

Univerzita Karlova
Pedagogická fakulta
Katedra speciální pedagogiky

DIPLOMOVÁ PRÁCE

Diagnostické a terapeutické postupy v intervenci u osob s afázií
Diagnostic and therapeutic procedures in intervention for people with aphasia

Bc. Barbora Maturová

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

Studijní program: Speciální pedagogika

Studijní obor: Speciální pedagogika

Prohlášení

Odevzdáním této diplomové práce na téma Diagnostické a terapeutické postupy v intervenci u osob s afázií potvrzuji, že jsem ji vypracovala pod vedením vedoucího práce samostatně za použití v práci uvedených pramenů a literatury. Dále potvrzuji, že tato práce nebyla využita k získání jiného nebo stejného titulu.

V Praze dne 13. 4. 2021

Poděkování

Ráda bych touto cestou srdečně poděkovala vedoucí mé diplomové práce doc. PaedDr. Jiřině Klenkové, Ph.D. za odborné vedení, její cenné rady, připomínky, vstřícný přístup a ochotu, kterou mi projevila.

Dále mé poděkování patří klinickým logopedům a všem respondentům, kteří byli ochotni spolupracovat a účastnit se výzkumného šetření v těchto nelehkých podmínkách.

Mé upřímné díky si zaslouží můj partner, bez jehož trpělivosti a pomoci by tato práce nemohla vzniknout.

V neposlední řadě velice děkuji mé milující rodině a přátelům za jejich podporu, starostlivost, povzbudivá slova a projevy důvěry, kterých se mi od nich dostávalo po celou dobu studia.

ABSTRAKT

Předložená diplomová práce se zabývá tématem diagnostických a terapeutických postupů v logopedické intervenci u osob s afázií. Práce je rozdělena do čtyř kapitol, přičemž první tři kapitoly jsou orientované teoreticky a čtvrtá kapitola představuje empirickou část práce. V prvních kapitolách se diplomová práce věnuje teoretickému vymezení jednotlivých oblastí, potřebných pro pochopení zkoumané problematiky, konkrétně se soustřeďuje na pojem komunikace, vysvětluje propojení mozku a řeči a v neposlední řadě též vymezuje období dospělosti a stáří. Současně tato kapitola předestírá principy logopedické intervence se zaměřením na poskytování logopedické intervence v České republice. Těžištěm teoretické části diplomové práce je především druhá kapitola, jež poskytuje přímý (podrobný) vhled do problematiky afázie jakožto neurogenní poruchy řečové komunikace. Kapitola se věnuje afázii z hlediska definice, etiologie, symptomatologie a klasifikačních přístupů. Zároveň představuje logopedickou intervenci u osob s neurogenně podmíněnou poruchou řečové komunikace, zacílenou na diagnostiku, terapii a prevenci. Třetí teoretická kapitola přibližuje psychické a sociální aspekty vztahující se k problematice afázie s důrazem na důležitost rodinných příslušníků v terapeutickém procesu. Ve svém závěru se kapitola dotýká také specifík komunikace s osobami s afázií a možnostmi znovuzачlenění jedince do společnosti.

Praktická část diplomové práce je realizována pomocí kvalitativního výzkumného šetření za využití metody rozhovoru, pozorování a studia odborné literatury. Ve čtvrté kapitole jsou reflektovány názory vybraných klinických logopedů, týkající se využívaných diagnostických a terapeutických postupů v jejich praxi, a současně jsou zde prezentovány zkušenosti vybraných osob s afázií s diagnosticko-terapeutickým procesem se zaměřením na psychické a sociální dopady vzniklé v důsledku získaného narušení řečové komunikace. Získané výsledky z výzkumného šetření jsou podrobeny analýze a následně vyhodnoceny. V závěru diplomové práce jsou v rámci naplnění cílů práce výsledky shrnuty a poté nastíněny doporučení pro logopedickou praxi.

