevský, 2013).

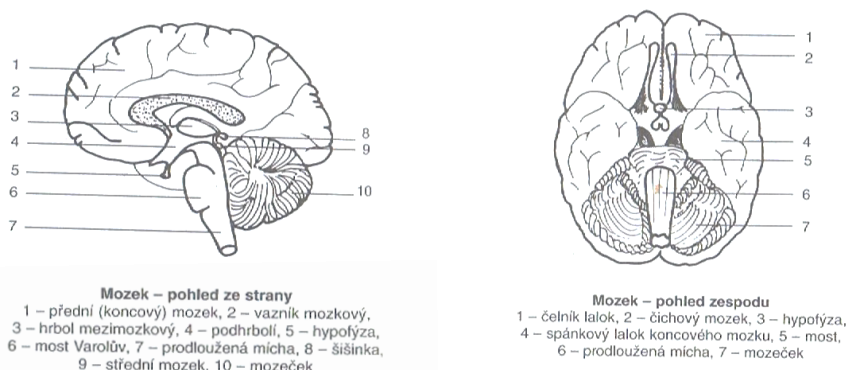
Mezimozek (*diencephalon*) je tvořen dvěma oblastmi: thalamem a hypothalamem. Thalamus zajišťuje převod všech senzitivních drah a některé asociační funkce (pocity kožního cití). Hypothalamus zajišťuje řízení autonomních reakcí a endokrinních funkcí. **Mozeček** (*cerebellum*) je největší strukturou předního mozku. Střední část tvoří červ (vermis), ke kterému jsou připojeny dvě polokoule. Jeho funkcí je udržování svalového napětí a řízení tělesné rovnováhy při stoji i chůzi. Ovlivňuje koordinovanost pohybů na základě informací ze svalů a šlach, ze statokinetického orgánu a mozkové kůry (Trojan, Schreiber, 2007).

Přední mozek (*telencephalon*) je nejrozsáhlejší mozkovou strukturou. Skládá se ze dvou hemisfér, které spojuje kalózní těleso. Šedá hmota mozku tvoří na povrchu mozkovou kůru, bílá hmota uvnitř pak podkorová centra. Mozková kůra je rozbrázděna zářezy, které rozdělují přední mozek na čtyři laloky (lobi): čelní, temenní, týlní a spánkový. Díky zářezům se zvětšuje povrch mozkové kůry a tím i kapacita (Jelínek, Zicháček, 2007).

Dle Čiháka (2016) je základní funkcí **čelního laloku** (*lobus frontalis*) kontrola pohybu kontralaterální strany těla. Přes pyramidové dráhy jsou vysílány impulsy ke svalům. Tyto volní pohyby jsou následně kontrolovány extrapyramidovými drahami (ty řídí především mimovolní pohyby). V této oblasti se nachází Brocovo centrum zodpovědné za motorickou realizaci řeči a motorické korové centrum, jež řídí výše zmíněné volní (vůlí řízené) pohyby. Mnozí autoři se shodují (Trojan, Schreiber, 2007, Dylevský, 2013, Low a Webb, 2009), že čelní lalok zabírá téměř jednu třetinu plochy hemisfér, je tudíž největší z mozkových laloků.

Temenní lalok (*lobus parietalis*) je zodpovědný za vizuální vnímání, orientaci v prostoru a za praktické funkce (číst, psát, počítat). Ve **spánkovém laloku** (*lobus temporalis*) se v oblasti Heschlových závitů nachází centrum sluchového zpracování. Dále se zde nachází Wernickeho řečová oblast, jež je významná pro vývoj i užívání jazyka. Centrum zrakového vnímání je uloženo v nejmenším z laloků – v **týlním laloku** (*lobus occipitalis*) (Low a Webb, 2009, Dylevský, 2013, Čihák, 2002).

Štefela (2015) spolu s Low a Webb (2009) poukazuje na anatomickou i funkční rozdílnost mezi levou a pravou hemisférou. Levá mozková hemisféra je u většiny lidí dominantní, zpracovává informace z pravé poloviny těla a řídí její pohyby. Je zde centrum logického myšlení, matematické a analytické uvažování. Levá hemisféra je klíčová pro řízení jazyka a řeči, je tu uložena verbální paměť. Oproti tomu pravá mozková hemisféra zpracovává informace z levé poloviny těla a ovládá její pohyby. Je zde centrum pro prostorovou představivost, smyslové vnímání. Nachází se tu oblast neverbální paměti.



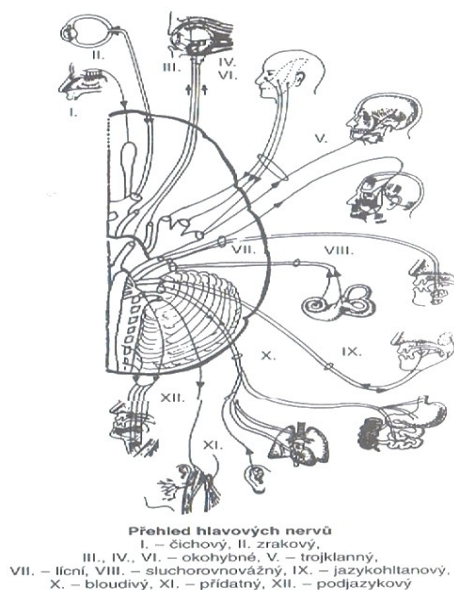
Obrázek 2: Mozek – pohled ze strany a zespodu (Jelínek, Zicháček, 2007, s. 280)

1.2.3 Periferní nervový systém

Dle Trojana, Schreiber (2007) periferní nervy spojují centrální nervstvo s receptory a výkonnými orgány těla. Celkem se rozlišuje 5 typů nervových vláken: **motorická** vlákna vedou informace eferentně a jejich činností dochází ke stahu orgánového a kosterního svalstva. Aferentně vedou informace **senzitivní** vlákna. **Visceromotorická** vlákna se dělí na sympatická a parasympatická vlákna, které vedou informaci k hladkým svalům a žlázám. Vlákna **viscerosenzitivní** vedou podněty z receptorů v tkáních a **senzorická** vlákna vedou senzorické vjemy ze smyslových orgánů (Štefela, 2015).

Mezi periferní nervový systém se řadí hlavové nervy, periferní nervy (míšní nervy) a periferní části autonomního nervového systému. Bez těchto nižších struktur nervové tkáně by nebyl podle Low a Webb (2009) centrální nervový systém vzhledem k lidskému nervovému komunikačnímu systému plně funkční.

Hlavové nervy (*nervi craniales*) tvoří dvanáct párů nervů. Štefela (2015) uvádí, že pouze deset párů vystupuje z mozkového kmene, kde vedou motorické vjemy pro svaly hlavy a krku a opačně přivádějí senzitivní vjemy. První nerv vstupuje přímo do mozku, druhý nerv je vychlípeninou thalamu. Dylevský (2011, 2013) a Čihák (2016) hovoří o stejné stavbě hlavových a míšních nervů, avšak v některých znacích se přeci jen liší.



Obrázek 3: Hlavové nervy (Jelínek, Zicháček, 2007, s. 281)

I. nerv čichový (*nervus olfactorius*) tvoří aferentní, senzitivní výběžky čichových buněk. Při podráždění vede vzruch až do primárního čichového centra v mozkové kůře.

II. nerv zrakový (*nervus opticus*) obsahuje výhradně senzitivní vlákna, jež začínají v sítnici a za očním bulbem se spojují v jeden svazek. V oblasti lebeční baze se zrakové nervy stýkají a kříží – chiasma opticum. Informace jsou dále vedeny do primárních zrakových korových oblastí mozku (Dylevský, 2011).

III. nerv okohybný (*nervus oculomotorius*) je převážně motorický nerv, jež inervuje okohybné svaly a zvedáč horního víčka. Obsahuje také vlákna parasymptiku, která mají na starost svěrač zornice, a tudíž se podílí na akomodaci čočky a zúžení zornice. **IV. nerv kladkový** (*nervus trochlearis*) je čistě motorický nerv, jež inervuje zevní přímý okohybný sval – napomáhá správnému postavení bulbu (Trojan, Schreiber, 2007).

V. nerv trojklanný (*nervus trigeminus*) je smíšený nerv a řadí se k nejmohutnějším z hlavových nervů. Skládá se ze tří větví – *nervus ophthalmicus*, *nervus maxillaris* a *nervus mandibularis*. Motorická část je zodpovědná za žvýkání, napínání měkkého patra díky inervaci *m. tensor veli palatini* a otevírání Eustachovy trubice. Dále inervuje zevní laryngeální sval, jenž slouží k pohybu laryngu nahoru a dopředu. Senzitivní vlákna zajišťují čítí v oblasti obličeje. **VI. nerv odtahovací** (*nervus abducens*) je motorický nerv pro zevní přímý okohybný sval (Low a Webb, 2009).

VII. nerv lícní (*nervus facialis*) je nervem smíšeným. Obsahuje vlákna motorická, senzitivní i autonomní. Motorická část inervuje mimické svalstvo, senzitivní vede informace z chuťových receptorů a autonomní vlákna řídí činnost slinných žláz v dutině ústní (Čihák, 2016). **VIII. Nerv sluchově-rovnovážný** (*nervus vestibulocochlearis*) je čistě senzitivní, skládá se ze sluchového nervu a z nervu rovnovážného. Vede vjemy z Cortiho orgánu a rovnovážného ústrojí.

Dle Štefeli (2015) **IX. nerv jazykohltanový** (*nervus glossopharyngeus*) je nervem smíšeným, obsahuje motorická, senzitivní i autonomní vlákna. Inervaci svalů měkkého patra a hltanu zajišťuje motorické vlákno. Informace z chuťových receptorů na sliznici jazyka pak vlákna senzitivní. Autonomní vlákna inervují hladkou svalovinu příušní slinné žlázy. Dalším smíšeným nervem je **X. nerv bloudivý** (*nervus vagus*).

Z hlavových nervů je nejdelší, zasahuje až do dutiny břišní. Inervuje hladké svalstvo dýchacího systému a trávicího traktu, přináší informace z orgánů dutiny břišní a hrudní, a také inervuje oblast hrtanu.

XI. nerv přídatný (*nervus accessorius*) je motorický nerv. Inervuje trapézový sval a zdvihač hlavy, umožňuje rotaci, úklony hlavy, zvednutí sternu a claviculy. **XII. nerv podjazykový** (*nervus hypoglossus*) je též motorický nerv, jenž má na starost výlučně inervaci svalů jazyka (Low a Webb, 2009).

Míšní nervy (*nervi spinales*) jsou dle Dylevského (2013) a Čiháka (2016) nervy smíšené, obsahují jak vlákna motorická (hybná), senzitivní (citlivá), tak sympatická (autonomní). Motorická vlákna míšních nervů leží v předních míšních rozích. Senzitivní vlákna jsou výběžky buněk spinálních ganglií (míšní uzliny), které tvoří zadní míšní kořeny. Sympatická vlákna jsou vedena meziobratlovými otvory a stáčí se do provazců nervové tkáně podél páteře. Spojením všech vláken vzniká jeden míšní nerv. Celkem je třicet jeden pár míšních nervů. Pokud dojde k přerušení nervu, dochází ke ztrátě citlivosti a hybnosti v dané oblasti.

Autonomní nervstvo je soubor nervových buněk a vláken, jež motoricky inervují hladké svalstvo různých orgánů, cév, svalovinu srdeční stěny a žlázové buňky. Jejich funkce je vůlí neovládatelná. Dělí se na systém sympatických a parasympatických vláken, které jsou navzájem v opozici. Sympatický systém připravuje tělo na zátěž, aktivuje, což se projeví zrychlením srdeční činnosti, zvýšením krevního tlaku a zúžením periferních cév. Naopak parasympatikus tlumí tělesné funkce. Oba tyto systémy navzájem kooperují, málokdy se vyskytuje čistě sympatická nebo parasympatická činnost (Dylevský, 2013, Low a Webb, 2009, Štefela, 2015).

1.2.4 Nervový systém z logopedického pohledu

Nervový systém je základem pro veškerou lidskou komunikaci. Schopnost produkovat artikulovanou řeč je výsledkem dlouhého evolučního vývoje nervových struktur. Ty lze podle Low a Webb (2009) souhrnně nazvat lidský komunikační nervový systém. Tento pojem také užívá ve své publikaci Nakonečný (2002).

Verbální komunikace je převážně řízena z levé mozkové hemisféry, naopak pravá mozková hemisféra je spojována s neverbálním projevem, kam spadá emocionální náboj

v řeči, prozodické faktory a „řeč“ těla. Obě hemisféry spolu navzájem komunikují, spolupracují. Jsou propojeny tzv. **kalózním tělesem** (*corpus callosum*), jehož dráhy mají vliv jak na řečové, tak i na jazykové funkce. Dále přenáší informace mezi oběma hemisférami (Čihák, 2016, Low a Webb, 2009).

V zadní třetině frontálního laloku se nachází Brocovo centrum, jehož hlavní funkcí je řízení mimických svalů během řečové produkce. Při jeho poškození dochází k problémům s tvorbou slov. Porozumění řeči bývá zachováno. Dylevský (2013) a Čihák (2016) poukazují na fakt, že **Brocovo centrum** řeči se ne vždy musí nacházet v dominantní hemisféře (např. u leváků). **Wernickeho oblast** se nachází v temporálním laloku, avšak jeho ohraničení nemusí být přesně dáno. Tato asociační oblast je senzitivním řečovým centrem, jež zodpovídá za porozumění mluvené řeči. Dále se podílí na utváření vnitřních jazykových konceptů (Low a Webb, 2009).

Velký význam pro komunikaci mají **hlavové nervy**. Všech dvanáct párů má určitý vztah k řeči, avšak sedm párů je klíčových. Je to V., VII., VIII., IX., X., XI. a XII. hlavový nerv, který se nepodílí pouze na produkci řeči, ale také na polykacím aktu (Štefela, 2015).

Bazální ganglia jsou útvary šedé hmoty obklopené hmotou bílou uložené hluboko pod vnější mozkovou kůrou. Jejich klasifikace se různí podle autorů, Dylevský (2011) rozděluje bazální ganglia na *corpus striatum*, *globus pallidus*, *claustrum* a *corpus amygdaloideum*, avšak Low a Webb (2009) uvádí pouze *nukleus caudatus*, *globus pallidus* a *putamen*. Jsou součástí extrapyramidové dráhy a jejich funkcí je regulace a motorické řízení pohybů a svalového tonu. Bazální ganglia se účastní na řízení pomalých, opakovaných pohybových stereotypů, korigují přesnost a napětí pohybů. Čihák (2016) pojednává také o zásahu do myšlení, pozornosti, paměti a emocí.

Podstatným faktorem pro rehabilitaci poškozeného mozku je jeho **plasticita**. Mozek je velice přizpůsobivý orgán. Při poškození některé jeho oblasti dokáže jiná oblast převzít ztracené funkce. Části mozku se **učí** novým schopnostem a tím dochází k reorganizaci mozku, což lze dokázat prostřednictvím neinvazivních zobrazovacích metod (např. magnetickou rezonancí). Tato důležitá vlastnost se uplatňuje především při terapiích a rehabilitacích po úrazech mozku, cévních mozkových příhodách a dalších závažných poškozeních mozkových struktur (Neubauerová, Javorská a Neubauer, 2012).

2 Afázie

2.1 Terminologické vymezení

Řeč formuje osobnost člověka, jeho postoje a vztahy k okolí. Jak bylo popsáno výše, člověk prostřednictvím řeči zapadá do určité sociální skupiny, předává a dostává informace, ovlivňuje chování i emoce. Získané narušení komunikace, které vzniklo v důsledku orgánového poškození mozku, je proto velmi závažné postižení, jež má negativní dopad na celkovou osobnost člověka. Problematikou afázie se zabývá mnoho vědních oborů, z čehož pramení terminologická nejednotnost. Shodu nalézají v označení afázie jako jednu z nejtěžších forem narušené komunikační schopnosti.

Peutelschmiedová (2005) řadí afázii do skupiny **získané orgánové nemluvnosti**. Klenková (2006) dodává, že afázie patří do souboru **vyšších kortikálních poruch**, k nimž patří také agnozie, apraxie, akalkulie, alexie, poruchy orientace v prostoru. Tyto vyšší kortikální činnosti jsou specificky lidskou aktivitou, zajišťují psychickou činnost člověka a řídí vnitřní funkce organismu, včetně komunikace s vnějším prostředím. Jejich součástí jsou kognitivní funkce. Dle Kejklíčkové (2011) je afázie ztráta již nabyté schopnosti komunikace mluvou, jež se projevuje **neschopností tvořit řeč nebo jí rozumět** při nepoškozených mluvidlech. Neubauerová (In Neubauerová, Javorská, Neubauer, 2012) doplňuje, že jde o postižení komunikační schopnosti zasahující veškeré modality řeči – expresivní, receptivní, mluvenou a psanou řeč. V různé míře zasahuje i veškeré roviny jazykového systému: foneticko-fonologickou, morfologicko-syntaktickou, lexikálně-sémantickou a pragmatickou rovinu.

Neubauer (In Neubauer a kol., 2007a) definuje afázii jako **poruchu individuálních jazykových schopností** na bázi poškození centrální nervové soustavy. Je to vícemodální jev, jež ovlivňuje percepci mluvního projevu, expresi, lexikální a grafické dovednosti i verbálně-mnestické funkce. Projevuje se nemožností se srozumitelně vyjádřit, narušením schopnosti chápat signální význam slov. Dále jsou obtíže s vyhledáním adekvátních výrazů a užíváním gramatických pravidel.

Krom evidentních jazykových deficitů provází afázii také **psychosociální důsledky**. Ovlivňuje sociální fungování a kvalitu života člověka a jeho blízkých. Afázii charakterizují tyto čtyři základní atributy: je to a) získaná narušená komunikační

schopnost, b) porucha symbolických funkcí, c) porucha vznikající důsledkem ložiskového postižení centrální nervové soustavy, d) porucha projevující se jako důsledek systémového vlivu léze centrální nervové soustavy na vyšší psychické funkce (Cséfalvay, Košťálová In Cséfalvay, Lechta a kol. 2013).