KLÍČOVÁ SLOVA

afázie, diagnostika, intervence logopedická, komunikace, metoda, neurogenní porucha komunikace, postup, terapie

ABSTRACT

The submitted diploma thesis deals with the topic of diagnostic and therapeutic procedures in speech therapy intervention for people with aphasia. The work is divided into four chapters, while the first three chapters are theoretically oriented the fourth chapter represents the empirical part of the work. In the first chapters, the diploma thesis deals with the theoretical definition of individual areas which are needed to understand the researched issues, specifically focuses on the concept of communication, explains the connection between brain and speech and, last but not least, defines the period of adulthood and old age. Concurrently this chapter presents the principles of speech therapy intervention with a focus on providing speech therapy intervention in the Czech Republic. The focus of the theoretical part of the thesis is the second chapter, which provides a direct (detailed) insight into the issue of aphasia as a neurogenic disorder of speech communication. The chapter deals with aphasia in terms of definition, etiology, symptomatology and classification approaches. Withal it represents a speech therapy intervention for people with a neurogenic speech disorder, aimed at diagnosis, therapy and prevention. The third theoretical chapter introduces the psychological and social aspects related to the issue of aphasia with emphasis on the importance of family members in the therapeutic process. In conclusion, the chapter also touches on the specifics of communication with people with aphasia and the possibilities of reintegrating the individual into society.

The practical part of the diploma thesis is realized by means of a qualitative research investigation using the method of interview, observation and study of professional literature. The fourth chapter reflects the views of selected clinical speech therapists regarding the diagnostic and therapeutic procedures used in their practice, and also presents the experiences of selected individuals with aphasia with the diagnostic-therapeutic process with a focus on psychological and social impacts resulting from acquired speech disruption. The results obtained from the research survey are subjected to analysis and subsequently evaluated. At the end of the diploma thesis, within the fulfillment of the aims of the thesis, the results are summarized and then the recommendations for speech therapy practice are outlined.

KEY WORDS

aphasia, approach, communication, diagnostics, neurological speech and language disorders, speech therapy intervention, process, therapy

OBSAH

Úvod	8
1 Teoretická východiska	10
1.1 Komunikace	10
1.2 Mozek a řeč.....	12
1.3 Období dospělosti a stáří	14
1.4 Logopedická intervence.....	17
1.4.1 Logopedická diagnostika	17
1.4.2 Logopedická terapie	18
1.4.3 Logopedická prevence.....	18
1.4.4 Zásady logopedické intervence u dospělých osob	19
1.5 Poskytování logopedické intervence v České republice.....	20
1.5.1 Konceptce poskytované logopedické péče	20
1.5.2 Klinický logoped.....	21
2 Problematika afázie	22
2.1 Vymezení pojmu	22
2.2 Etiologie afázie.....	23
2.3 Symptomatologie afázie	26
2.4 Klasifikace afázie	28
2.5 Logopedická intervence u osob s afázií.....	30
2.5.1 Diagnostika afázie	31
2.5.2 Terapie afázie.....	34
2.5.3 Prevence afázie	38
3 Psychologické a sociální aspekty afázie.....	40
3.1 Emocionální obtíže osob s afázií.....	40
3.2 Role rodinných příslušníků v rámci terapie.....	41
3.3 Kvalita života osob s afázií.....	43
3.4 Specifika komunikace s osobou s afázií.....	45
3.5 Sociální izolace a znovuzáclenění jedince.....	46
4 Diagnostické a terapeutické postupy v intervenci u osob s afázií	48
4.1 Cíle výzkumného šetření	48

4.2	Metodologie praktické části diplomové práce	49
4.2.1	Pozorování	49
4.2.2	Rozhovor.....	50
4.3	Charakteristika místa šetření a průběhu sběru dat.....	51
4.4	Výzkumný vzorek	52
4.5	Specifika časové realizace	54
4.6	Vlastní výzkumné šetření	55
4.6.1	Prezentace a analýza výsledků rozhovorů s klinickými logopedy.....	55
4.6.2	Prezentace a analýza zkušeností osob s afázií	70
4.7	Závěry výzkumného šetření.....	76
4.8	Doporučení pro praxi.....	78
	Závěr	80
	Seznam použitých zkratk	82
	Seznam použitých zdrojů	83
	Seznam příloh	92

Úvod

Náhlá ztráta komunikační schopnosti v dospělém věku přináší jedinci nemalé komplikace. Nemožnost komunikace je zásahem do lidské identity, psychosociálního prostředí, společenské interakce a v neposlední řadě tvoří překážku získávání a předávání informací. Právě afázie je jednou z poruch, pro kterou jsou tyto obtíže typické. Nepříjemnosti vzniklé v důsledku této získané neurogenní poruchy komunikace značně ovlivňují psychické vnímání a prožívání jedince, zasažena je samozřejmě i jeho rodina a blízké okolí. Poskytnutí včasné a kvalitní péče, založené na pečlivě vybraných postupech zohledňujících individuální vlastnosti a problémy jedince, pak může významně pomoci nejednomu pacientovi a současně i celé jeho rodině. Tyto faktory jsou totiž v životě člověka rozhodující a zásadní.

Výběr tématu diplomové práce vychází ze skutečnosti, že jsem se s problematikou afázie setkala již dříve, konkrétně při logopedické praxi v nemocnici na oddělení klinické logopedie. Nahlédnout však v rámci praxe podrobněji do diagnostického a terapeutického procesu při logopedické intervenci afázie není, vzhledem k obsáhlosti problematiky, zcela možné. Na základě těchto poznatků, a vzhledem ke svému zájmu o prohloubení znalostí problematiky afázie, jsem se rozhodla využít potenciálu diplomové práce k možnosti získat více zkušeností a lépe tak proniknout do diagnosticko-terapeutického procesu afázie. Současně vnímám téma logopedické intervence u osob s neurogenními poruchami komunikace vzniklé v dospělém věku jako stále aktuální, a proto pociťuji potřebu se mu blíže věnovat.

Předmětem předložené diplomové práce je především diagnosticko-terapeutický proces v rámci logopedické intervence získané narušené komunikační schopnosti – afázie. Hlavní cíl práce spočívá ve zjišťování využívaných diagnostických a terapeutických postupů klinických logopedů při logopedické intervenci afázie. Diplomová práce je rozdělena na čtyři kapitoly, přičemž první tři z nich poskytují teoretické základy sledované problematiky, vycházející ze studia a analýzy české a zahraniční literatury. Čtvrtá kapitola je pak prakticky orientovaná.

V úvodní části první kapitoly jsou zpracována teoretická východiska nutná pro nastínění a pochopení dané problematiky. Práce se zde věnuje definici pojmu komunikace, principem fungování mozku a řeči a obdobím dospělosti a stáří, ve kterém bývá výskyt afázie nejčastější. Ve svém závěru pak popisuje logopedickou intervenci a koncepci poskytované péče v ČR. Druhá kapitola je významnou částí diplomové práce, neboť pojednává o problematice afázie v celé její komplexnosti. Tato část práce přináší definice, charakteristiky a dělení, týkající se zmiňované neurogenní poruchy komunikace, a současně poskytuje i přehled logopedické

intervence právě u afázie. Třetí kapitola je pak věnována psychickým a sociálním dopadům afázie, a to ve spojitosti s kvalitou jednotlivých aspektů života osob s afázií, rolemi rodinných příslušníků a možnostmi znovuzачlenění jedince do společnosti.

Empiricky orientovanou část práce představuje čtvrtá kapitola, jež je zpracována prostřednictvím kvalitativního výzkumného šetření, jehož hlavním cílem je zjistit postupy, využívané během diagnosticko-terapeutického procesu afázie vybranými klinickými logopedy, vycházející z jejich vlastní praxe. Na samém začátku této kapitoly jsou vymezeny stanovené cíle výzkumného šetření a s nimi související výzkumné otázky. Současně je zde představena metodologie diplomové práce, charakteristika místa šetření, výzkumného vzorku a průběhu sběru dat. Následující část kapitoly představuje vlastní výzkumné šetření, jehož cíle jsou naplňovány prostřednictvím studia odborné literatury, přímého pozorování a realizace rozhovorů s klinickými logopedy a s osobami s afázií (v některých případech s jejich rodinnými příslušníky). V důsledku nepříznivé epidemiologické situace a zvýšeného rizika přenosu nákazy SARS-CoV-2 byla po domluvě s vedoucím práce upravena forma realizace rozhovorů, která proběhla bez osobního setkání s afatiky. V závěru této kapitoly jsou prezentovány a následně analyzovány a shrnuty výsledky výzkumného šetření a zároveň uvedena doporučení pro logopedickou praxi.

Součástí diplomové práce jsou též přílohy, mimo jiné například šablona otázek k rozhovoru s klinickými logopedy, také soubor otázek k rozhovoru s osobami s afázií či záznamový arch využitý k zápisu osobních údajů respondentů.

TEORETICKÁ ČÁST

1 Teoretická východiska

1.1 Komunikace

Termín komunikace má velmi široké použití a je součástí mnoha vědních disciplín, např. psychologie, pedagogiky, sociologie, lingvistiky, antropologie a dalších oborů. Z tohoto důvodu nemá slovo komunikace v odborné literatuře jednotnou definici a liší se napříč zmiňovanými obory (Klenková, 2006).