Velmi okrajově bývá zmiňována **dětská afázie**, která je definovaná jako získaná fatická porucha v útlém věku. Low a Webb (2009) ji považují za narušenou komunikační schopnost, jež vznikla v důsledku mozkového poškození u dítěte s dosud normální jazykovým vývojem. Na rozdíl od narušené komunikační schopnosti získané v dospělém věku zde velkou roli hraje vývoj, rozvíjející se jazykové dovednosti. Dochází tak k narušení jazykového vývoje dítěte, vývoje kognice a schopnosti neuroplasticity mozku, jež se vzájemně ovlivňují. Vzniká tak daleko více heterogenní obraz afázie oproti dospělým (Michlová, 2018).

Afaziologie je podobor logopedie, který vznikl z důvodu velmi široké oblasti zájmu, kam afázie zasahuje. Má multidisciplinární charakter, zabývají se jí nejrůznější odborníci. Logoped, afaziolog, se zaměřuje na tuto poruchu komunikace v celém jejím rozsahu, včetně narušení písemného a čteného projevu, poruch hlasu a polykání. Obor afaziologie založil francouzský lékař a antropolog Paul Broca, první zmínky se objevují v devatenáctém století (Klenková, 2006, Kulišťák, Lehečková, Mimrová, Nebudová, 1997).

2.2 Etiologie

Afázie je tedy získaná porucha, náhle vzniklá ztráta schopnosti mluvené řeči, porozumění mluvené a psané řeči, která vzniká při organickém poškození centrální nervové soustavy. Kejkličková (2011) uvádí, že se jedná o poškození **korových center** řeči v dominantní mozkové hemisféře, které jsou specializovaná na produkci a porozumění řeči. Jedná se o motorické centrum (Brocovo centrum), jež ovládá aktivní tvorbu řeči a sensorické centrum (Wernickovo centrum) zajišťující porozumění řeči. Afázie může dále vznikat poškozením **subkortikálních oblastí**, např. thalamu, bazálních ganglií, capsula interna (Low a Webb, 2009).

Jelikož v běžné populaci převažují praváci (osoby, které píšou a vykonávají běžné manuální činnosti pravou rukou), převažují afázie s poškozením korových oblastí v levé

mozkové hemisféře, ta je pro praváky dominantní. Ovšem pouze pro 95% pravorukých je dominantní hemisféra levá, pro 5% je dominantní právě pravá hemisféra. U levorukých je dominantní hemisféra v 70% vlevo, v 15% vpravo a 15% na obou stranách. Proto při poškození mozkových struktur v jedné oblasti hemisféry se nelze spoléhat při usuzování na fatickou poruchu na pravo/levorukost (Sovák, 1962, Tichý, Běláček, 2008).

Přibližně u jedné třetiny osob je hlavní příčinou afázie cévní mozková příhoda. Dalšími příčinami tohoto druhu narušené komunikační schopnosti jsou **úrazy a poranění mozku** (kontuze, komoče mozku, krvácení do mozkových plen). Jedná se o druhou nejčastější příčinu díky vysokému počtu dopravních nehod. Centrální nervová soustava je narušena vlivem mechanických sil, bývá doprovázena poruchou vědomí. Dle mnohých výzkumů jsou muži postiženi dvakrát více než ženy (Neubauer a kol., 2007).

Mezi další příčiny patří **mozkové tumory, zánětlivé onemocnění mozku** (encefalitida, meningoencefalitida, myelitida) a **degenerativní onemocnění** centrální nervové soustavy a demence. Do této skupiny se řadí Alzheimerova choroba, která zapříčiňuje až 60% všech demencí, dále Pickova choroba nebo progresivní supranukleární obrna. Závažné jsou též **intoxikace** mozku v důsledku nadužívání návykových látek (Cséfalvay, Lechta a kol., 2013).

Většina autorů (Peutelschmiedová, 2005, Klenková, 2006, Kejklíčková, 2011 a další) se shodují, že klinický obraz afázie závisí na lokalizaci a rozsahu poškození centrální nervové soustavy i na jeho povaze. Neméně důležitou roli sehrává i věk daného jedince, jeho osobnostní ladění a další faktory (např. sociální zázemí).

2.2.1 Cévní mozková příhoda

Cévní mozková příhoda je nejčastější příčinou vzniku afázie. Jedná se o poruchu cévní cirkulace v oblasti centrální nervové soustavy. Světová zdravotnická organizace definuje toto onemocnění jako rychle se rozvíjející mozkovou dysfunkci ložiskového mozkového poškození, které trvají déle než 24 hodin nebo vedou ke smrti, za předpokladu, že se pomocí zobrazovacích metod a dalších dostupných vyšetření vyloučí jiné příčiny neurologického defektu (WHO, 1999).

Nejčastěji se cévní mozkové příhody dělí na hemoragické a ischemické. **Ischemická** cévní mozková příhoda (iCMP) vzniká na podkladu trombózy (ateroskleróza mozkových tepen – kornatění tepen) nebo embolie. Projevuje se poklesem krevního průtoku v oblasti centrální nervové soustavy a dochází tak k nedostatečnému krevnímu zásobení mozkové tkáně. **Hemoragická** cévní mozková příhoda (hCMP) je způsobena rupturou (protržením) cévy v dané oblasti, je to krvácivý stav v oblasti mozkové tkáně. Vzniká v důsledku vysokého krevního tlaku, tepna často praská v místě aneurysmatu (rozšíření, výdut' tepny). Častěji dochází k ischemické formě – 85% případů (Kalina, 2008).

Jednoduchou cestu jak rozpoznat a zapamatovat si nejčastější symptomy cévní mozkové příhody přináší zkratka FAST. F=**FACE** (tvář) – zpozorování pokleslého očního nebo ústního koutku jedné poloviny těla při úsměvu dané osoby. A=**ARM** (ruka) – jednostranná porucha hybnosti horní (případně dolní) končetiny. S=**SPEECH** (řeč) – obtíže v řeči, které mohou být prvním nápadným ukazatelem rozvíjející se cévní mozkové příhody. T=**TIME** (čas) – nutnost včasného zásahu, zavolání lékařské pomoci při zpozorování výše zmíněných obtíží (National Stroke Association, 2018). K dalším symptomům patří narušená hybnost opačné poloviny těla, než je neurologické ložisko, poruchy rovnováhy a koordinace, poruchy vědomí, poruchy vyšší nervové činnosti (afázie, apraxie, alexie, agrafie), poruchy vizuálně-prostorové orientace (neglect syndrom).

Osobám s cévní mozkovou příhodou je poskytnuta zdravotnická péče na několika specializovaných pracovištích. Jsou to komplexní cerebrovaskulární centra (s neurochirurgickou a radiologickou péčí), dále iktová centra, a cerebrovaskulární péče. K odhalení cévní mozkové příhody se využívá velká škála diagnostických neurologických metod, jako jsou zobrazovací metody – výpočetní tomografie a magnetická rezonance. Neméně důležitá je i diferenciální diagnostika k odlišení jednotlivých druhů infarktů a dalších onemocnění (Feigin, 2011).

Pro terapii cévní mozkové příhody je podstatná **komplexní léčba**, která zahrnuje zajištění základních životních funkcí, ošetrovatelskou péči, případně chirurgický zákrok. Řadí se sem ale také rehabilitační péče, která u nás nemá pevně danou strukturu, což může způsobovat dlouhé období s nejrůznějšími funkčními deficity pro osoby po iktu. V rámci

specializované terapie probíhá intenzivní rehabilitace, psychologická terapie a logopedická intervence. Pro rehabilitační péči je primární včasný začátek tak, aby mohl být její efekt co největší (Formanová, Jandová, 2017).

Významnou součástí komplexní péče cerebrovaskulárních onemocnění je i **prevence**. Snaha předejít vzniku iktu, nebo následně snížit rizika recidivy. V prvním případě se jedná o zamezení rozvoje civilizačních chorob správnou životosprávou, předcházení stresu, medikace hypertenze nebo diabetes mellitus. V druhém případě jde o farmakologickou léčbu ovlivňující vlastnosti krve a režimová opatření (©IKTA.CZ, 2019).

2.3 Symptomatologie

Jak je již zmíněno výše, klinický obraz afázie je individuální, u každé osoby se symptomy projeví v různé míře a v odlišném seskupení. Závažnost symptomů je dána rozsahem a charakterem mozkového poškození. Kejklíčková (2011) poukazuje na proměnlivost symptomů v čase vzhledem k délce trvání afázie. V akutní fázi, afázie trvající 4-6 týdnů od vzniku poškození, pacienti někdy nemluví (**mutismus**), reagují **stereotypiemi** (opakování bezvýznamného jednoduchého slova, slabiky nebo shluku slov) nebo sténáním. Až čtvrtina afázií v této fázi mizí, řeč se postupně upravuje. Afázií trvající do jednoho roku od poškození označuje postakutní, pokud trvá déle, stává se chronickou.

Cséfalvay, Klimešová, Košťálová (2002) hovoří o poruše plynulosti řeči, kdy **nefluentní** (neplynulá) řeč se projevuje krátkými větami, často pouze izolovanými slovy s převahou substantiv. Tempo řeči je zpomalené díky těžkostem ve vyhledávání slov v mentálním lexikonu. Oproti tomu **fluentní** (plynulá) řeč se vyznačuje dlouhými proslovy s množstvím parafázií a **neologismů** (gramaticky chybně tvořená, nesrozumitelná slova). Pokud je tempo řeči zrychlené, mluva je překotná bez obsahu informací, označuje se pojmem **logorhea**.

Parafázie se projevují deformací slov různého typu. U **fonemických parafázií** je slovo srozumitelné, slovní tvar je sice deformovaný, ale obsahuje některé prvky daného slova. Těžší slovní deformace, a tudíž špatná srozumitelnost je u **parafázií žargonových**, kdy je slovo zcela změněné. **Sémantické parafázie** označují nahrazování slov

významově podobným slovem z důvodu nevzpomenutí si na konkrétní název (Klenková, 2006).

Dále Cséfalvay, Košťálová (2012) zmiňují **agramatickou až paragramatickou** mluvu. Agramatická mluva vzniká nedodržením gramatických struktur při tvorbě vět, nejčastěji při skloňování a časování. Paragramatizmy se vyskytují u fluentních afázií a jsou to velice dlouhé a složité věty s mnoha souvětími, kdy dotyčný zdvojuje věty nebo jejich části, kombinuje dvě neúplné věty s odlišným významem.

Perseverace je nepatřičné setrvávání u jednoho podnětu, ulpívání na předchozím podnětu, přičemž konverzace již postoupila dál. Osoba opakuje po sobě samém slova, případně slovní spojení, věty. Jde tedy o **poruchu opakování**. Oproti tomu **echolálie** jsou projevy spontánního opakování slyšeného slova, otázky. **Mluvní automatismus** je opakování nepřiléhavých slov, slovních spojení jako reakce na jakoukoliv otázku nebo spontánní mluvě. Velmi závažné jsou také **poruchy porozumění**, jež nemusí být při prvním kontaktu patrné. Obě tyto poruchy jsou důležitými kritérii pro diagnostiku (Peutelschmiedová, 2005, Klenková, 2006, Kempna, Barakomska In Neubauer, Kaliba, 2012).

Neubauer (In Neubauer a kol., 2007a) doplňuje symptomy provázející afázie o **anomii** a **dysnomii**. Jedná se o obtíže vybavování pojmů, které se projevují ztíženým vyhledáváním slov ze sémantické jazykové sítě a jsou doprovázeny pomlkami a váháním. Nejedná se poruchu v důsledku ztráty paměťových funkcí. Také zmiňuje **parafrázie**, tedy sníženou schopnost až neschopnost vyjádřit se ve větách. Ty jsou typické pro expresivní typy afázie.

2.4 Klasifikace

Jelikož tato porucha komunikace zasahuje do mnoha oblastí zájmů a její symptomy jsou variabilní, neexistuje jednotná klasifikace. Cséfalvay, Košťálová (In Cséfalvay, Lechta a kol., 2013) hovoří o interindividuálních rozdílech mezi dvěma pacienty se stejnou afázií, tak o rozdílech intraindividuálních, kdy se afázie mění v krátkém čase. K nejednotnosti klasifikace také přispívá různé pojetí afázie světovými afaziologickými školami, mezi které se řadí bostonská afaziologická škola, ruská neuropsychologická škola a německá neurologická afaziologická škola.

Velmi zjednodušenou klasifikaci afázie přináší Čecháčková (In Škodová, Jedlička a kol., 2003), která uvádí dělení na afázii **receptivní** (senzorickou, Wernickeho), afázii **expresivní** (motorickou, Brocovu) a **globální** (totální). Toto dělení nepřináší komplexní pojetí této poruchy, zaměřuje se pouze na řečovou produkci a porozumění.

Jedním z nejčastěji užívaných dělení afázie před podrobnou diagnostikou, které slouží k určení dvou obecných typů afázie je **dichotomická klasifikace**. Ta rozděluje afázii na *receptivní* (percepční) a *expresivní*. Dále se užívá dělení na *motorickou* a *senzorickou* afázii. Motorická afázie vyplývá z přední kortikální léze nejčastěji frontálního laloku, senzorická pak v zadní lézi temporálního laloku. Proto se někdy užívá dělení na *přední* a *zadní* afázii, čímž se přímo odkazuje na místo léze. Klasifikace afázie na *fluentní* a *nonfluentní* vychází z narušení řečové exprese ve spontánním řečovém projevu (Low a Webb, 2009).

Z důvodu velké rozmanitosti symptomů afázie a individuality projevů nelze vždy zcela přesně zařadit do určité kategorie a označit tak konkrétní typ afázie. K nejčastěji používaným klasifikacím patří **Bostonská klasifikace afázie**, méně častou je pak **Lurijova klasifikace afázie**. Krom těchto existuje i další řada klasifikací, například Hrbkova klasifikace afázie, Kimlova klasifikace afázie atd. (Lechta a kol., 2003).

2.4.1 Bostonská klasifikace afázie

Tato klasifikace je nejčastěji užívanou klasifikací afázie. Posuzuje celkem čtyři kategorie ve spontánním projevu – opakování, schopnost pojmenování, porozumění a plynulost řeči. Následně jsou kategorie rozšířeny o posouzení lexie a grafie. Bostonská klasifikace afázie označuje osm klinických syndromů (Cséfalvay a kol., 2007).

Nejzávažnější typ **afázie** je **globální**. Vzniká při rozsáhlých poškozeních tzv. perisylvianské oblasti dominantní mozkové hemisféry. Bývá přítomna často v akutní fázi onemocnění, časem se může spontánně upravit a přejít v jiný typ. Častá je perseverace slabik, stereotypie, opakování neologismů. Nerušeno je i porozumění řeči, při použití gest komunikačního partnera může být reakce na instrukci přiměřená. Výrazně narušena je lexie i grafie (Cséfalvay, Košťálová, Klimešová, 2002).

U **Brocovy afázie** je produkce řeči nonfluentní, tempo je velmi pomalé. Pacienti mají potíže při vyhledávání slov z mentálního lexikonu, proto využívají kompenzační

strategie cirkumlokuce – opisu slova. Dalším nápadným symptomem je agramatismus. Narušené je opakování na úrovni slov a vět. Porozumění řeči je výrazně lepší oproti produkci. Selhání může nastat až při složitějších větách. Přítomna může být dysartrie nebo apraxie (Čecháčková In Škodová, Jedlička a kol., 2003).

Ve spontánní produkci je **Wernickeho afázie** plynulá, dobře artikulovaná. Tempo je oproti běžnému konverzačnímu zrychlené, vyskytují se neologismy a parafázie. Při opakování pacienti nahrazují slova jinými. Velmi těžce narušeno je porozumění řeči, což je dominujícím symptomem tohoto typu afázie. Vzniká při lézích temporálního laloku, občas je přítomna anosognózie (Cséfalvay a kol., 2007).

Transkortikálně motorická afázie se projevuje nonfluentní agramatickou řečí. Charakteristické je narušené pojmenování. Porozumění řeči je zachovalé, stejně tak jako opakování. Fluentní typ afázie podobný Wernickeho afázii je **transkortikálně senzorická afázie**. Zde je výrazně narušena percepce řeči a schopnost pojmenování. Opakování slov a vět je zachované. Při rozsáhlých poškozeních vzniká **transkortikálně smíšená afázie**, často označována též jako syndrom izolace řečových zón. Tento typ se vyznačuje nonfluentní řečí s narušeným porozuměním a pojmenováním. Typická je opět zachovaná schopnost opakování (Neubauer In Neubauer a kol., 2018).

Konduktivní afázie je charakterizována neschopností opakovat slova i věty a pojmenovat subjekty. Spontánní projev je plynulý, avšak obsah sdělení je narušen. Porozumění je zachováno. Při **anomické (amnestické) afázii** je mluva pacientů plynulá, ale přerušována anomickými pauzami. Dominuje porucha nalézání a výběru slov z vlastní slovní zásoby. Porozumění a pojmenování jsou zachované (Cséfalvay, Košťálová In Cséfalvay, Lechta a kol., 2013).

2.4.3 Lurijova klasifikace afázie

Méně užívanou klasifikací je Lurijova klasifikace afázie, která je založena na tzv. funkčních blocích a kortikálních změnách zón mozku. Liší se především v orientaci jak na lézi mozku, tak na primární defekt. Poukazuje tak na to, že stejný symptom může vzniknout z různé mozkové léze, může mít rozličné příčiny (Cséfalvay In Lechta a kol., 2003).

Tento přístup nabízí poměrně komplexní pohled, jelikož je zaměřen na spolupráci zón mozkové kůry a podkorových struktur. Odráží tak celkovou funkci centrální nervové soustavy a každý typ afázie má vztah k lokalizaci poškození mozkové tkáně. Tato klasifikace tedy přináší čtyři proměnné – primární porucha, lokalizace, blok a zóna. Mozková kůra je rozdělena na tři funkční bloky: první slouží k regulaci tonu a bdění, druhý přijímá, zpracovává a uchovává informace a třetí slouží k programování, regulaci a kontrole probíhajících forem psychické činnosti. Každá zóna je základem pro danou psychickou funkci. Také se dělí na tři: primární (přijímá a vysílá informace), sekundární (zpracovává informace), terciární (integruje informace z různých oblastí) (Čecháčková In Škodová, Jedlička a kol., 2003, Hrnčiarová, 2010).

Alexandr Romanovič Lurija popsal na základě těchto proměnných celkem sedm typů afázie, které rozděluje do dvou kategorií podle vznikající léze. V případě léze předních oblastí mozku vzniká dynamická afázie a eferentní motorická afázie. Při lézích zadní oblasti mozku aferentní motorická afázie, akusticko-mnestická, senzorická, sémantická a amnestická (Hrnčiarová, 2010, Cséfalvay In Lechta a kol., 2003).