V obecné rovině lze pojem komunikace zařadit mezi základní životní potřeby lidí i zvířat. Jedná se o nejčastější aktivitu člověka umožňující přežít, prosadit se, být úspěšným, porozumět a pomáhat (Mikuláščík, 2010). Konkrétněji jde pak o proces efektivní výměny informací prostřednictvím signálů (znaků či kódů) a prostředků, probíhající během interakce konverzačních partnerů (Vitásková, 2005).

Dle Hartla a Hartlové (2010) je komunikace vnímána jako proces dorozumívání či sdělování informací, kdy potřeba vysílat a přijímat informace je vrozená všem živým tvorům. Ve Velkém psychologickém slovníku (2010) je pak pojem komunikace rozdělen do několika dalších podkategorií dle konkrétního využití slova.

Z pohledu etymologie se jedná o slovo latinského původu – *communicare*, jež je chápáno ve významu spojení, styku, souvislosti, taktéž i sdělování, dorozumívání a přenosu (Vymětal, 2008). Schopnost komunikace ovlivňuje do značné míry rozvoj osobnosti jedince a je nutnou součástí mezilidských vztahů, jejich udržování a pěstování (Klenková, 2006).

Vymětal (2008) uvádí, že v případě komunikace mezi lidmi se hovoří o sociální komunikaci, která se obvykle dělí na tři hlavní kategorie: ústní (rozhovor, diskuze, dotazování...), písemnou (zpráva, dopis, e-mail, poznámka...) a vizuální (graf, tabulka, fotografie, film...) komunikace. V rámci použití druhu komunikačních prostředků jsou součástí sociální komunikace opět tři složky, a to verbální (slovní – jedná se o mluvení) komunikace, neverbální (mimoslovní, komunikace tělem) komunikace a komunikace činem (realizovaná skutky) (Mareš, Křivohlavý, 1995).

Za neverbální komunikaci jsou považována gesta. Příkladem těchto neverbálních prvků jsou pohyby hlavou či tělem a s tím související postoj (těla) komunikujícího, dále pak prostorové pozice, mimické aktivity (výrazy obličeje) a pohledy očí, tón hlasu, fyzické aspekty osobního vzhledu aj. (Klenková, 2006) Jedná se o nástroj pro sdělování situací, emocí

a snah (Nakonečný, 2020). Neverbální komunikace je ontogeneticky starší a její vypovídací hodnota a srozumitelnost je podstatně vyšší než u verbální komunikace. Každý neverbální signál něco znamená, o něčem vypovídá, má svůj vlastní význam, avšak jejich pochopení může být pro každého jiné, jelikož významově je takováto signalizace ovlivněna dobou, kulturou, sociální skupinou nebo předem domluveným významem gest. Oproti tomu se verbální komunikace postupně stala dominantním prvkem komunikace jakožto dorozumívacího procesu.

Verbální (slovní) komunikace je tvořena všemi komunikačními procesy, které se realizují za pomoci její mluvené či psané formy. Umožňuje jedinci zpravovat okolí o svých poznacích, zkušenostech, vnějších jevech, vyjadřovat své emoce a projevovat city, poskytuje též možnost zaujmout vlastní postoj vůči ostatním komunikantům. Rozdíl mezi verbální a neverbální komunikací tkví v tom, že neverbální komunikace je využívána vždy současně s verbální komunikací v její ústní podobě, oproti tomu neverbální komunikace může být uskutečňována samostatně, tzn. bez verbální komunikace, kterou zastupuje (Klenková, 2006).

Komunikace se uskutečňuje pomocí jazyka, který je systémem pravidel, odrážejícím emoční, kognitivní a sociální faktory (Vymětal, 2003). Pro pochopení procesu mezilidské komunikace jako víceúrovňového jevu je nutno dbát na jasné rozlišení obsahu pojmů **jazyk** (language) a **řeč** (speech), kdy *„jazyk je výsledkem složité neuronální činnosti dovolující vyjadřovat a vnímat duševní stavy prostřednictvím sluchových znaků (řeč), grafických znaků (písmo) nebo gest při využití senzorických a motorických funkcí, které k tomuto účelu nebyly prvotně specializovány“* (Alajouanine, 1968; In Koukolík, 2002, s. 175). Užití jazykového systému je podmíněno kognitivními procesy (paměť, pozornost, koncentrací, řečovými funkcemi, rychlostí myšlení) a intelektovými schopnostmi. Individuální jazykový systém představuje schopnosti jedince osvojit si a užívat systém určitého jazyka (Michalík a kol., 2011).