2.5 Logopedická intervence afázie

Logopedická intervence je specifická aktivita, která je uskutečňována logopedem s cílem identifikovat, eliminovat nebo zmírnit či předejít narušené komunikační schopnosti. Je to složitý multifaktoriálně podmíněný proces, který se prolíná do třech úrovní: logopedická diagnostika, logopedická terapie a logopedická prevence (Klenková, 2006).

2.5.1 Diagnostika

Diagnostický proces je důležitým východiskem pro stanovení individuálního terapeutického plánu. Nedílnou součástí diagnostiky afázie je interdisciplinární spolupráce, zde především s neurology. Během diagnostického procesu se hodnotí spontánní řečová produkce, pojmenování, opakování, porozumění mluvené řeči a také čtení a psaní.

K tomuto procesu lze použít dostupné testové baterie, které hodnotí typ a rozsah narušení fatických funkcí. Cséfalvay a Košťálová (In Cséfalvay, Lechta a kol., 2013) dělí diagnostické **testy** na **screeningové**, které se používají zejména v akutní fázi, **komplexní**

testy, které se používají k určení typu afázie a **testy speciální**, pomocí nichž jsou vyšetřovány další specifické oblasti.

Standardizovaným a nejčastěji používaným screeningovým testem v České republice je *The Mississippi Aphasia Screening Test*, u nás známý jako **MASTcz**. Je to jednoduchý, krátký test, trvající maximálně čtvrt hodiny. Test slouží k vyšetření fatických funkcí a zachycení afázie, alexie a agrafie v akutní fázi. Je tvořen devíti subtesty, které se zaměřují na: automatickou řeč, pojmenování, opakování, fluenci, psaní na diktát, rozumění alternativním otázkám, rozumění slovu, mluvené instrukci a čtené instrukci. Součtem bodů v prvních pěti oblastech je získán index produkce (IP), z následujících úloh pak index rozumění (IR). Součtem těchto dvou indexů vznikne celkový jazykový index (CJI) s maximálním počtem 100 bodů (Košťálová IN Neubauer, Kaliba, 2012).

U pacientů v subakutní nebo chronické fázi se užívají komplexní testy k vyšetření fatických funkcí a přesnému určení typu afázie. K nejznámějším patří *Western Aphasia Battery* (WAB), *Vyšetření fatických funkcí* Cséfalvaye, Klimešové, Košťálové, *Vyšetření získaných neurogenních poruch řečové komunikace* dle Neubauera a *Lurijovo neuropsychologické vyšetření*.

Autorem testu **Western Aphasia Battery** je významný neurolog Andrew Kertesz. Kompletní verze obsahuje osm subtestů pro mluvenou řeč, čtení a psaní, apraxii, konstrukční vizuoprostorové a kalkulační schopnosti. K nejvíce užívaným patří první čtyři subtesty, podle kterých lze určit klinické syndromy afázie. Skóre subtestů udává kvocient afázie. V České republice bohužel tento materiál není možné v klinické praxi užívat (Cséfalvay, Košťálová, 2012).

Vyšetření fatických funkcí umožňuje vytvoření komplexní představy o daném klinickém syndromu afázie. Určuje typy afázie dle Bostonské klasifikace a detekuje intaktní a narušené složky jazykového systému. Obsahuje celkem šest subtestů s dalšími podúkoly zaměřené na porozumění a produkci slov, opakování, čtení a psaní (Cséfalvay, Košťálová, Klimešová, 2002).

Vyšetření získaných neurogenních poruch řečové komunikace přináší soubor komplexního vyšetření pro potřeby diagnostiky osob s ložiskovým poškozením centrální nervové soustavy. Toto vyšetření lze uplatnit i při diferenciatní diagnostice, odlišení

afázie a dysartrie, a různých typů apraxie a agnozie. Testy jsou zaměřeny na produkci a porozumění, grafii, lexii, kalkulii, praxii, poruchy motorické realizace řeči a kognitivně-komunikační poruchy. Výsledky jsou zaznamenány na diagnostickou křivku, ze které je patrný stupeň poruchy (Neubauer In Neubauer a kol., 2007b).

Hrnčiarová (2010) popisuje **Lurijovo neuropsychologické vyšetření**, které obsahuje celé systémy metod orientované na kvalitativní analýzu defektu a identifikaci mechanismu porušení vyšších psychických funkcí. Je sledována spontánní řeč, pojmenování, opakování, rozumění významu slov, praxie, gnozie, ale také paměť, popis děje, grafie, lexie a kalkulie.

Speciální testy slouží k hodnocení specifických symptomů afázie. Patří sem například **Token test**, který je určen k hodnocení úrovně porozumění slyšeného a pracovní paměti. Úlohou vyšetřovaného je na základě instrukce ukázat na geometrický tvar různé velikosti a barvy. Někteří tento test řadí ke screeningovým metodám afázie, jelikož všichni pacienti s afázií dosahují výkonu pod hranicí normy (Cséfalvay a kol., 2007).

2.5.2 Terapie

V terapii afázie zaujímá zásadní roli komplexní rehabilitační přístup, kdy se na terapii podílí odborníci různých profesí: lékaři, fyzioterapeuti, logopedi, ergoterapeuti, psychologové a další. Jelikož není možná každodenní intenzivní logopedická terapie, je proto nutností zapojení rodiny či blízkých osob. Ti se podílí především na transferu – využití schopností z terapie v běžných situacích (Neubauerová, Javorská a Neubauer, 2012).

Terapie je dlouhodobý proces navazující na proces diagnostiky. Sestavení terapeutického plánu je vždy individuální, závisí na typu afázie, jejím stupni i osobnosti samotného jedince. V současnosti užívané terapie lze rozdělit dle Cséfalvaye a kol. (2007) do tří skupin – terapie zaměřená na obnovu konkrétní narušené funkce, terapie zaměřená na narušenou komunikační schopnost a jazykové deficity a z nich vyplývající narušení komunikační schopnosti.

Huber, Springer a Willmes (1993 In Cséfalvay a kol., 2007) hovoří o třech etapách terapie afázie. Cílem **aktivační fáze** je podpořit obnovení dočasně narušených funkcí,

aktivizovat řeč pomocí technik přímé i nepřímé stimulace. V druhé, **symptomově-specifické fázi** se zahajuje reedukace narušených lingvistických schopností. Poslední fáze je nazývána **konsolidační fází** a je zaměřena na doplnění a udržování lingvistických znalostí. Trénuje se konverzace a užití neverbální komunikace.

Specifické terapeutické postupy se využívají především u expresních typů afázie. Cséfalvay a kol. (2007) spolu s Neubauerem a kol. (2007) sem řadí *melodicko-intonační terapii* (MIT), která vychází z faktu, že u výrazných narušení produkce řeči je dobře zachovaná schopnost zpívat známou píseň. Tím se aktivuje funkce pravé hemisféry. Dále pak *vysoce automatizované formy řeči* vhodné u osob s těžkou nonfluentí afázií nebo s absencí produkce řeči. Využívají se různé série – číselné řady, dny v týdnu, měsíce apod. *Využití kresby při komunikaci* (BDB) využívajících se u osob s nonfluentním typem afázie kombinované s agrafií a alexií.

Kognitivně-neuropsychologický přístup je orientován na terapii nominativních funkcí, alexie a agrafie. Tento přístup také sleduje efektivitu terapie v rámci dílčích deficitů. Techniky a postupy, které se zde využívají, jsou stimulační nebo facilitační s cílem využití transferu ke zmírnění obtíží v dané kognitivní modalitě, jež se projeví zlepšením v oblasti komunikace s okolím. Zaměřuje se na postupy při poruchách produkce řeči, porozumění řeči, obnovení alexie a agrafie. Tato forma terapie není u nás příliš využívána (Cséfalvay, Košťálová, Klimešová, 2002).

Lurijova neuropsychologická koncepce obnovovací terapie zdůrazňuje, že řeč při afázii se obnovuje jen prostřednictvím speciální, správně organizované, obnovovací, restituční terapie. Touto metodou dojde k přestrukturování funkčních systémů, jelikož se zapojují nové složky a tvoří se nové funkční systémy, které se předtím nepodílely na realizaci porušené funkce. Využívá se jak nepřímých metod, jež nepůsobí na porušenou funkci rovnou, tak i metod přímých (Hrnčiarová, 2010, Neubauer In Neubauer a kol., 2018).

Pragmaticky orientovaný terapeutický přístup vychází z předpokladu, že osoby s afázií mají nejvíce zachovalou právě pragmatickou jazykovou rovinu. Proto jsou podporovány všechny komunikační strategie, které pomáhají jedinci k úspěšné a efektivní komunikaci. Mezi užívané metody patří *Promoting Aphasic's Communicative*

Effectiveness (PACE). Zde se akceptují agramatismy, parafázie, neologismy a další projevy afázie. Důraz je kladen na přijímání i produkci informací tak, aby sdělované informace byly správně pochopeny příjemcem sdělení v obou směrech komunikace (Cséfalvay, Košťálová In Cséfalvay, Lechta a kol., 2013).

Výše zmínění autoři se shodují, že terapie afázie by měla být vždy včasné zahájena, nejlépe již na jednotce intenzivní péče v nemocnici. V prvních měsících po vzniku poškození mozkové tkáně by měla být terapie nejintenzivnější. Samozřejmě je pro efektivní terapii nutností správná motivace dané osoby a informovanost jeho i blízkého okolí.

2.5.3 Prevence

Poslední oblastí logopedické intervence je logopedická prevence, která vychází ze znalostí příčin vzniku narušené komunikační schopnosti. V případě afázie se jedná o zamezení vzniku onemocnění a úrazů, při kterých dochází k ložiskovým poškozením centrální nervové soustavy, snaha předcházet cévním mozkovým příhodám. Logopedická prevence se uskutečňuje na třech úrovních: primární, sekundární a terciární.

Primární prevence zahrnuje celou společnost, je to celoplošná snaha předejít vzniku narušené komunikační schopnosti. **Sekundární prevence** se týká rizikové skupiny osob, které jsou ohroženy vznikem narušené komunikační schopnosti. **Terciární prevence** se zaměřuje na osoby, u kterých již projevil nějaký druh narušené komunikační schopnosti. Cílem tedy je odstranit poruchu, případně zamezit jejímu zhoršování (Peutelschmiedová, 2005, Klenková, 2006).

3 Systém organizace logopedické intervence v České republice

Logopedická intervence se orientuje na **osoby všech věkových kategorií**, tedy od dětí, dospívajících, dospělých až po seniory s cílem dosáhnout správného mluvního projevu jak po stránce formální, tak i obsahové. Jak je již popsáno, logopedická intervence je specifická činnost, kterou provádí logoped.

Logoped

Vitásková, Peutelschmiedová (2005) odkazují na definici International Association of Logopedics and Phoniatrics (Mezinárodní Asociace Logopedů a Foniatrů) z roku 1995, která popisuje logopeda jako odborníka, který se zabývá diagnostikou, terapií, organizací péče a výzkumu v oblasti poruch komunikace, kam spadají veškeré procesy spojené s produkcí a porozumění řeči, psaným textem, neverbální komunikací a dnes i poruchami polykání. Mezi další činnosti logopeda patří prevence a poradenská činnost.

Klenková (2006) uvádí, že logoped je absolvent akreditovaného magisterského studijního programu speciální pedagogiky na pedagogické fakultě, který vykonal státní závěrečnou zkoušku z logopedie a surdopedie. Dvořák (2007) odlišuje logopeda klinického, školského a odborného. Toto dělení dnes již shledáváme nefunkčním, rozlišuje se logoped klinický a logoped pracujícího v rezortu školství. **Klinický logoped** je pracovník ve zdravotnictví, absolvent magisterského vysokoškolského studia se státní závěrečnou zkouškou z logopedie a surdopedie, navíc s atestací z oboru. **Speciální pedagog - logoped** se zapojuje do výchovně – vzdělávacího procesu. Reedukuje, koriguje a stimuluje dítě v oblasti jazykové výchovy v prostředí školského zařízení.

Škodová (In Neubauer a kol., 2018) dodává, že úspěch práce logopeda podmiňuje také jeho **osobnost**. Terapeut má být citlivý, zkušený, schopen používat terapeutické metody co nejefektivněji a individuálně je přizpůsobit klientovi. Krom osobních kvalit je důležité i celoživotní vzdělávání. Klinický logoped na rozdíl od logopeda pracujícího ve školství nese plnou právní zodpovědnost za správnost a vhodnost výběru a použití terapeutických metod.

Systém péče před rokem 1989

Systém poskytování logopedické intervence se změnil s rokem 1989. V rámci celospolečenských změn se začal utvářet sektor soukromých služeb a nestátních neziskových organizací. V současné době dochází k realizaci logopedické intervence ve třech rezortech: resort školství, mládeže a tělovýchovy, resort zdravotnictví a resort práce a sociálních věcí. Před rokem 1989 spadala logopedická intervence do dvou resortů: ministerstva zdravotnictví a ministerstva školství.

V **resortu zdravotnictví** působili vysokoškolsky vzdělaní logopedi se státní závěrečnou zkouškou z logopedie na foniatrických klinikách a odděleních, na neurologických klinikách a v léčebnách dlouhodobě nemocných. Pod oblast zdravotnictví patřily logopedické poradny, které zřizovaly okresní ústavy národního zdraví. Zde působili logopedičtí asistenti, kteří absolvovali dvoutýdenní kurz zaměřený především na praxi. Tímto kurzem procházeli učitelky mateřských a základních škol a věnovaly se pouze lehčím vadám výslovnosti.

V **resortu školství** logopedi pracovali ve školách pro handicapované děti, v pedagogicko-psychologických poradnách. Dále ve školách pro děti s vadami řeči (dříve nazývány jako základní školy pro vadně mluvící), kde byla výuka rozšířena o individuální logopedickou péči. Koncem 80. let dvacátého století se rozšířilo zřizování logopedických tříd mateřských škol, kde se logopedi také uplatňovali (Vitásková, Peutelschmiedová, 2005).

3.1 Logopedická intervence v rezortu ministerstva zdravotnictví

Logopedickou intervenci, tedy diagnostickou, terapeutickou a preventivní činnosti v rezortu ministerstva zdravotnictví dnes poskytují logopedi nejčastěji v **logopedických ambulancích**. Jsou to většinou nestátní zařízení přidružené k zdravotnickému zařízení, městské poliklinice nebo zcela soukromé ambulance patřící pod soukromou kliniku. Pro zřízení soukromé logopedické praxe je nutné složení atestační zkoušky a nabytí dostatečné praxe (Klenková, 2006).

Samostatnou logopedickou činnost v rezortu zdravotnictví upravuje zákon č. 201/2017 Sb., kterým se mění zákon č. 96/2004 Sb., o podmínkách získávání a uznávání způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povolání a k výkonu

činností souvisejících s poskytováním zdravotní péče a o změně některých souvisejících zákonů (zákon o nelékařských zdravotnických povoláních). Ten říká, že odborná a specializovaná způsobilost k výkonu povolání klinického logopeda se získá absolvováním akreditovaného magisterského studijního oboru speciální pedagogika se státní závěrečnou zkouškou z logopedie a surdopedie a absolvováním specializačního vzdělávání v oboru klinická logopedie. Po dokončení této specializační přípravy se logoped stává logopedem *klinickým* a je způsobilý samostatně vykonávat činnost v rámci preventivní, diagnostické, léčebné, rehabilitační a dispensární péče.

Kliničtí logopedi nepracují jen s dětmi, ale i s dospělými a osobami v období senia. Setkávají se tedy jak s diagnózami vývojovými, tak i získanými narušeními komunikační schopnosti (například dysartrií, afázií, s poruchami fluence řeči, psychogenními poruchami řeči, s dysfagií, s psychiatrickými diagnózami atd.).

Logopedická péče pro děti i dospělé je ve zdravotnictví hrazena zdravotními pojišťovnami podle Seznamu výkonů na základě doporučení lékaře a platného průkazu pojištěnce. Pokud příslušná ambulance nemá smlouvu s klientovou pojišťovnou, hradí si péči klient sám (Logopedická péče – kdy, kde, jak, © AKL, 2019).

Logopedická intervence neprobíhá pouze v ambulancích, ale také na lůžkových odděleních, v nemocnicích při odděleních neurologie, foniatrie, v léčebnách a rehabilitačních ústavech (Fukanová In Škodová, Jedlička a kol., 2003).

3.2 Logopedická intervence v rezortu ministerstva školství, mládeže a tělovýchovy

Logopedická intervence zajišťována tímto rezortem je určena dětem, žákům a studentům s narušenou komunikační schopností a také dětem s intaktním řečovým projevem v rámci prevence. Pro děti s narušenou komunikační schopností, které nemohou s ohledem na své postižení navštěvovat školy hlavního vzdělávacího proudu, jsou určeny logopedické třídy při mateřských školách, mateřské školy logopedické a základní školy logopedické, případně logopedická třída při základní škole. V těchto zařízeních je zpravidla snížen počet žáků ve třídě a je zařazena individuální logopedická péče (Neubauer, 2010, Klenková In Neubauer, Kaliba, 2012).

V rámci **mateřských škol** je logopedická péče zajišťována prací učitelek s kvalifikací logopedického asistenta nebo logopedického preventisty a spoluprací s dalšími logopedickými pracovišti. Specializované třídy mateřských škol nabízí individuální a skupinovou logopedickou péči s odborným vedením klinického logopeda (Neubauer In Neubauer a kol., 2018).

Péče v programu **základní a speciálních škol** je dotována v rozsahu dvou hodin týdně na individuální logopedickou péči. Speciální pedagog – logoped se věnuje terapii narušené komunikační schopnosti a komplexnímu rozvoji komunikačních dovedností. Jelikož jsou logopedické školy pro mnohé těžko dostupné z důvodu malého počtu škol tohoto typu rozmístěných různě po republice, přistupuje se ke skupinové integraci do logopedické třídy, kterou může zřídit ředitel školy, nebo individuální integraci do škol hlavního vzdělávacího proudu, kdy je potřeba zajistit pro žáka individuální vzdělávací plán. 1. září 2016 vzešla v platnost vyhláška 27/2016, která popisuje podpůrná opatření určená dětem, žákům a studentům se speciálními vzdělávacími potřebami.

Logopedi působí také ve **speciálně pedagogických centrech**, které se zabývají narušenou komunikační schopností. Jejich hlavní úkol je realizace komplexní speciálněpedagogické logopedické a psychologické diagnostiky, stanovení edukačních logopedických postupů, zabezpečování komunikační kompetence dětí, poskytování logopedické intervence vzhledem k individuálním potřebám, spolupráce s pedagogy škol individuální integrace, sestavení návrhů individuálního vzdělávacího plánu, zajištění rané intervence, osvětová a informační činnost (Klenková, 2006).