Řeč je oproti tomu vnímána jako fyzikální realizace jazyka, vznikající za užití mluvních orgánů, mezi které patří respirační, fonační, artikulační a rezonanční ústrojí. Tento vokální trakt zastává funkce zvukové i funkce vitální – dýchání a příjem potravy (Neubauer a kol., 2018). V odborné literatuře je řeč řazena mezi fatické a symbolicko-komunikační funkce, přičemž fatické funkce užívají jazykové prostředky a jsou spjaty s nejvyšší úrovní zpracování a tvorby řeči (Kocurová, 2002). Jedná se o jednu z nejsložitějších forem vyšších psychických funkcí (Hrnčiarová, 2010). Mluvená řeč v sobě zahrnuje řadu po sobě následujících artikulovaných částí a současně je doprovázena tzv. prozodickými faktory řeči, sloužícími jako doplňkový

informační obsah. Mezi tyto faktory patří např. melodie, rytmus, tempo, intenzita, dynamika, nasazení (Kejklíčková, 2011).

Řečová komunikace je vnímána jako komplexní proces, který je ovlivněn mentálními předpoklady užití jazyka, faktory, jež působí v konkrétní komunikační situaci, a předpoklady, které jsou získány aktivní interakcí mezi jedincem a prostředím. Tento pojem vychází z psycholingvisticky orientovaného pojetí, které se snaží o propojení jazykovědných a kognitivních přístupů ve světle procesu mezilidské komunikace (Neubauer, Dobias, 2014).

1.2 Mozek a řeč

Lidský mozek a mícha tvoří centrální nervovou soustavu člověka, která se podílí na vnímání smyslových vjemů, pohybu, regulaci tělesných funkcí a současně je významná pro rozvoj řečových schopností, myšlení a paměti. Fungování mozku je složitý a komplikovaný proces, jehož zkoumání se po řadu let věnuje nesčetně odborníků z různých oblastí vědy.

Mozek je zdrojem řeči, jazyka a celého komunikačního chování (Love, Webb, 2009). Skládá se ze dvou mozkových hemisfér, přičemž nejvýznamnějšími strukturami jsou šedá mozková kůra a podkorová bazální ganglia (Šlapal, 2007). Právě šedá mozková kůra je jednou z důležitých součástí při tvorbě i poruchách řeči. Má řídicí význam pro autonomní funkce a koordinaci, kam patří například paměť a emoce, podílí se na řízení somatických funkcí, zajišťuje volní aktivitu, analýzu sensorických funkcí a její součástí jsou řečová centra. V oblasti frontálního laloku se nachází Brocovo centrum a centrum pro řízení pohybových činností těla. Funkcí temporálního laloku je percepce sluchových a čichových podnětů, funkce paměťových schopností, a též se zde nalézá Werniceovo centrum. Parietální oblast umožňuje percepci a zpracování somatoestetických vjemů a okcipitální lalok zajišťuje funkci přijímání a analýzy zrakových podnětů (Cséfalvay, Traubner, 1996, Fine a kol., 2009).

Je potřeba vzít v úvahu, že neurokognitivní síť, zastupující jazyk a řeč, je mnohonásobně rozsáhlejší, je totiž tvořena nejen řečovými centry, ale i řadou korových a podkorových oblastí obou mozkových hemisfér (Koukolík, 2000). Pro pochopení mechanismů, jež probíhají při procesu uzdravy po lézi CNS, je nutné zohlednit dva aspekty. Za první, že mozkové funkce jsou lokalizovány v konkrétních mozkových oblastech a za druhé, že lokalizace mozkových funkcí není stálá a konstantní, nýbrž naopak je pro lidský mozek typický určitý potenciál tzv. funkční plasticity (Weiller, Rijntjes, 1999). Vzhledem k tomu je velmi náročné přiřadit konkrétní funkce k jednotlivým částem mozku a spojit funkční deficity s jejich poškozením.

Mezi základní komponenty centrálního systému jazykových funkcí Neubauer (2014) zařazuje: Brocovu areu – motorické programování artikulace; primární motorický kortex – aktivace artikulačního svalstva; Fasciculus arcuatus – přenos lingvistických informací do předních oblastí mozku; Wernickeovu areu – porozumění mluvenému jazykovému kódu; Gyrus angularis – integrace vizuálních, auditorních a taktilních podnětů, čtení; Gyrus supramarginalis – integrace symbolická pro oblast psaní; Corpus calosum – přenos impulzů mezi hemisférami mozku a v neposlední řadě také subkortikální oblasti – schopnosti pojmenování a paměti, spojení oblastí mezimozku a středního mozku.

Přestože narušení řečových a jazykových aktivit může být způsobeno i různými poškozeními dalších struktur mozku, předpokládá se, že Brocova a Wernickeho oblast hraje významnou roli v realizaci řeči a je spojována čistě s jazykem (Love, Webb, 2009). Brocova oblast je centrum řečové exprese a u většiny osob hraje významnou roli pro produkci plynulé artikulované řeči. Love a Webb (2009) upozorňují, že poškození Brocova centra může způsobit plynulou afázii a porušit chápání slyšených slov či vět. Brocova oblast se nachází ve frontálním laloku a funguje pro řečovou expresi, tedy jako centrum motorického programování řečových artikulačních pohybů. Cséfalvay a kol. (2007) tuto oblast nahrazuje synonymním pojmem motorická oblast. Wernickeova area je lokalizována do zadní části temporálního laloku mezi Heschlovy závitů, jež jsou odpovědné za příjem mluvené řeči, a gyrus angularis, zajišťující schopnost čtení. Wernickeovo centrum zodpovídá za řečovou percepci. Podílí se nejen na porozumění řeči, ale i na vytváření základu pro formulování vnitřních lingvistických konceptů. Opět dle Cséfalvaye a kol. (2007) se užívá pro tuto oblast i synonymní označení, tj. senzoričná oblast.

Pod pojmem fatické funkce (neboli vnitřní řeč či řeč mozku) si lze představit schopnost chápat, uchovávat a vyjadřovat myšlenky pomocí slov, avšak nejen verbálně, nýbrž i graficky (písmo, četba). Poruchou této oblasti dochází k dysfázii (vývojovému onemocnění) či k afázii (získané poruše), kdy se zpravidla jedná o postižení v určitých oblastech kortexu (mozkové kůry) v dominantní mozkové hemisféře, výjimečně v oblasti subkortikální (Šlapal, 2007).

Již výše zmiňovaná plasticita je „*schopnost mozkové kapacity modifikovat svou strukturu nebo funkci jako odpověď na učení a poškození mozku*“ (Lebeer, 1998; In Kulišťák, 2011, str. 76). Obecněji lze říci, že neuroplasticita funguje jako schopnost nervového systému měnit se v reakci na opakující se podněty a zkušenosti (např. schopnost učení) (Maegle, 2005). Probíhající změny jsou na úrovni buněk a jejich synapsí. Plasticita mozku může být různého typu: evoluční – změny v době ontogenetického vývoje mozku; reaktivní – způsobeny

krátkodobou stimulací; reparační – strukturální a funkční obnovy zasažené nervové tkáně; adaptační – vzniklé dlouhodobými, opakujícími se podněty při trvalé stimulaci (Kulišťák, 2011). Pro afázi je typická reparační plasticita, která zapříčiňuje nestabilitu klinických syndromů afázie a ovlivňuje restituci poškozených funkcí (Dlouhá, Černý, 2012). Z toho vyplývá, že plasticita mozku může mít klíčové postavení při uzdravení jedince například po cévní mozkové příhodě (Feigin, 2007). Současně má tedy vliv i na obnovení komunikační schopnosti u osob s afázií, avšak i zde závisí na vlivu jiných faktorů (rozsah a lokalizace léze, věk pacienta...). Přestože největší schopnost plasticity má mozek mladý, funkce plasticity je zachována i v dospělosti a ve stáří, v závislosti na míře využívání mozku a jeho stimulaci prostřednictvím učení, kognice, motoriky, paměti, vlivem podnětného prostředí, psychoterapií a dalšími metodami (Benešová, Preiss, Kulišťák, 2009).