Logopedickou péči může vykonávat dle Metodického doporučení č.j. 14 712/2009-61 k zabezpečení logopedické péče ve školství pouze *logoped* – absolvent magisterského studia zakončeného státní závěrečnou zkouškou z logopedie. *Logopedický asistent* pracuje pod metodickým vedením logopeda. Má vždy pedagogické vzdělání se znalostmi z logopedie, které získal absolvováním bakalářského studijního programu speciální pedagogiky ukončeného závěrečnou či státní zkouškou z logopedie, absolvováním programu celoživotního vzdělávání uskutečňovaného vysokou školou a zaměřeného na speciální pedagogiku – logopedii nebo vzděláním získaným absolvováním kurzu zaměřeného na logopedickou prevenci akreditovaného

ministerstvem školství, mládeže a tělovýchovy v rámci dalšího vzdělávání pedagogických pracovníků.

V rámci komplexní rehabilitační péče je logopedická intervence poskytována u dětí, u kterých se projevuje narušená komunikační schopnost jako symptom jiného dominujícího postižení a jsou zařazeny do dětských denních rehabilitačních stacionářů.

3.3 Logopedická intervence v rezortu ministerstva práce a sociálních věcí

V tomto rezortu je logopedická intervence **součástí komplexní rehabilitace** v ústavech sociální péče pro děti a mládež nebo v zařízeních pro stárnoucí osoby. Zde se logopedi zaměřují na rozvoj komunikačních schopností podle možností a schopností klientů. Většinou se jedná o těžce postižené děti a mladistvé s mentálním, tělesným nebo kombinovaným postižením. K rozvoji komunikačních schopností se využívají systémy alternativní a augmentativní komunikace.

Velmi podceňovanou oblastí u nás je péče o dospělé a stárnoucí osoby s handicapem. Péče je zajišťována převážně spoluprací s odborníky ze zdravotnictví, speciálními pedagogy s logopedickou kvalifikací. Využívá se docházka klinického logopeda do zařízení, terapeutická skupinová sezení, instruování personálu (Neubauer In Neubauer a kol., 2018, Vitásková, Peutelschmiedová, 2005).

V neposlední řadě je důležitá i činnost mimo popsané rezorty, a to práce **nestátních neziskových organizací**, které poskytují osobám s narušenou komunikační schopností logopedickou intervenci, zejména v rámci komplexních rehabilitačních pobytů, rekondičních pobytů. Dále také středisek **rané péče**, jež poskytují službu sociální prevence zdravotně postiženým nebo na vývoji ohroženým dětem a jejich rodičům do 7 let věku dítěte. Služba je upravena zákonem č. 108/2006, o sociálních službách.

3.4 Terénní logopedická péče

Terénní péče je jedna z forem služeb, které jsou poskytovány klientovi spolu s formou ambulantní a pobytové péče. **Pobytové služby** nabízí klientovi ubytování a stravu v daném zařízení, doplněné základními službami jako je například ošetrovatelská

péče. V případě osob s afázií jsou to nemocnice, rehabilitační ústavy, dále pak domovy pro seniory, domovy pro osoby se zdravotním postižením a zdravotnická zařízení ústavní péče. Pokud klient dochází do zařízení poskytující pro něj potřebnou službu, jedná se o formu **ambulantní péče**. U osob s afázií to mohou být služby fyzioterapeutů, ergoterapeutů, logopedů a samozřejmě kontroly u lékařských odborníků. **Terénní služby** jsou poskytovány u klienta doma, v jeho přirozeném sociálním prostředí. Zde se nejčastěji jedná o poskytování sociálních služeb (pečovatelská služba, osobní asistence).

Terénní péče je u nás legislativně zakotvena v zákoně č. 108/2006 Sb., o sociálních službách. Týká se služeb osobní asistence, pečovatelské služby, tísňové péče, podpory samostatného bydlení, odlehčovacích služeb, terénních programů, sociálně aktivizačních služeb, krizové pomoci, průvodcovských a předčitatelských služeb a tlumočnických služeb. Forma terénní péče může být různě kombinována s péčí ambulantní a pobytovou.

V zahraničí je již zcela běžné poskytovat logopedickou péči mimo ambulanci nebo zdravotnické zařízení, tedy u klienta doma. Mezi výhody práce v domácím prostředí odborníci uvádějí především psychickou pohodu klienta, kdy osoby se získanou narušenou komunikační schopností často stráví dlouhý čas v nemocnicích a návrat domů je pro ně vždy velkou úlevou. Při terapii jsou přítomni rodinní příslušníci, případně i pečovatelé, které logoped zaškolí a ti pak mohou velmi dobře pomoci využívat doporučené cvičení a techniky během celého dne a převést je do každodenních situací. Tím se samozřejmě zvyšuje terapeutický účinek (The Benefits of In-Home Speech Therapy, 2016).

K dalším výhodám patří využití klientovi blízkých pomůcek. Například vystavených fotografií nebo fotoalb při jazykovém a paměťovém tréninku. Vlastního nádobí při tréninku polykání, kdy je klient zvyklý na určitou velikost a tvar lžic, hrníčků. Domácí terapie snižuje psychickou a fyzickou zátěž na klienta a jeho rodinu při pravidelných cestách na terapie. Příprava na cestu a samotné cestování stojí všechny zúčastněné mnoho energie, což se může pak podepsat na aktivitě klienta v průběhu terapie. V případech, kdy je klient imobilní, je tato péče jedinou možností jak včasné zahájit terapii. Terénní logopedická péče tedy nabízí možnost individualizace plánu péče

s ohledem na specifické potřeby klienta (Getting Started in Home Care, © 1997-2019 American Speech-Language-Hearing Association).

Dalšími trendy v zahraničí z oblasti logopedie jsou mobilní logopedická péče (mobile speech therapy) a tzv. telepractice. **Mobilní logopedická péče** poskytuje služby pro školy, zdravotnická zařízení, pro všechny organizace, které mají v péči děti nebo dospělé osoby, nebo pro jednotlivce. Jde o mobilní logopedickou ambulanci (automobil typu van), které je vybavena stejně jako klasická ambulance, včetně všech technologií a nabízí tak profesionální individuální logopedickou intervenci pro každou osobu (Speech therapy – who we serve, Innovative Mobile Speech Therapy 2017).

Telepractice je aplikace telekomunikačních technologií, která na dálku spojuje klienta s logopedem. Ten prostřednictvím videohovoru provádí logopedickou intervenci, tedy diagnostiku, terapii, prevenci, případně monitoring. Použití telepraktiky musí odpovídat stejné kvalitě služeb poskytovaných osobně v ambulanci. Služby jsou prováděny v reálném čase se zvukovým a obrazovým připojením a umožňují takto vést i skupinové terapie. Aplikace také umí uložit a předat výsledky provedených testů a záznam průběhu terapie (Telepractice, © 1997-2019 American Speech-Language-Hearing Association).

U nás prezentuje terénní logopedickou péči především občanské sdružení Klub Afasie, který poskytuje služby v domácím prostředí imobilním osobám s afázií v akutní i chronické fázi. Postupně proniká snaha i klinických logopedů v ambulancích nabízet tuto péči, a to především imobilním osobám. Stále ale převažuje klasická ambulanti logopedická péče.

Terénní logopedická péče může být hrazena klientem, nebo zdravotní pojišťovnou. Ta v přehledu kódů zdravotnických výkonů pro logopedické terapie uvádí kód 72215 „Logopedická terapie středně náročná prováděná klinickým logopedem v ambulantičním zařízení a u lůžka, v domácím ošetření u dětí, dorostu a dospělých“ a kód 72213 „Logopedická terapie zvláště náročná u dětí, dorostu a dospělých prováděná klinickým logopedem v ambulantičním zařízení a u lůžka v domácím prostředí“. Je zde uveden i kód 09521 „Čas strávený dopravou za pacientem v rámci návštěvy á 10 minut“, avšak časová dotace 10 minut je pro terénní péči velmi limitující (Cudlínová, 2015).

4 Analýza specifík terénní logopedické péče u osob s afázií

4.1 Stanovení výzkumných cílů

Cílem výzkumné části diplomové práce a výzkumného šetření je analyzovat specifika terénní logopedické péče u osob s afázií a zmapovat poskytování této služby. Dále byly stanoveny dílčí cíle, jež jsou konkrétně formulovány v níže uvedených výzkumných otázkách:

- Jaká jsou specifika práce v domácím prostředí oproti logopedické ambulanci?
- Jak je zaopatřeno financování služby?
- Co by mohlo přispět k rozšíření nabídky o terénní logopedickou péči v ambulancích klinických logopedů?

4.2 Metodika výzkumného šetření

Pro práci byla zvolena metodika smíšeného designu výzkumu s převažujícími prvky kvalitativního výzkumného šetření. Za výzkumnou metodu byl použit dotazník, který umožňuje rychlou práci a nevyžaduje přímý kontakt s respondentem. Tato výzkumná metoda byla doplněna o metodu polostrukturovaného rozhovoru. Právě tímto je specifický smíšený design, využívá obou metodologických přístupů, jak kvantitativního, tak kvalitativního, s cílem co nejlépe porozumět zkoumanému problému.

Kvantitativní výzkum vychází z matematicko-statistických metod a předpokládá, že objekty předmětu zkoumání jsou určitým způsobem měřitelné, tříditelné. Informace o nich se získávají v kvantifikované (číselné) podobě, následuje analýza pomocí statistických metod tak, aby se ověřila platnost daných charakteristik a vztahů mezi objekty. Kvantitativní výzkum se tedy zabývá získáním údajů o četnosti výskytu určitého jevu a vztahy mezi těmito jevy. Mezi výzkumné metody kvantitativního výzkumu patří strukturované pozorování, dotazování a obsahová analýza. Dotazník představuje možnost hromadného získání dat o velkém množství respondentů, což je smyslem kvantitativního výzkumu. Může obsahovat otázky otevřené, polouzavřené i uzavřené (Gavora, 2000).

Oproti tomu kvalitativní výzkum nepracuje s čísly, výsledků se nedosahuje pomocí statistických metod, nýbrž slovy interpretuje sociální realitu. Je to proces hledání porozumění, využívající různé metodologické strategie zkoumání příslušného problému. Vzniká tak celistvý, komplexní obraz. Cílem je zjistit příčinu, podstatu a motivy zvoleného jevu. Kvalitativní výzkum zkoumá jevy do hloubky, hledá vzájemné vztahy a souvislosti na principu indukce. Metodou sběru dat používanou u tohoto výzkumu je nestrukturované pozorování, rozhovor a obsahová analýza. Rozhovor umožňuje sledovat obsah sdělení i respondentovy názory a postoje. Nejčastějším typem je individuální rozhovor s návodem, tedy polostrukturovaný rozhovor. Ten obsahuje seznam témat, konkrétních otázek, které chce výzkumník položit respondentovi (Hendl, 2008).

Vlastní výzkumné šetření probíhalo od listopadu 2018 do února 2019, kdy byl emailem zaslán dotazník klinickým logopedům. Během ledna a února 2019 byly provedeny rozhovory s klienty a klinickými logopedy. Následovalo zpracování a vyhodnocení získaných dat.

Charakteristika dotazníku

Dotazník byl sestaven z úvodní promluvy, kde je vysvětlen důvod dotazníkového šetření a prosba a poděkování za jeho vyplnění. Dotazník byl složen z osmi otázek různého typu. Pouze jedna otázka (otázka číslo 3) byla uzavřená, nabízela výběr ze dvou odpovědí. Otázky číslo 2 a 4 byly polouzavřené, respondenti vybírali ze tří možností, čtvrtá byla označena „jiné“ s prostorem pro vypsání vlastní odpovědi. Zbylé otázky (číslo 1, 5, 6, a 7) byly otevřené, vypisovací. Dotazník byl k dispozici online, respondentům byl doručen elektronickou formou odkaz na stránky, kde byl dotazník dostupný. Bez tohoto přímého odkazu nebylo možné dotazník vyplnit. Dotazník byl zcela dobrovolný.

Charakteristika rozhovoru

Celkem bylo provedeno osm rozhovorů. Tři s klinickými logopedy a pět s klienty, za dopomoci jejich rodin, kteří využívají službu terénní logopedické péče. Rozhovory byly v obou případech polostrukturované. Klinickým logopedům bylo položeno deset otázek, které byly předem rozděleny do tří okruhů. Ty se týkaly základních informací o terénní logopedické péči, průběhu terapií a porovnání terénní logopedické péče

s ambulantní péčí. Rozhovory s klienty probíhaly za dopomoci jejich rodin z důvodu těžké poruchy řeči. Klientům bylo položeno pět otázek zaměřených na typ logopedické péče, který v průběhu terapie afázie potřebovali, na doporučení této služby, četnost terapií, terapeuta a celkovou spokojenost se službou. Respondenti byli seznámeni s výzkumným šetřením a možností kdykoliv odstoupit, byl podepsán informovaný souhlas. Rozhovory byly zaznamenány na diktafon a následně přepsány za využití selektivního protokolu a redukce prvního řádu. Dále byly upravovány, aby bylo možné provést analýzu. Následovala transkripce textu a výběr podstatných částí k tzv. kódování textu. Bylo využito též barvení textu, tedy označení pasáží, které se přímo týkaly výzkumných otázek a jednotlivých okruhů otázek. V kapitole 4.3 Interpretace výzkumného šetření jsou výpovědi respondentů vyhodnoceny a uvedeny i některé odpovědi, které byly shledány za podstatné.

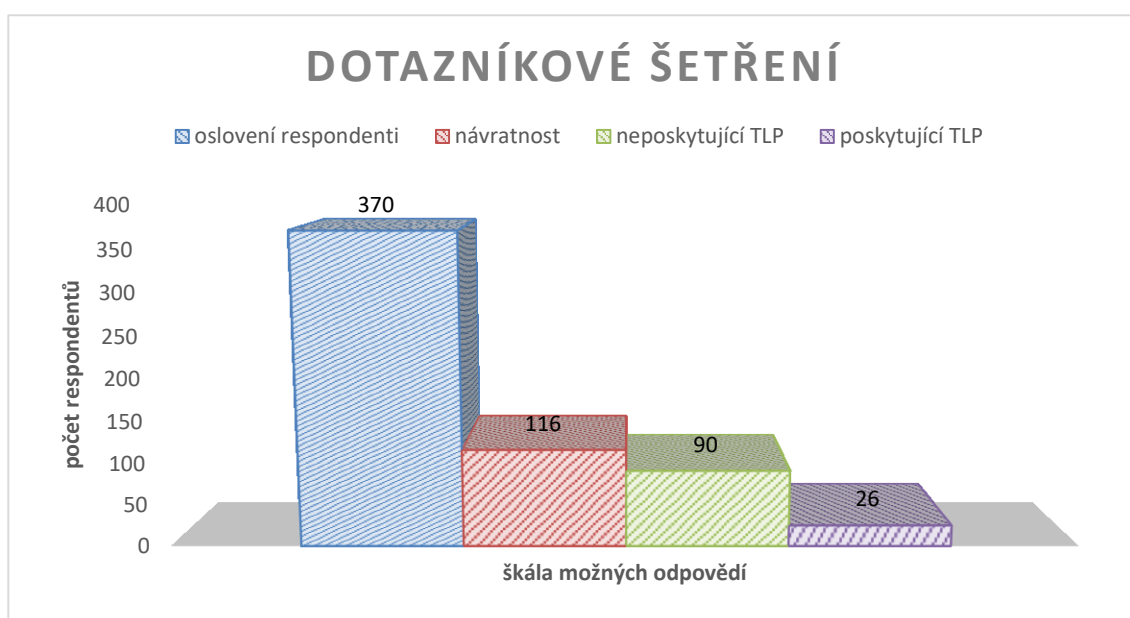
Charakteristika výzkumného vzorku

K uskutečnění výzkumného šetření bylo osloveno elektronickou formou celkem 370 respondentů, klinických logopedů, podle seznamu Asociace klinických logopedů, který je volně přístupný na internetových stránkách Asociace. Vynecháni byli kliničtí logopedové, jež měli udanou specializaci na dětskou klientelu. Oslovení proběhlo přes email, kde byl vysvětlen důvod kontaktování, stručně popsáno čeho se týká výzkumné šetření a byl přiložen odkaz na dotazník. Dále byli osloveni tři klinické logopedky, kteří poskytují terénní logopedickou službu. Kontakt na první logopedku byl získán právě díky dotazníkovému šetření. Logopedka byla o další spolupráci požádána emailem. Po jejím souhlasu byla domluvena osobní schůzka. Kontakt na další dvě logopedky byl zprostředkován Klubem afasie. S oběma proběhla též osobní schůzka. Pět oslovených klientů, využívajících službu terénní logopedické péče, byli klienti Klubu afasie, který opět pomohl zprostředkovat rozhovory. Ty proběhly u klientů doma za dopomoci jejich blízkých. Klienti byli v různé fázi terapie, jednalo se jak o klienty v chronické fázi, tak v akutní fázi. Dle klasifikace afázie se rozhovoru zúčastnili klienti s Brocovou afázií, Globální afázií, Transkortikálně motorickou afázií.

4.3 Interpretace výzkumného šetření

Dotazníkové šetření

Dotazník vyplnilo 116 respondentů z oslovených 370, návratnost tedy činí 31,66%. Jelikož je výzkumná část práce velmi úzce zaměřena, předpokládáme, že většina oslovených klinických logopedů, kteří poskytují terénní logopedickou péči (TLP), dotazník vyplnila. Což potvrzuje poměr poskytujících respondentů vůči neposkytujícím, za předpokladu, že ti, jež dotazník nevyplnili, terénní péči neposkytují.



Graf 1 Návratnost dotazníkového šetření

Celkem bylo osloveno 370 pracovišť v různých krajích dle seznamu AKL na internetových stránkách. Nejvíce logopedických ambulancí má hlavní město Praha (69). Poměrně hustá síť ambulancí je také na území Moravy, kdy Moravskoslezský kraj má 54 ambulancí, Jihomoravský kraj 36 pracovišť, Olomoucký kraj 31 pracovišť a Zlínský kraj pracovišť 14. Nejméně ambulancí je pak v kraji Karlovarském a Libereckém. V Čechách průměrně vychází na kraj 23 ambulancí, přičemž Praha toto číslo velmi zvedá. Na Moravě pak průměrně 33 ambulancí na kraj.



Graf 2 Logopedická pracoviště dle krajů.

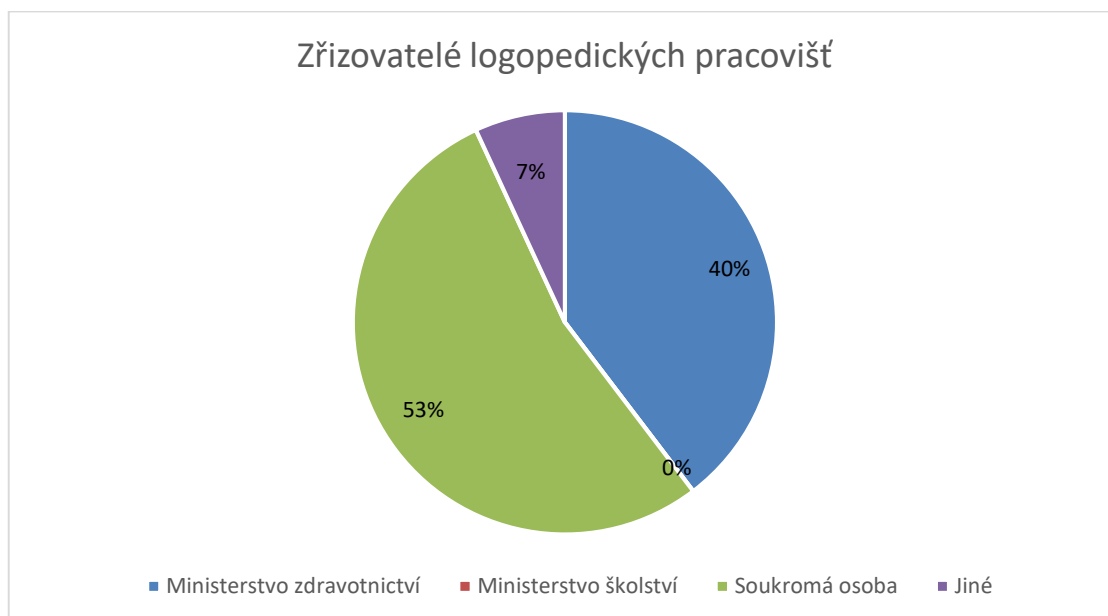
První otázka sloužila k určení kraje pracoviště oslovených klinických logopedů. Nejvíce odpovědí přišlo z Hlavního města Prahy (24 odpovědí), naopak nejméně z kraje Vysočina (1). Množství odpovědí podle krajů je zajisté ovlivněno počtem logopedických pracovišť věnujících se terapiím i u dospělých osob, přičemž nejvíce se jich nachází právě v Hlavním městě Praze, a to 69. Nejmenší zastoupení logopedických pracovišť má kraj Karlovarský (8) a Liberecký (9). Avšak Liberecký kraj dosáhl největšího procenta návratnosti odpovědí. Každý respondent, byť měl vícero pracovišť, byl osloven pouze jednou.



Graf 3 Procentuální vyjádření návratnosti dotazníku dle krajů.

Druhá otázka byla zaměřena na zřizovatele pracoviště klinického logopeda. Nejvíce pracovišť (62) je soukromých, dále pak pro 46 pracovišť je zřizovatelem ministerstvo zdravotnictví. U této otázky bylo možno označit „jiné“ a vyplnit vlastní odpověď. Jako další zřizovatelé byly vypsáni:

- Město 2x
- Kraj 2x
- Právnícká osoba 2x
- Spolek 1x
- Magistrát hl. m. Praha 1x



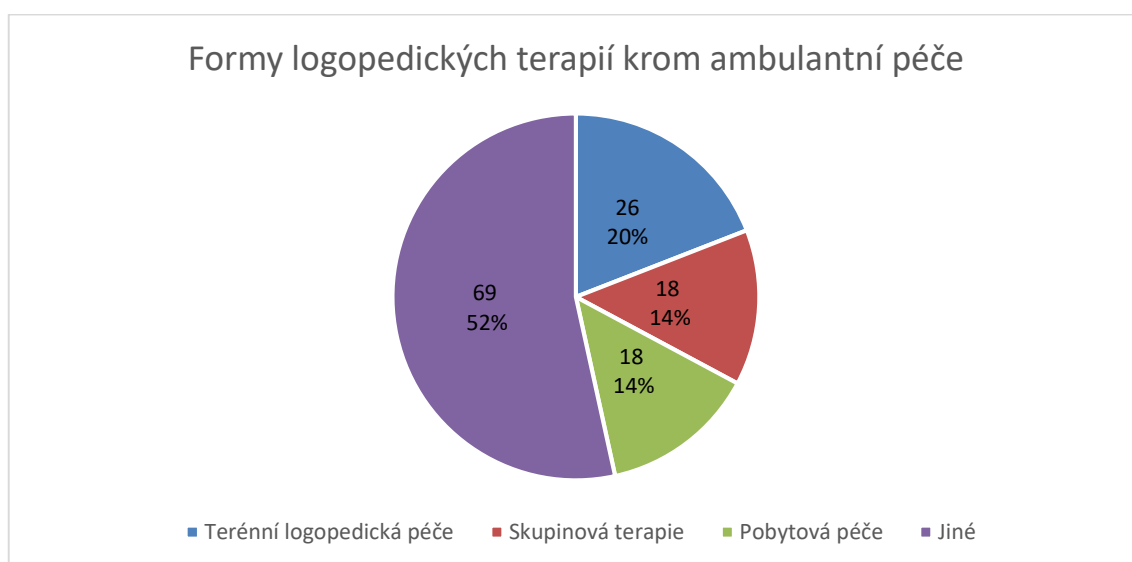
Graf 4 Kdo je zřizovatelem Vašeho pracoviště?

Třetí otázka zjišťovala, zda klinický logoped má se své péči osoby s afázií. Naprostá většina respondentů 111 (96%) poskytuje péči i dospělým osobám s afázií. I když jsme eliminovali pracoviště přímo zaměřené na dětskou klientelu, 5 (4%) respondentů péči afatikům neposkytuje.



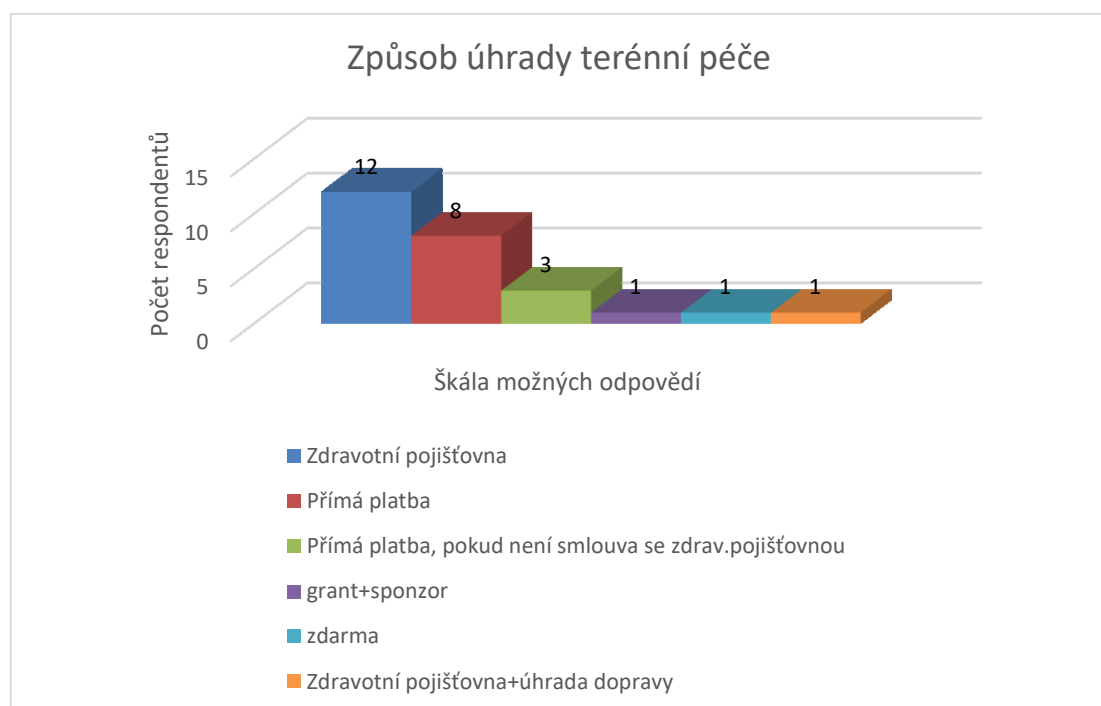
Graf 5 Máte ve své péči osoby s afázií?

Čtvrtá otázka se týkala forem péče nabízených klientům s afázií krom individuální terapie v logopedické ambulanci. Terénní logopedickou péči označilo 26 respondentů. Skupinové terapie poskytuje 18 respondentů, stejně tak i pobytovou péči. Nejvíce krát byla označena možnost „jiné“, 69 respondentů, kteří nenabízí žádnou jinou formu péče krom individuální terapie v ambulanci. Skupinovou terapii a pobytovou péči poskytují nemocnice a rehabilitační ústavy, avšak často jsou terapie uzavřené jen pro pacienty daného zařízení. Otevřené skupinové terapie nabízí Masarykova nemocnice Ústí nad Labem, Logopedix s.r.o. Roudnice nad Labem, Lexikon s.r.o. Pardubice, Soukromá klinika LOGO s.r.o. Brno, Spolek ProAfázie LF MU a FN Brno a Klub afasie. ARNICA centre plánuje skupinovou terapii pro klienty z okolí.



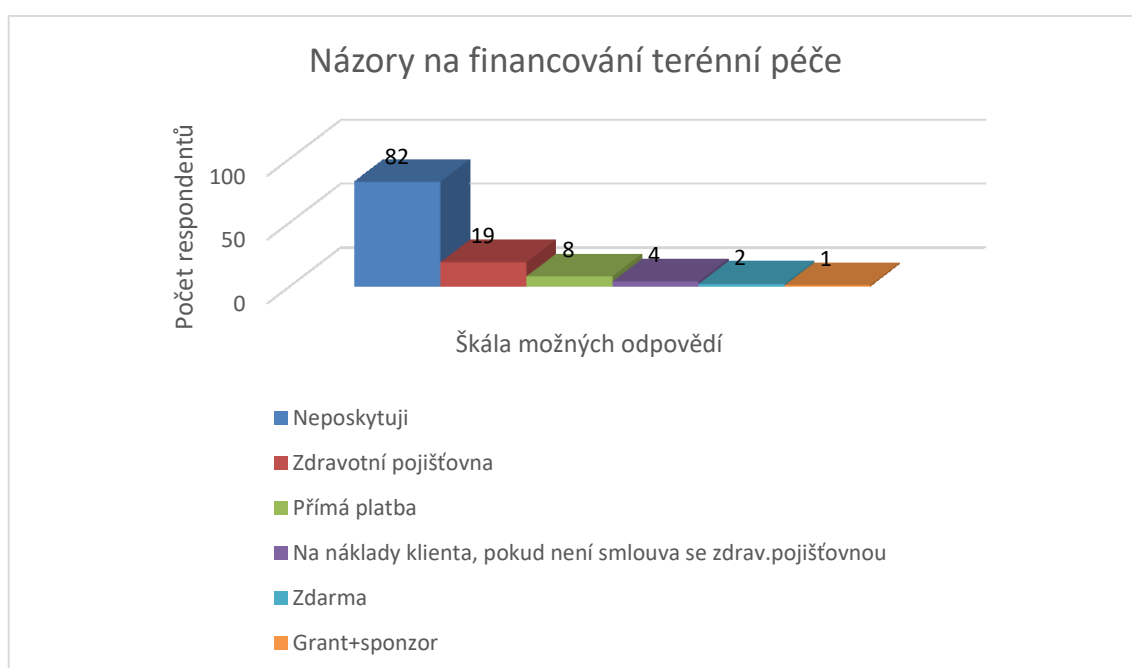
Graf 6 Nabízíte Vašim klientům s afázií i jinou formu péče než individuální ambulantní terapii?

Následující otázky se již zaměřovaly přímo na terénní logopedickou péči a byly otevřené. Otázka pátá zjišťovala jakým způsobem je terénní logopedická péče financována. Jelikož z předchozí otázky vyplývá, že tuto péči poskytuje 26 klinických logopedů, pro financování služby budou zohledněny pouze odpovědi těchto respondentů. Nejvíce byla volena odpověď vykázat terapii přes kód pojišťovny, kdy ale není proplacena cesta za klientem. Dále 8 respondentů zmínilo přímou platbu klienta. Pokud respondent nemá navázanou smlouvu se zdravotní pojišťovnou klienta, platí si terapii klient sám. Tuto možnost uvedli 3 respondenti. Po jedné odpovědi pak úhrada formou grantu a sponzora, vykázání terapie na kód pojišťovny a doplacení cesty přímo klientem. Jeden respondent uvedl bezplatné financování, s tím, že pojišťovna platí čtyři návštěvy ročně pro afatika, což je málo.



Graf 7 Jakým způsobem financujete terénní logopedickou péči?

K této otázce se v dotazníku vyjádřili i respondenti, kteří tuto službu dříve poskytovali, nebo o ni do budoucna uvažují a mají o financování vlastní představu. 82 respondentů odpovědělo, že tuto službu neposkytuje. Dále 19 respondentů zmiňuje úhradu přes kód zdravotní pojišťovny. U 8 respondentů si klienti platí službu sami. 4 respondenti uvedli, že záleží na tom, zda má klient pojišťovnu, se kterou mají uzavřenou smlouvu, pokud ne, služba je hrazena přímou platbou. 2 respondenti poskytují službu zdarma a 1 respondent uvedl úhradu z grantu a sponzorských darů.



Graf 8 Názory na financování terénní logopedické péče

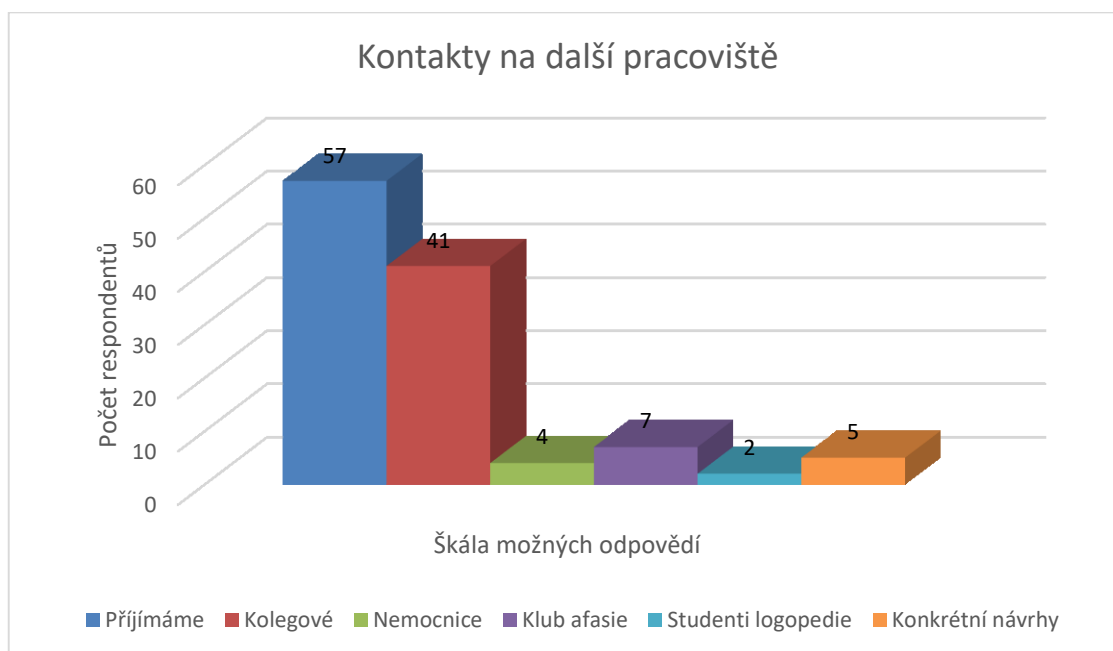
Otázka číslo 6 se zabývala důvody neposkytování terénní logopedické péče. Mezi nejčastěji zmiňovanými důvody byl čas (41 respondentů) a pak kombinace času a financí (29 respondentů). Dále nemožnost opustit areál pracoviště, což se týkalo nemocnic a rehabilitačních center (13 respondentů). 4 respondenti uvedli, že s afatiky nepracují. U 2 respondentů nedovoluje tuto službu poskytovatel. 2 respondenti zmínili, že klinická logopedie je výhradně ambulantní záležitostí.



Graf 9 Jaké jsou Vaše důvody, proč neposkytujete terénní logopedickou péči?

V sedmé otázce byli respondenti dotazováni, na koho směřují afatiky, když je nemohou přijmout. Důvody nepřijímání nebyly v otázce zmíněny, avšak často se respondenti vyjádřili (57 respondentů), že stopstav ambulancí se afatiků netýká a přijímají vždy. Byly zmíněny i malé zkušenosti s prací s neurogenními poruchami komunikace a celkově s dospělými jako jeden z důvodů směřování klientů k jiným logopedům. 41 respondentů uvedlo, že pokud nemůže, předává kontakt na kolegy v okolí ambulance. Dalších 7 respondentů zmínilo Klub afasie. 4 respondenti odkázali na nemocnice, konkrétně byla zmíněna nemocnice Ústí nad Labem, FN Hradec Králové, LDN Zlín. Dva respondenti by směřovali afatiky na studenty logopedie. Zbýlých 5 respondentů uvedlo konkrétní název ambulance/ jméno kolegy:

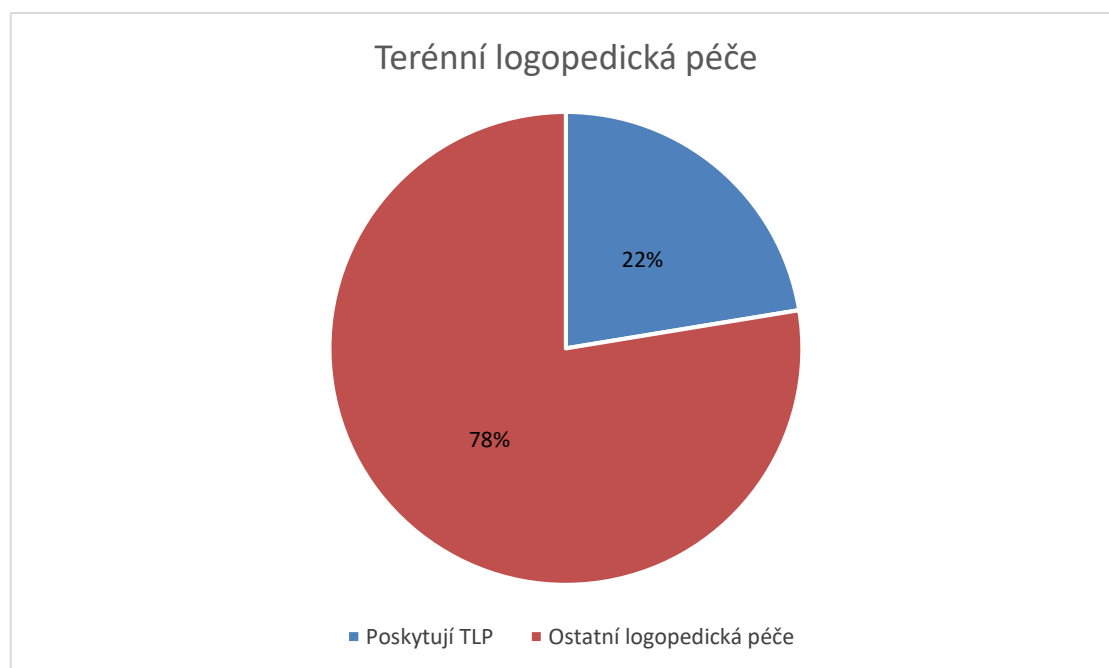
- Mgr. Petra Jurečková Frenštát pod Radhoštěm
- Logopedie NsP Uherské Hradiště a Uherský Brod
- Lázně Košumberk
- Mgr. Hlaváčová Soukromá klinika LOGO Brno
- Občanské sdružení LOGO z.s. Jihomoravský kraj



Graf 10 Na koho směřujete afatiky, pokud je sami nemůžete přijmout do péče?

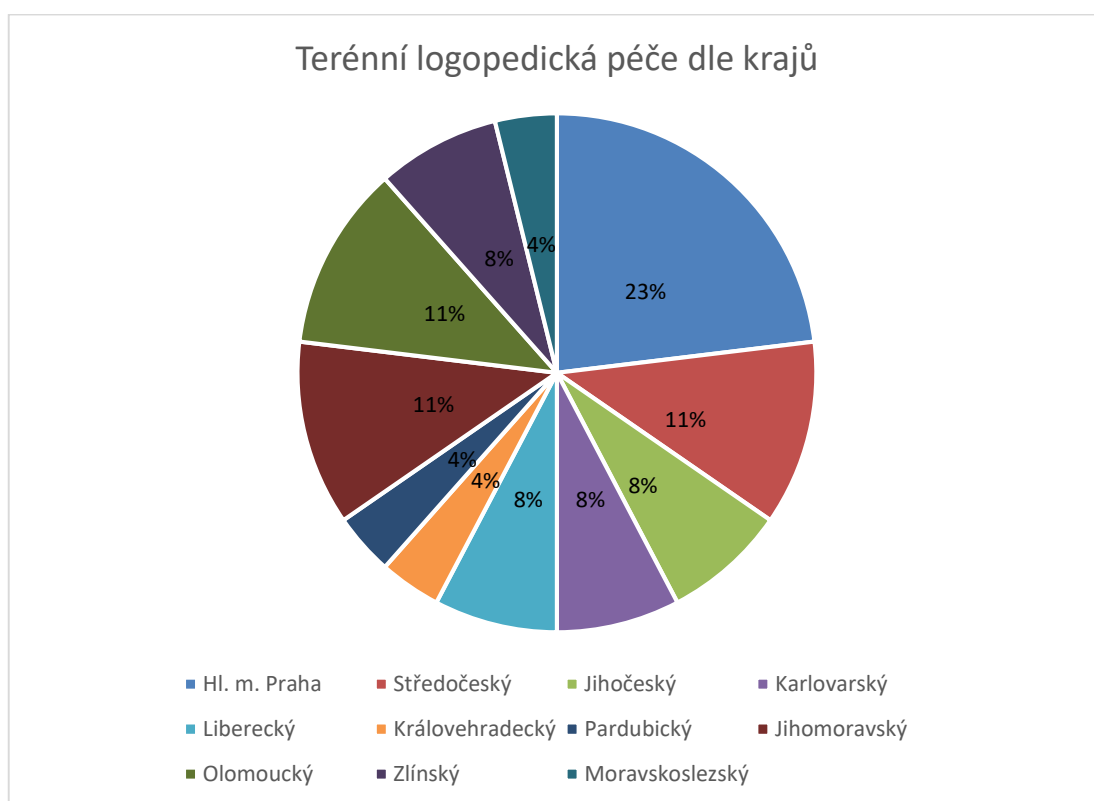
Osmá otázka byla klíčová pro hlavní cíl výzkumného šetření. Kliničtí logopedi, kteří poskytují terénní logopedickou péči, zde vypsalí své kontaktní údaje. Tím mohl vzniknout přehledný seznam pracovišť, kde se tato služba poskytuje. Seznam čítá 26 kontaktů, z čehož jeden kontakt je získán doporučením klinické logopedky, která odkázala na občanské sdružení LOGO z.s., a jeden kontakt zaslala Příbramská nemocnice, která poskytuje domácí péči, kde nabízí logopedickou péči jako jednu ze svých služeb. Seznam kontaktů je uveden v příloze 1.

Graf níže zobrazuje procentuální zastoupení logopedů poskytujících terénní péči z celkového počtu navracených dotazníků.



Graf 11 Procentuální zastoupení terénní logopedické péče z počtu respondentů

Následující graf ukazuje zastoupení logopedů, kteří jsou ochotni dojíždět ke klientovi domů podle krajů. Nejvíce je služba poskytována v Praze (6 pracovišť), což souvisí i s tím, že je zde největší počet logopedických ambulancí. Po 3 pracovištích poskytující terénní službu má kraj Olomoucký, Jihomoravský a Středočeský. V Jihočeském kraji, Karlovarském kraji, Libereckém kraji a Zlínském kraji službu poskytují vždy 2 pracoviště. Královehradecký kraj, Pardubický kraj a Moravskoslezský kraj mají po jednom pracovišti, kde je logoped ochotný dojíždět ke klientovi domů. Bohužel z kraje Vysočina, Plzeňského kraje a Ústeckého kraje dotazník nevyplnil nikdo, kdo by poskytoval terénní logopedickou péči.



Graf 12 Terénní logopedická péče dle krajů

Rozhovory s klinickými logopedy

Následně byly uskutečněny rozhovory s klinickými logopedy, kteří poskytují terénní logopedickou péči. Dva kliničtí logopedové (respondent 1 a respondent 3) spolupracují s Klubem Afasie, který mimo jiné zajišťuje terénní logopedickou péči v domácím prostředí pro imobilní pacienty. Jedna klinická logopedka (respondent 2) nabízí tuto službu v rámci své logopedické ambulance.

Všichni oslovení logopedi se shodují na tom, že s terénní logopedickou péčí začali na základě poptávky, potřeby osob s afázií a jejich rodin. *„Ta myšlenka zrála velmi dlouho, potřeba terénní logopedické péče byla zřejmá poměrně záhy. My jako Klub provozujeme poradnu od jeho vzniku (19 let), která teda nemá ještě pevné obrysy, ale v praxi mohou lidé žádat a volat o radu ohledně možností poskytované péče. My o tom vedeme záznamy, a z nich vyplývá, že žádost o poskytnutí terénní péče je nejčastější důvod ke kontaktování afaziologické poradny.“* (Respondent 1). Uvědomují si, že je to velmi nedostatková služba, která je opravdu potřebná a žádaná. Pro mnohé osoby je jediným řešením, jak začít s logopedickou intervencí vzhledem ke zdravotnímu stavu. *„Byla to naprosto spontánní reakce. Děti klientů začali volat, takže přirozeně, spontánně na popud potřeby těch lidí jsem za nimi začala dojíždět.“* (Respondent 2).

Počet klientů v péči je velice individuální a je závislý na několika faktorech. Je to především čas, finance a počet zájemců o tuto službu. Klub Afasie funguje jako nezisková organizace, která vytvořila projekt terénní péče v domácím prostředí pro osoby s afázií. Tento projekt je omezen kapacitou 20 osob. *„Oficiálně je kapacita projektu 20 klientů, ale tím, že se daří některé lidi přesunout do ambulance, nebo umírají, nebo se zhoršují, zlepšují, je tam určitá fluktuace. Vloni v roce 2018 bylo zařazeno 27 lidí. Což je víc než obvykle, normálně bývá tak 25.“* (Respondent 1).

Kliničtí logopedi při svém plném pracovním úvazku zvládají dojíždět průměrně za třemi klienty. Jelikož všechny oslovené byly ženy, zmiňovaly, že v období rodičovské dovolené byl počet klientů vyšší. *„Začínala jsem na 15 lidech, ale to jsem byla na té mateřské. Postupně jsem se ale vracela zpět do práce a zvyšovala jsem si úvazek. Snažila jsem se buď o to, aby se moji klienti mohli zařadit do ambulantní péče a pokud to nešlo, tak je předat jinému terapeutovi. Momentálně mám plný úvazek a 2 lidi na terénní péči.“*

(Respondent 3). Frekvence a délka terapie je individuální, záleží na stavu klienta. Respondenti se shodli na návštěvách jednou za deset dní na hodinu, avšak upozorňují na to, že v některých případech by byla žádoucí terapie jednou týdně. To vzhledem k časové vytíženosti někdy není možné, a proto volí možnost zaškolení rodiny.

K největším rozdílům v odpovědích jednotlivých respondentů došlo při otázce, která se týkala financování terénní logopedické služby. Logopedi, kteří spolupracují s Klubem Afasie nemusí řešit problém s vykazováním terapie. Projekt terénní péče je částečně hrazen grantem Hlavního města Prahy (70% celkové částky), o který se musí každý rok žádat. Zbývajících 30% tvoří pak finance z nadační podpory. Klienti, kteří využívají tuto službu, přispívají symbolickou částkou. Oproti tomu respondentka 2 uvedla, že u ní je financování dáno podle toho, zda má smlouvu s klientovou zdravotní pojišťovnou. Pokud ano, vykáže kód přes zdravotní pojišťovnu, pokud ne, klient si péči hradí sám. U hrazení přes zdravotní pojišťovnu ale není možno proplatit cestu za klientem. *„Každopádně jsem neměla nikdy problém ani s přímou platbou. Většinou ty jejich děti jsou rády, že tatínka nebo maminku někdo vyšetří a přijme do péče.“* (Respondent 2). Tuto myšlenku podpořili i zbylí respondenti, kteří dodávají, že tito klienti a jejich rodiny jsou hodně motivovaní a velmi vděční za jejich práci.

Dalším specifikem Klubu Afasie, který uvedla respondentka 1, je poskytování terénní služby primárně na území Hlavního města Prahy. Logopedům tak usnadňuje cestování za klientem poměrně hustá síť infrastruktury. Navíc se snaží klienty předávat tak, aby byli tzv. na jejich trase. Pokud logoped dopravu za klientem řeší sám, je nutné vyřešit logistiku dopravování, a to především do odlehlejších měst a vesnic a časově vše skloubit i s provozem ambulance. *„Já funguju i na telefonu, není problém se poradit, prodiskutovat, čímž se snažím i šetřit ten čas.“* (Respondent 2).

Pokud má klient zájem o logopedickou intervenci a jeho stav mu nedovoluje ambulantní péči, jsou první jedna až dvě návštěvy po předchozí telefonické domluvě věnovány diagnostice a návrhu terapeutického plánu. Jsou případy, kdy se při vyšetření zjistí, že terapie není smysluplná a dál se pokračuje dle jiného plánu a člověk není zařazen do terénní péče. Logopedky se shodují, že se ale jedná spíše o výjimky a pro většinu klientů, kteří je kontaktují, je terapie efektivní a má smysl. *„V případě, že by terapeut zjistil, že z nějakého důvodu to není smysluplné, pacient je schopný dojíždět, nebo terapie*

je neefektivní, nebo jsou tam těžké poruchy polykání a potřebujeme objektivní vyšetření a spolupráci s jiným pracovištěm, tak s tím pak dál pracujeme.“ (Respondent 1) *„Jednou se mi už stalo, že jsem terapii ani nedoporučovala, že ten stav byl tak závažný, že jsme řešili s rodinou spíše to, jak mají komunikovat. Ale i toto ta rodina ocenila.*“ (Respondent 2).

Samozřejmě práce s klientem v jeho domácím prostředí má svá specifika. Respondent 3 na prvním místě jmenuje nutnost si uvědomit, že se vstupuje do osobního prostoru klienta a je zapotřebí se podle toho chovat. Také na terapeuty vše více působí, rychleji proniknou do osudu člověk. Mají možnost vidět, jak člověk řeší konkrétní situace, jak si dokáže vše zorganizovat, jak má upravený prostor kolem sebe, jaké používá kompenzační strategie, což je nesmírná pomoc k určení správné diagnostiky, na čemž se shodují všichni tři respondenti.

Práce v terénu je větší psychickou zátěží pro terapeuta, a tudíž nezastupitelnou roli hraje psychohygienu. *„Myslím, že je důležité, aby to poskytovali primárně zralí terapeuti, aby měli schopnost nějaké psychohygieny. Snáz než v ambulanci se tím necháte pohltnout, samozřejmě podpořit rodinu, ale ne se nechat vcucnout.*“ Respondent 2 souhlasí s tím, že je dobré umět si vytvořit určité hranice, které získá terapeut praxí. *„Pro mě bylo vždy důležité, aby ten terapeutický prostor byl pro ty lidi bezpečný, aby věděli, že ode mě tu otevřenou náruč mají, ale abych neměla pocit zneužívání.*“ (Respondent 3).

Respondentka 3 jako jediná konkrétně popsala, jak se vypořádává se zmiňovanou psychickou zátěží: *„Ta cesta k těm lidem byla skvělá v tom, že jsem se mohla věnovat tomu, v čem má člověk potíže, zda je terapie dobře nastavená, zda z ní benefituje nebo stagnuje. A měla jsem to tak cestou k němu a cestou od něj. Myslím, že tady ta psychohygienu byla daleko lepší než v ambulantním prostředí, kdy nestihnete dopsat ani zprávu a už se vám hrne další člověk, do toho zvoní hromada telefonů a buší ještě někdo na dveře, protože něco potřebuje a podobně.*“

Jako další specifikum práce v terénu bylo všemi zmíněno provozní specifikum, tedy potřeba předem vymyslet aktivity, vzít si konkrétní pomůcky s sebou. Je zde zapotřebí umění improvizace. *„Pokud u klienta zjistíte, že ten úkol není vhodný, musíte*

na místě napsat jiný a ne jako tady /myšleno v ambulanci/, že sáhnete a vytáhnete. To zase souvisí s tou praxí.“ (Respondent 1).

Jako výhodu terénní logopedické péče považují všichni tři respondenti možnost terapie pro všechny osoby s narušenou komunikační schopností. Respondenti 1 a 3 podotýkají, že vždycky tu budou klienti, kteří nebudou schopni dojíždět do ambulance, a mělo by být snahou se o tyto osoby postarat tak, aby nevypadávali ze systému péče. Respondent 2 dodává, že výhodu spatřuje také v časném začátku terapie, bez nutnosti vyčkávání až se zlepší hybnost nebo až se rodina domluví a budou moci dojíždět do ambulance. Respondent 3 výhody ještě doplňuje: *„V tom domácím prostředí, pokud tam vyloženě není nějaká napjatá atmosféra, je větší klid, ten člověk se daleko lépe soustředí, má z toho i lepší benefit.“*

Na nevýhodách poskytování logopedické péče v domácím prostředí se opět všichni tři respondenti shodli a uvedli především časovou a psychickou náročnost. *„Z hlediska terapeuta má terénní péče velké rizika ve smyslu vyhoření. Na druhou stranu daleko jasněji saháte na podstatu té práce, vidíte dopad té terapie, práce, coachingu rodiny.“* (Respondent 1). Respondent 2 ještě podotýká, že výhody a nevýhody terénní logopedické péče z hlediska klienta jsou velmi individuální. *„Někomu může pomoci, když je částečně mobilní a trochu to jen jde, dojet do té ambulance, změnit to prostředí, někomu zase vyhovuje být doma.“*

Respondenti též vyjádřili svůj názor na poskytování terénní logopedické péče jako službu logopedických ambulancí, respektive poukazují na to, co by mohlo přispět k tomu, aby se tato péče stala více dostupnou. Jako první uvedli financování. Terénní péče by měla být dostatečně finančně dotovaná, včetně nákladů na cestování. S tím souvisí i přesné vymezení terénní logopedické péče a zavedení do seznamu výkonů zdravotních pojišťoven, které zmiňuje respondent 1: *„Výrazně by situaci zlepšilo, kdyby ta terénní péče byla explicitně ukotvená, to znamená, byla by v sazebníku pojišťoven, měla by svůj kód a byla by zvýhodněná oproti péči poskytované v ambulanci.“*

Respondent 2 zmiňuje i velké časové vytížení logopedických ambulancí, které omezuje nabízení ještě dalších služeb. *„Problém je to, že ty ambulance jsou přeplněné, neznám logopedku, co by měla nouzi o děti, pacienty, klienty. Všichni máme dost práce,*

takže to nějak časově udělat.“ K časovému vyčerpání se vyjádřili i další dva respondenti, kteří poukazují na přeplněnost logopedických ambulancí, a to především dětskými klienty. Pak dochází dle respondenta 3 i k odmítání dospělých klientů klinickými logopedy a odesílání na specializovaná pracoviště, kterých málo a jsou tím pádem přeplněná a nemohou nabídnout péči v takovém rozsahu, jako by si představovali. „Já jsem hluboce přesvědčená o tom, že do ambulancí klinické logopedie patří těžké diagnózy. To by mělo pak smysl celé odčlenění se od školské logopedie. Z tohoto úhlu pohledu je pak nemyslitelné, aby ambulance klinické logopedie nepřijímaly pacienty s neurogenními poruchami řeči, a potom už vlastně logicky ruku v ruce s tím jde to poskytování terénní péče.“ (Respondent 1). Respondenti se shodují na tom, že k uvolnění kapacit v logopedických ambulancích by pomohla větší důvěra ve školskou logopedii, přenechání „lehčích diagnóz“ jako jsou dyslálie školským logopedům s možností kdykoliv konzultovat a poradit se s logopedem klinickým.

Shrnutí rozhovorů s klinickými logopedy

Dotazované klinické logopedky mají jasný názor na poskytování terénní logopedické péče. Tato péče je velmi přínosnou pro osoby s narušenou komunikační schopností. Umožňuje práci v prostředí pro klienta dobře známém, což pozitivně působí na psychiku. Klienti jsou soustředění, je tu možnost využít pro terapii pomůcky, které má dotyčná osoba v oblibě. Při práci v terénu se logopedovi nabízí komplexní pohled na člověka v jeho sociálním prostředí. Může tak vidět, jak interaguje s rodinou, organizuje si práci, orientuje se v prostoru, co mu činí potíže a co naopak zvládá velmi dobře. Bohužel v našich podmínkách je domácí logopedická péče stále omezeně dostupná. A to především z důvodu špatného financování, ekonomické nevýhodnosti pro logopedické ambulance. Mezi další důvody patří časová a psychická náročnost služby. Pokud by se tyto důvody podařilo odstranit, případně zmírnit jejich dopad, je tu šance, že se terénní logopedická péče stane více dostupnou.

Rozhovory s klienty terénní logopedické péče za dopomoci jejich rodin

Dále byly uskutečněny rozhovory s osobami s afázií. Z důvodu těžkého narušení komunikace proběhly u čtyř za dopomoci jejich rodin (respondenti 2, 3, 4, 5), respondent 1 zvládl rozhovor sám, jeho družka pouze doplnila svůj názor na terénní logopedickou péči. Všechny osoby jsou klienty Klubu Afasie a od cévní mozkové příhody, která byla příčinnou vzniku afázie, uběhly více jak dva roky. Výjimkou je respondent 5, který je od příhody rok.

S logopedickou péčí by se měli klienti poprvé setkat již v nemocnici. Tři respondenti (1, 3) vypověděli, že při jejich pobytu v nemocnici je logoped nenavštívil. Respondent 2 dostal materiály na procvičování na doma, logopedka za ním byla pouze jednou. U respondenta 4 byl logoped v nemocnici celkem dvakrát, ale šlo o doporučení a poradenství pro rodinu. Respondent 5 se setkal s logopedickou péčí hned po čtrnácti dnech pobytu v nemocnici, logoped za ním docházel pravidelně ob jeden den. Logopedická intervence proběhla u respondentů 1, 2, 3, 4 až při rehabilitačních pobytech, kde byla logopedie součástí komplexní péče. Respondenti 3 a 2 zmiňují, že se setkali s logopedickou péčí na oddělení následné péče. Pouze respondent 1 ze začátku dojížděl na skupinové logopedické terapie. U ostatních respondentů dojíždění za logopedickou péčí nebylo možné z důvodu zdravotního stavu.

Kontakt na terénní logopedickou péči respondenti a jejich rodiny sháněli nejčastěji přes internet a známé. „*Paní ze sociální péče nám přinesla kontakt a domluvila logopeda, který jsem začal chodit.*“ (Respondent 3). „*Chodil jsem na skupinové terapie /pořádané Klubem Afasie/ a pak nabídli tohle a začali jezdit ke mně.*“ (Respondent 1). „*Než jsme se dostali do programu, tak zase přes jinou kamarádku jsme sehnali paní, co byla ochotná k nám prozatím docházet.*“ (Respondent 4). Respondenta 5 nakontaktovala na terénní logopedickou péči logopedka v nemocnici.

Terapie probíhají vždy hodinu a z odpovědí vyplývá, že frekvence je průměrně jednou za deset dní. U respondenta 2 probíhají terapie jednou za týden z časových důvodů rodiny: „*Terapie se snaží každý týden na tu hodinu, ale my jezdíme od jara na chalupu, tam se snažím já a sousedi. Takže tu intenzivní péči vřadycky na 5 měsíců vynecháme.*“ Respondentům je tato služba poskytována již delší dobu, za kterou se u nich vystřídal

několik terapeutů. Respondent 1 uvádí, že v programu je zařazen hned od jeho vzniku a nyní k němu dochází už čtvrtý terapeut. U zbylých respondentů (2, 3, 4, 5) se momentálně jedná o třetího terapeuta.

Nejpodstatnější část rozhovoru se upínala k poslední otázce, kde měli respondenti vyjádřit svůj názor, spokojenost/nespokojenost s terénní logopedickou péčí. Co jim tato služba přinesla a zda by na jejím poskytování chtěli něco změnit. Všichni respondenti popsali domácí logopedickou péči v superlativech. *„Já moc, je to prostě suproví. Jsem doma, pohoda. Jsem maximálně spokojený, baví mě to. Skupina - to mě vadilo, rozuměl jsem všemu, ale nešlo mi to. Doma je doma.“* (Respondent 1 – vlastní vyjádření).

Mezi hlavní dvě pozitiva služby byla zařazena úspora času a lepší spolupráce s terapeutem ze strany klienta. Rodiny klientů se shodují, že dojíždění na terapie by pro ně bylo velmi náročné. *„Logopedii máme sice támhle za rohem, ale my nemáme auto a manžel je ležící, to si nedovedu představit, že bych s ním někam měla jezdit. Sanitku bychom tak často nedostali.“* (Respondent 2). Družka respondenta 4 doplňuje, že pracuje na směny a nemá možnost si vzít volno pokaždé a přesně v termín, kdy by měl logoped v ambulanci čas.

Spolupráce při procvičování s rodinou není taková, jako s terapeutem. Všichni respondenti uvádějí, že při práci s terapeutem se více soustředí, baví je to a podávají lepší výkony. *„On když mluví s terapeutkou, tak mluví hezky, snaží se. Ale se mnou je to pořád hele hele a ukáže.“* (Respondent 3). *„Šidíte doma spousta věcí, aby byl čas s ním trénovat. Ale on pak dělá, že neví, nechce, nebude. V tom je úžasná tahle pomoc. On s vámi udělá daleko víc, snaží se, opravdu pracuje.“* (Respondent 1 – družka).

Výpovědi respondentů poukazují také na to, že pečujícími osobami jsou nejčastěji manželé/manželky, které vzhledem k jejich věku nemají už tolik síly a možností, jak své protějšky dopravit do logopedických zařízení. *„Já nemám ani řidičák, a s vozíkem někam jezdit MHD nebo ho pěšky dotlačit, na to já už nemám sílu.“* (Respondent 3). *„Manžel má pohybové problémy, i když jedeme k praktikovi, musí se objednávat sanita tam i zpátky. A pak na tu sanitku čekáte, to je záležitost na celý den. Někam dojíždět na logopedii by nešlo.“* (Respondent 5).

Jediné zmíněné negativum padlo na časovou dotaci. Respondenti 2, 3 a 5 by uvítali možnost častějších terapií. Zároveň ale dodávají, že chápou, že z hlediska dotací to není možné. „*Já bych byla ráda, aby chodili klidně dvakrát týdně. Ale když si uvědomím, že když nebude grant, tak jsme vedle...Mě je to jedno, já si to klidně zaplatím, hlavně ať sem někdo může docházet.*“ (Respondent 2).

Shrnutí rozhovorů s klienty terénní logopedické péče s dopomocí jejich rodin

Ačkoliv jsou dotazované osoby s afázií po cévní mozkové příhodě více jak dva roky, terapie je pro ně stále přínosná. Hlavní výhody spatřují rodiny klientů terénní logopedické péče v lepší spolupráci s terapeutem než s rodinou. Pro rodinu je pak velkým přínosem úbytek cestování s imobilním člověkem. Domácí terapie probíhají většinou průměrně jednou za deset dní. Celkově jsou se službou dotazovaní klienti i jejich rodiny spokojeni a shledávají ji jako velmi potřebnou.

4.4 Diskuze

Výzkumné šetření předkládané diplomové práce bylo zaměřeno na terénní logopedickou péči, tedy poskytování domácí péče u osob s afázií, kteří kvůli svému zdravotnímu stavu nejsou schopni dojíždět do logopedických ambulancí. Výzkumné šetření proběhlo ve dvou fázích, nejprve byl rozeslán dotazník do logopedických ambulancí, následně se uskutečnily rozhovory s logopedy, kteří se věnují právě této službě. Šetření bylo doplněno o pohled na terénní logopedickou péči jejími uživateli.

K dotazníkovému šetření byli vybráni logopedi pouze podle adresáře Asociace klinických logopedů. Ten nabízí přehled logopedických pracovišť podle krajů včetně kontaktů. Adresář samozřejmě není kompletní, na našem území se nacházejí i další logopedické ambulance, které bohužel nebyly do výzkumného šetření zahrnuty. Dále nebyly osloveny ambulance, které se specializují na dětskou klientelu. Právě zde mohlo dojít ke zkreslení výsledků v počtu logopedů, kteří terénní logopedickou péči poskytují.

Určitá míra zkreslení vyplývá i z malého množství provedených rozhovorů s klinickými logopedy. Na druhou stranu nižší počet je dán i tím, že nabídka služby je omezená. Byla snaha o komplexní pojetí rozhovorů s logopedy, proto i při tomto počtu se získal celkem reálný pohled na službu a její poskytování u nás. Původní vize byla uskutečnit další rozhovory pouze s osobami s afázií. Po prvním rozhovoru se ukázalo, že

to nebude možné, jelikož respondenti mají těžkou poruchu komunikace a je pro ně velice obtížné vyjádřit myšlenku (mnohdy i pochopit a vzpomenout si). Proto jsme se rozhodli požádat rodiny o doplnění. V rozhovorech tedy převládají názory a postoje rodinných příslušníků, i když věříme, že své nejbližší znají velmi dobře a jejich odpovědi se v mnohém shodují s názory osob s afázií.

Wertz a kol. ve své studii s názvem Comparison of Clinic, Home, and Deferred Language Treatment for Aphasia z roku 1986 dokazují, že domácí logopedická péče o afatiky má své místo v komplexním systému logopedické péče. Výsledky studie poukazují na nezastupitelnou roli včasné logopedické péče, která by měla být dostupná pro všechny, a bourají mýty o progresu afatiků po delší době od iktu. S výsledky studie z roku 1986 korespondují i výsledky tohoto výzkumného šetření, které ukazují na potřebu dalšího rozšiřování terénní logopedické péče pro všechny klienty v různé fázi onemocnění.

Výsledky šetření potvrdily očekávání od praktické části. Předpokládalo se, že nebude mnoho logopedů, kteří by byli ochotni dojíždět za klientem domů v rámci své pracovní doby. Domnívali jsme se, že v každém kraji se najdou aspoň dva logopedi poskytující terénní službu. S množstvím navrácených dotazníků jsme spokojeni, očekávalo se daleko nižší procento návratnosti.

Překvapením byly některé odpovědi logopedů do dotazníku. Ukázalo se, že dost logopedů o službě ví, rádo by ji nabízelo, ale poskytovatel jejich ambulance to neumožňuje. Mnozí se i následně sami ozvali a požádali o zaslání seznamu logopedů poskytujících terénní logopedickou službu, který by jim usnadnil práci. Z toho usuzujeme, že vytvořený seznam poskytovatelů terénní logopedické péče bude jako jeden z výsledků výzkumného šetření nejvíce prakticky využitelný. Samozřejmě se našli i tací, kteří se vyjádřili negativně na toto téma, ale vzhledem k počtu odpovědí jich bylo zanedbatelné množství.

Práce přináší trochu jiný pohled na způsob uplatnění logopedické intervence, který, dle autorčina názoru, dokáže zahrnout úplně všechny osoby s narušenou komunikační schopností. Hektické tempo, nároky kladené společností, stres – to vše je dnes pro člověka rutinou. Osob s cévní mozkovou příhodou, hlavní příčinou

neurogenních poruch komunikace, tak stále přibývá. Společnost postupně stárne, již čtvrtina osob z naší populace pobírá důchod. Tyto osoby jsou tedy potencionálními klienty logopedických pracovišť, ať s diagnózou afázie, dysartrie, dysfagie nebo kognitivně – komunikačních poruch a dalších. Avšak tyto osoby vzhledem k věku a zdravotnímu stavu nebudou mít vždy možnosti dostat se do logopedické ambulance. Pokud zvážíme všechna hlediska, bude zapotřebí určitá reorganizace logopedické péče v zájmu klientů, která nabízí místo pro zařazení terénní logopedické péče.

4.5 Závěry výzkumného šetření a doporučení pro logopedickou praxi

Výzkumné šetření diplomové práce zaměřené na terénní logopedickou péči, bylo provedeno pomocí smíšeného designu výzkumu. Za výzkumnou metodu byl použit dotazník spolu s metodou polostrukturovaného rozhovoru. Hlavním cílem práce bylo analyzovat specifika terénní logopedické péče u osob s afázií a zmapovat poskytování této služby. Během šetření byly naplněny předem stanovené dílčí cíle, které jsou formulovány v těchto výzkumných otázkách:

- a) Jaká jsou specifika práce v domácím prostředí oproti logopedické ambulanci?
- b) Jak je zaopatřeno financování služby?
- c) Co by mohlo přispět k rozšíření nabídky o terénní logopedickou péči v ambulancích klinických logopedů?

Na základě provedeného výzkumného šetření a analýzy specifík terénní logopedické péče u osob s afázií mohou být výše sepsané výzkumné otázky zodpovězeny, a to na základě analýzy dat, které byly sesbírány.

Výzkumná otázka číslo 1: Jaká jsou specifika práce v domácím prostředí oproti logopedické ambulanci?

Práce s klientem v jeho přirozeném sociálním prostředí přináší řadu výhod a zvyšuje efektivitu terapie oproti ambulanci péči. Klient se cítí v bezpečí, je více soustředěn na práci. Pro terapeuta má tato forma péče také výhody, ale i nevýhody. Je zde nutná časová dotace na cestování za klientem a předchozí příprava materiálů na terapii. Být součástí osobního prostoru klienta přináší i určitou zodpovědnost a nastavení hranic, limitů, tak, aby nedocházelo ke zneužívání práce terapeuta. Práce v domácím prostředí obnáší větší důraz na psychohygienu ze strany terapeuta. Nespornou výhodou je

poskytnutí péče všem osobám s narušenou komunikační schopností a možnost včasného zahájení logopedické intervence bez nutnosti vyčkávání na zlepšení mobility klienta. Domácí prostředí oproti logopedické ambulanci zajišťuje větší klid na práci jak pro klienta, tak pro terapeuta. Nabízí také možnost zaučení rodinných příslušníků a pečovatелů, kteří bývají terapii přítomni a poskytnutí poradenství na míru, jelikož

terapeut je svědkem řešení a organizování běžných každodenních činností. Tato péče přináší pozitiva i pro pečovatele a rodinné příslušníky, kterým tak odpadá starost s dopravováním imobilní osoby s narušenou komunikační schopností do logopedických ambulančí. Domácí terapie jim umožňuje chvíli si odpočinout od pečování o blízkou osobu, je to pro ně forma psychické podpory.

Lze tvrdit, že výhody terénní logopedické péče oproti ambulantní péči jasně převažují nad negativy. Její poskytování je klíčové u imobilních osob s afázií.

Výzkumná otázka číslo 2: Jak je zaopatřeno financování služby?

U terénní logopedické péče se nabízí pro logopedy z ambulančí dvě možnosti financování. Pokud má klient zdravotní pojišťovnu, se kterou má logopedická ambulance uzavřenou smlouvu, může logoped terapii vykázat kódem na tuto zdravotní pojišťovnu. Jestliže logopedické pracoviště smlouvu s příslušnou zdravotní pojišťovnou nemá, klient si péči hradí sám. Kódem přes zdravotní pojišťovnu lze vykázat pouze terapii, nikoli náklady spojené s cestováním terapeuta. Terénní logopedickou péči mohou poskytovat také nestátní neziskové organizace, které mají nasmlouvané logopedy. Ty financování řeší přes nadační fondy a granty. Tato možnost financování má také své nevýhody, a to především nejistotu zajištění dostatečné výše finanční podpory, o kterou se musí pravidelně žádat.

Lze tvrdit, že nejpálčivějším bodem poskytování terénní logopedické léčby je právě nedostatečné financování. Nemožnost finanční kompenzace nákladů na dojíždění právem odrázuje logopedy od nabízení této služby.

Výzkumná otázka číslo 3: Co by mohlo přispět k rozšíření nabídky o terénní logopedickou péči v ambulancích klinických logopedů?

Kapacita logopedických ambulancí je přeplněna. Logopedové nemají časové možnosti na dojíždění do přilehlých obcí a měst za klienty. Navíc poskytování domácí logopedické péče je pro ně v tuto chvíli ekonomicky nevýhodné. Situaci by prospělo přijímat do ambulancí klinických logopedů především „těžké diagnózy“ a více důvěřovat ve školskou logopedii, čímž by se přeplněnost ambulancí mohla snížit. Dále je zapotřebí zlepšit financování terénní logopedické péče tak, aby byla logopedům proplácena i cesta za klienty.

Lze tvrdit, že stávající nastavení terénní logopedické péče je pro logopedy nevýhodné, což se podepisuje na poskytování služby. Řešením by byla reorganizace logopedické péče a jasné ukotvení terénní logopedické péče v systému.

Díky dotazníkovému šetření bylo možno zmapovat dostupnost terénní logopedické péče na našem území. Poskytovatelé služby na sebe v dotazníku zanechaly kontakt, čímž mohl vzniknout **ucelený seznam s 26 jmény a kontakty na logopedická pracoviště, která domácí logopedickou péči nabízí**. Tímto můžeme říci, že všechny vytyčené cíle práce byly naplněny.

Doporučení pro logopedickou praxi

Terénní logopedická péče je zatím stále málo dostupnou službou, přičemž její potřeba vzhledem k populaci bude vzrůstat. V nabízení komplexní péče o osoby se získanými neurogenními poruchami komunikace by měla mít své místo. Pro zatraktivnění poskytování terénní logopedické péče by pomohlo zakotvit službu do sazebníku zdravotních pojišťoven tak, aby mohla být kódem vykázána cesta za klientem delší než 10 minut. Další možností je pak oficiálně povolit klientům zdravotních pojišťoven, se kterými má příslušené logopedické pracoviště smlouvu, uhradit náklady spojené s dopravou logopeda z vlastních zdrojů, pokud samozřejmě tyto osoby mají finanční možnost. Otázkou ale zůstává, co s přeplněností a časovou vytížeností logopedických pracovišť, která nejsou ochotna přijímat dospělé osoby ani do ambulantní péče. Zde by opravdu stála za úvahu určitá restrukturalizace logopedické péče.

Závěr

Diplomová práce se věnuje využití terénní logopedické péče u osob s afázií. Tato získaná neurogení porucha komunikace vzniká na základě poškození centrální nervové soustavy a způsobuje narušení fatických funkcí, které má zásadní vliv na kvalitu života člověka. Je tedy podstatné u těchto osob systematicky rozvíjet narušené oblasti, jež mají vliv na komunikační proces tak, aby se předešlo sociálnímu vyloučení a izolaci člověka. Poskytování logopedické intervence u osob s diagnostikovanou afázií je stále nedostačující. Navíc většina osob s touto narušenou komunikační schopností má omezení hybnosti, které znemožňuje pravidelné dojíždění do logopedických ambulancí, tudíž vypadávají ze systému péče. Právě terénní logopedická péče umožňuje poskytování logopedické intervence i těm osobám, které by na ni běžně nedosáhli.

Práce je rozčleněna do čtyř kapitol. První kapitola pojednává o definici komunikace a narušené komunikační schopnosti, popisuje centrální i periferní nervovou soustavu a její vliv na komunikaci. Druhá kapitola se zabývá afázií jako neurogení poruchou komunikace u dospělých osob. Je zde popsána etiologie, symptomatologie a logopedická intervence, která se skládá z diagnostiky, terapie a prevence. Třetí kapitola je věnována systému organizace logopedické intervence v České republice. Dále se zaměřuje na terénní logopedickou péči, jež je běžnou součástí poskytované logopedické péče v zahraničí. Čtvrtá kapitola diplomové práce představuje empirickou část, vlastní výzkumné šetření na téma poskytování terénní logopedické péče.

Hlavním cílem smíšeného výzkumného šetření s převažujícími prvky kvalitativního výzkumu bylo analyzovat specifika terénní logopedické péče u osob s afázií a zmapovat poskytování této služby. V návaznosti na hlavní cíl byly stanoveny dílčí cíle a výzkumné otázky. Výzkumné šetření probíhalo formou dotazníkového šetření, které bylo doplněno polostrukturovanými rozhovory s klinickými logopedy a klienty terénní logopedické péče s dopomocí jejich rodin. Ze šetření vyplývá, že terénní logopedická péče je zatím málo dostupnou službou, ačkoliv její přínos pro imobilní osoby s narušenou komunikační schopností je zřetelný.

Přínos diplomové práce pro obor je spatřován v poukázání na problematiku logopedické intervence u osob s afázií, kteří mají omezenou hybnost a je pro ně velice složité dojíždět do logopedické ambulance. Obecně lze konstatovat, že dosavadní nastavení systému logopedické péče nedokáže zahrnout všechny osoby s narušenou komunikační schopností. Terénní logopedická péče nabízí možnost individualizace plánu péče s ohledem na specifické potřeby klienta.

Seznam použitých informačních zdrojů

Seznam literatury

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

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

CSÉFALVAY, Zsolt, KOŠTÁLOVÁ, Milena (2013). Diagnostika afázie In CSÉFALVAY, Zsolt, LECHTA, Viktor a kol. *Diagnostika narušené komunikační schopnosti u dospělých*. Praha: Portál, 2013. ISBN 978-80-262-0364-3.

CSÉFALVAY, Zsolt, LECHTA, Viktor a kol. *Diagnostika narušené komunikační schopnosti u dospělých*. Praha: Portál, 2013. ISBN 978-80-262-0364-3.

CSÉFALVAY, Zsolt. (2003). Diagnostika afázie In LECHTA, Viktor a kol. *Diagnostika narušené komunikační schopnosti*. Praha: Portál, 2003. ISBN 80-7178-801-5.

CSÉFALVAY, Zsolt., KOŠTÁLOVÁ, Milena, KLIMEŠOVÁ, Marta. *Diagnostika a terapie afázie, alexie a agrafie: (manuál)*. Praha: Asociace klinických logopedů ČR, 2002. ISBN 80-903-3120-3.

ČAČKA, Otto. *Psychologie duševního vývoje dětí a dospívajících s faktory optimalizace*. 1. Brno: Doplněk, 2000. ISBN 1081-171-2000.

ČECHÁČKOVÁ, Miloslava. (2003). Afázie In ŠKODOVÁ, Eva, JEDLIČKA, Ivan a kol. *Klinická logopedie*. Praha: Portál, 2003. ISBN 80-7178-546-6.

ČIHÁK, Radomír. *Anatomie 1*. 2. Praha: Grada Publishing, 2002. ISBN 978-80-247-3817-8.

ČIHÁK, Radomír. *Anatomie 3*. 3. Praha: Grada Publishing, 2016. ISBN 978-80-247-5636-3.

DVOŘÁK, Josef. *Logopedický slovník: terminologický a výkladový*. Žďár nad Sázavou: Logopedické centrum, 2007. ISBN 978-80-902536-6-7.

- DYLEVSKÝ, Ivan. *Funkční anatomie*. 3. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-247-3240-4.
- DYLEVSKÝ, Ivan. *Základy funkční anatomie*. Olomouc: Poznání, 2011. ISBN 978-80-87419-06-9.
- FEIGIN, Valery. *Cévní mozková příhoda: prevence a léčba mozkového iktu*. 2. Praha: Galén, 2011. ISBN 978-80-7262-428-7.
- FORMANOVÁ, Pavla, JANDOVÁ, Dobroslava. *Léčebná rehabilitace u neurologických diagnóz*. Praha: Raabe, 2017. ISBN 978-80-7496-310-0.
- FUKANOVÁ, Věra. (2003). Koncepce logopedické péče In ŠKODOVÁ, Eva, JEDLIČKA, Ivan a kol. *Klinická logopedie*. Praha: Portál, 2003. ISBN 80-7178-546-6.
- GAVORA, Peter. *Úvod do pedagogického výzkumu*. Brno: Paido, 2000. ISBN 80-859-3179-6.
- HENDL, Jan. *Kvalitativní výzkum: základní teorie, metody a aplikace*. Praha: Portál, 2008. ISBN 978-80-262-0982-9.
- JANOUSEK, Jaromír. *Psychologické základy verbální komunikace*. Praha: Grada Publishing, 2015. ISBN 978-80-247-4295-3.
- JELÍNEK, Jan, ZICHÁČEK, Vladimír. *Biologie pro gymnázia*. Olomouc: Olomouc, 2007. ISBN 978-80-7182-213-4.
- KALINA, Miroslav. *Cévní mozková příhoda v medicínské praxi*. Praha: Triton, 2008. ISBN 978- 80-7387-107-9.
- KEJKLÍČKOVÁ, Ilona. *Logopedie v ošetrovatelské praxi*. Praha: Grada Publishing, 2011. ISBN 978-80-247-2835-3.
- KLENKOVÁ, Jiřina (2012). Vzdělávání logopedů ve školství In NEUBAUER, Karel, KALIBA, Martin, ed. *Komunikace a handicap: sborník textů z mezinárodní vědecké konference : 6.-7.9.2011, Hradec Králové*. Hradec Králové: Gaudeamus, 2012. ISBN 978-80-7435-161-7.

KLENKOVÁ, Jiřina, BOČKOVÁ, Barbora, BYTEŠNÍKOVÁ, Ilona. *Kapitoly pro studenty logopedie: texty k distančnímu vzdělávání*. Brno: Paido, 2012. ISBN 978-807315-229-1.

KLENKOVÁ, Jiřina. *Logopedie*. Praha: Grada Publishing, 2006. ISBN 978-80-247-1110-2.

KOŠTÁLOVÁ, Milena (2012). Diagnostika afázie jako východisko logopedické intervence IN NEUBAUER, Karel, KALIBA, Martin, ed. *Komunikace a handicap: sborník textů z mezinárodní vědecké konference : 6.-7.9.2011, Hradec Králové*. Hradec Králové: Gaudeamus, 2012. ISBN 978-80-7435-161-7.

KRAHULCOVÁ, Beáta. *Dyslalie – patlavost: vady a poruchy výslovnosti*. Praha: Beakra, 2013. ISBN 978-80-903863-1-0.

KULIŠŤÁK, Petr, LEHEČKOVÁ, Helena, MIMROVÁ, Milada, NEBUDOVÁ, Jaroslava. *Afázie*. Praha: Triton, 1997. ISBN 80-82875-38-1.

LECHTA, Viktor a kol. *Diagnostika narušené komunikační schopnosti*. Praha: Portál, 2003. ISBN 80-7178-801-5.

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

NAKONEČNÝ, Milan. *Základy psychologie*. Praha: Academia, 1998. ISBN 80-200-0689-3.

NEBESKÁ, Iva. *Úvod do psycholingvistiky*. Jinočany: H&H, 1992. ISBN 80-85467-75-5.

NEUBAUER, Karel (2018). Afázie In NEUBAUER, Karel a kol. *Kompendium klinické logopedie: diagnostika a terapie poruch komunikace*. Praha: Portál, 2018. ISBN 978-80-262-1390-1.

NEUBAUER, Karel (2007a). Diagnosticky diferencovatelné typy ZNPŘK u dospělých osob In NEUBAUER, Karel a kol. *Neurogenní poruchy komunikace u dospělých: diagnostika a terapie*. Praha: Portál, 2007. ISBN 978-80-7367-159-4.

NEUBAUER, Karel (2007b). Diagnostika ZNPŘK u dospělých osob In NEUBAUER, Karel a kol. *Neurogenní poruchy komunikace u dospělých: diagnostika a terapie*. Praha: Portál, 2007. ISBN 978-80-7367-159-4.

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

NEUBAUER, Karel a kol. *Kompendium klinické logopedie: diagnostika a terapie poruch komunikace*. Praha: Portál, 2018. ISBN 978-80-262-1390-1.

NEUBAUER, Karel, KALIBA, Martin, ed. *Komunikace a handicap: sborník textů z mezinárodní vědecké konference : 6.-7.9.2011, Hradec Králové*. Hradec Králové: Gaudeamus, 2012. ISBN 978-80-7435-161-7.

NEUBAUER, Karel. *Logopedie: učební text pro bakalářské studium speciální pedagogiky*. 3. Univerzita Hradec Králové, Pedagogická fakulta: Gudeamus, 2010. ISBN 978-80-7435-053-5.

NEUBAUEROVÁ, Lenka (2012). Neurogenně podmíněné poruchy řeči a komunikace v oblasti rehabilitace In NEUBAUEROVÁ, Lenka, JAVORSKÁ, Miroslava, NEUBAUER, Karel. *Ucelená rehabilitace osob s postižením centrální nervové soustavy*. 2. Hradec Králové: Gaudeamus, 2012. ISBN 978-80-7435-174-7.

NEUBAUEROVÁ, Lenka, JAVORSKÁ, Miroslava, NEUBAUER, Karel. *Ucelená rehabilitace osob s postižením centrální nervové soustavy*. 2. Hradec Králové: Gaudeamus, 2012. ISBN 978-80-7435-174-7.

NOWAKOWSKA-KEMPNA, Iwona, BARAKOMSKA, Malgorzata (2012). The role and functions of patophonetics in the diferential diagnosis of aphasia and dysarthria. The outline of the problems In NEUBAUER, Karel, KALIBA, Martin, ed. *Komunikace a handicap: sborník textů z mezinárodní vědecké konference : 6.-7.9.2011, Hradec Králové*. Hradec Králové: Gaudeamus, 2012. ISBN 978-80-7435-161-7.

PEUTELSCHMIEDOVÁ, Alžběta. *Logopedické minimum*. 2. Olomouc: Univerzita Palackého, 2005. ISBN 80-244-1233-0.

SLOWÍK, Josef. *Komunikace s lidmi s postižením*. Praha: Portál, 2010. ISBN 978-80-7367-691-9.

SOVÁK, Miloš. In Kolektiv autorů *Logopedie a komunikace*. Praha: Česká logopedická společnost, 1980.

SOVÁK, Miloš. *Lateralita jako pedagogický problém*. Praha: Státní pedagogické nakladatelství, 1962.

STOCKLEYOVÁ, Corinne. *Ilustrovaná encyklopedie Biologie*. Praha: Fragment, 2000. ISBN 80-7200-427-1.

ŠKODOVÁ, Eva (2018). Osobnost klinického logopeda In NEUBAUER, Karel a kol. *Kompendium klinické logopedie: diagnostika a terapie poruch komunikace*. Praha: Portál, 2018. ISBN 978-80-262-1390-1.

ŠKODOVÁ, Eva, JEDLIČKA, Ivan a kol. *Klinická logopedie*. Praha: Portál, 2003. ISBN 80-7178-546-6

TROJAN, Stanislav, SCHREIBER, Michael. *Knižní atlas biologie člověka: 430 modelových otázek k přijímacím zkouškám na medicínu 100 obrazových podkladů k opakování a procvičování*. 2. Praha: Scientia, 2007. ISBN 978-80-86960-11-1

VITÁSKOVÁ, Kateřina, PEUTELSCHMIEDOVÁ, Alžběta. *Logopedie*. Olomouc: Univerzita Palackého, 2005. ISBN 80-244-1088-5.

WHO, Disability and Rehabilitation Team. *Promoting independence following a stroke: a guide for therapists and professionals working in primary health care*. Geneva: World Health Organization, 1999.

Seznam internetových zdrojů

American Speech-Language-Hearing Association (ASHA). Getting Started in Home Care [online]. [cit. 2019-03-02]. © 1997-2019 ASHA. Dostupné z: https://www.asha.org/slp/healthcare/start_home.htm

American Speech-Language-Hearing Association (ASHA). Telepractice [online]. [cit. 2019-03-02]. © 1997-2019 ASHA. Dostupné z: <https://www.asha.org/PRPSpecificTopic.aspx?folderid=8589934956§ion=Overview>

Asociace klinických logopedů České republiky. Logopedická péče – kdy, kde, jak [online]. © 2019 AKL. [cit. 2019-02-013]. Dostupné z: <http://www.klinickalogopedie.cz/index.php?pg=verejnost--logopedicka-pece>

At home care and hospice. 2016. The benefits of In-Home speech therapy [online]. [cit. 2019-03-02]. Dostupné z: <http://athomecareandhospice.com/the-benefits-of-in-home-speech-therapy/>

CSÉFALVAY, Zsolt, KOŠŤÁLOVÁ, Milena. Neurogénne poruchy komunikácie u dospelých. *Neurologie pro praxi* [online]. 2012, **13**(6), 304-307 [cit. 2019-02-20]. Dostupné z: <https://www.neurologiepropraxi.cz/pdfs/neu/2012/06/03.pdf>

CUDLÍNOVÁ, Irena. Soubor s grafy. *Klinickalogopedie* [online]. 2015 [cit. 2019-03-01]. Dostupné z: <http://www.klinickalogopedie.cz/res/f/dr-cudli-nova-soubor-s-grafy.pdf>

ČESKO. Metodické doporučení č.j. 14 712/2009-61 k zabezpečení logopedické péče ve školství. In: *Věstník Ministerstvo školství, mládeže a tělovýchovy České republiky*. Ročník LXV. Sešit 10. Říjen 2009. Dostupné z: http://www.msmt.cz/file/8655_1_1/download/

ČESKO. Vyhláška č. 27/2016 Sb., o vzdělávání žáků se speciálními vzdělávacími potřebami a žáků nadaných. In: *Sbírka zákonů České republiky*, 2016. Částka 10. S. 234-312. Dostupné z: <file:///C:/Users/sony/Downloads/sb0010-2016-27-2016.pdf>

ČESKO. Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách. In: *Sbírka zákonů České republiky*, 2006. Částka 37. S. 1257-1289. Dostupné z: <file:///C:/Users/sony/Downloads/sb037-06.pdf>

ČESKO. Zákon č. 201/2017, kterým se mění zákon č. 96/2004 Sb., o podmínkách získávání a uznávání způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povolání a k výkonu činností souvisejících s poskytováním zdravotní péče a o změně některých souvisejících zákonů (zákon o nelékařských zdravotnických povoláních). In: *Sbírka zákonů České republiky*, 2017. Částka 72. S. 2065-2084. Dostupné z: <file:///C:/Users/sony/Downloads/sb0072-2017-201-2017.pdf>

IKTA.CZ. 2019. Národní cerebrovaskulární program [online]. [cit. 2019- 02-07]. Dostupné z: <http://www.ikta.cz/>

MICHLOVÁ, Barbora. Dětská afázie. *Listy klinické logopedie* [online]. 2018, **2018(2)**, 27-31 [cit. 2019-02-20]. ISSN 2570-6179. Dostupné z: http://casopis.aklcr.cz/subdom/casopis/wp-content/uploads/2018/12/18_0161_Listy_klinicke_logopedie_2.pdf

Mobile speech therapy. 2017. Speech therapy – who we serve [online]. [cit. 2019-03-01]. Dostupné z: <http://www.mobilespeechtherapy.com/speech-therapy-services/>

National Stroke Association. 2018. Act FAST [online]. [cit. 2019-02-07]. Dostupné z: <http://www.stroke.org/understand-stroke/recognizing-stroke/act-fast>

ŠTEFELA, Jakub. Úvod do centrální nervové soustavy. *Cnsonline* [online]. 2015 [cit. 2019-01-15]. Dostupné z: <http://www.cnsonline.cz/?p=1176>

TICHÝ, J., BĚLÁČEK, J. Pravo/levorukost a preference druhostranné dolní končetiny.: Testování laterality a mozečkové dominance. *Česká a Slovenská neurologie a neurochirurgie* [online]. 2008, **71/104(5)**, 552-558 [cit. 2019-02-20]. Dostupné z: http://www.csn.eu/ceska-slovenska-neurologie-clanek/pravo-levorukost-a-preference-druhostranne-dolni-koncetiny-testovani-laterality-a-mozeckove-dominance-49656?confirm_rules=1

WERTZ, Robert T. a kol. Comparison of Clinic, Home, and Deferred Language Treatment for Aphasia. *Archives of Neurology* [online]. 1986, **43(7)** [cit. 2019-03-24]. ISSN 0003-9942. Dostupné z: <http://archneur.jamanetwork.com/article.aspx?doi=10.1001/archneur.1986.00520070011008>

Seznam příloh

Příloha 1 – Seznam poskytovatelů terénní logopedické péče

Příloha 2 – Dotazník terénní logopedické péče

Příloha 3 – Otázky k rozhovorům

Příloha 4 – Rozhovory s respondenty