1.3 Období dospělosti a stáří

Pro určení přesné hranice počátku dospělosti v České republice existuje pouze jeden mezník, a to z pohledu práva – 18. rok života člověka. Z pohledu společenského nelze jednoznačně vymezit hranici přechodu z vývojového období adolescence do období dospělosti, jelikož množství faktorů, podílejících se na této změně, je nespočetné. Přesto však existují typické znaky, jež bývají specifické pro jednotlivá období, ať už se jedná o období dospělosti či stáří (Vágnerová, 2007).

Dospělost dle Kučery (2013) a Kopecké (2011) je ovlivňována vyzrálostí jedince v oblastech biologických, sociálních a psychických. Z toho důvodu dospělost označuje jako období stacionárního vývoje. Biologické vymezení je vázáno na úroveň fyzické zralosti jedince, především v oblasti sexuální vyspělosti. V rámci psychosociálních znaků spočívá proměna například ve změně osobnosti (schopnost ovládnutí vlastních emocí a jednání, přijetí zodpovědnosti, sebejistota, sebedůvěra, soběstačnost), změně v socializačním rozvoji (osamostatnění se, zralost v navazování nových vztahů, párové soužití, profesní způsobilost) a ve schopnosti sociálního osamostatnění se, podmíněného ekonomickou nezávislostí (Vágnerová, 2007).

Mezi typické znaky období dospělosti považuje Švancara (In Kuric, 1986) schopnost jedince chopit se své sociální odpovědnosti jako muž či žena. Millová (In Blatný, 2016) zmiňuje schopnost najít si a stabilizovat zaměstnání, budovat kariéru, vytvářet stále partnerství a zakládat vlastní rodinu. Obdobně pak i Říčan (2014) považuje za nejdůležitější znaky soběstačnost, schopnost spolupráce a pochopení podřízené role při velení, samostatnost

hospodaření a ekonomickou nezávislost, samostatnost bydlení, schopnost reálného plánování vzhledem k zájmům, a především vytrvalost jednání bez impulsivnosti.

Jednotliví autoři zmiňují dělení dospělosti do několika různých období. Dle Langmaiera a Krejčířové (2006) je dospělost rozdělena do čtyř etap. Oproti tomu Vágnerová (2007) uvádí pouze tři období. Stejně tak Thorová (2015), avšak s rozdílem věkového omezení jednotlivých kategorií. Celkové shrnutí provádí Kučera (2013), jenž zmiňuje obě možnosti dělení.

První kategorií je období **mladé dospělosti** (20–40let), pro které je charakteristická aktivita, vitalita, integrace a stabilizace osobnosti. Kognitivní schopnosti se rozvíjejí v několika oblastech. Dochází ke zdůraznění rozumové činnosti, především v oblastech paměti, fantazie a učení (Vágnerová, 2007). Objevuje se postformální myšlení, pro nějž je typické realističtější a pragmatičtější pochopení vzniklého problému, tedy vnímání jeho mnohoznačnosti a celkového kontextu (Millová In Blatný, 2016). Rozvíjí se i praktická inteligence a metakognice (Vágnerová, 2007). Úpadek či ztráty lze obecně zaznamenat kolem 25. roku života, kdy dochází k nepatrné ztrátě tělesné výšky, ztrátě sluchu na vysokých tónech, snížení schopnosti adaptace oka na tmu a zhoršení vidění na blízko (Říčan, 2014).

Střední dospělost (40–50let) není přesně vymezenou životní fází. Oproti předchozímu období nedochází k tak rapidním změnám v oblasti socializace člověka. Typickým znakem pro střední věk je udržitelnost, stabilizace (manželství, rodina, profesní zaměření), jistota a bezpečí (Vágnerová, 2007). Rizikem tohoto období je tzv. krize středního věku, která se může objevit již před 40. rokem života (Kopecká, 2011). V kontextu biologických změn dochází v jakési druhé fázi středního věku ke snížení výkonnosti, nárůstu tělesné hmotnosti, ke s tím souvisejícímu úbytku tělesné krásy, dochází ke zhoršení zrakového a sluchového vnímání, k úbytku plodnosti, zpomalují se tělesné pochody (dýchání, trávení), objevují se neuropsychické problémy, kam spadá snížená kvalita spánku, podrážděnost, depresivní stavy, nervozita, výkyvy nálad a další, či se zvyšuje riziko výskytu nádorového onemocnění (Vágnerová, 2000). S přibývajícím věkem dochází k pozvolnému poklesu kognitivních schopností, zhoršuje se například krátkodobá paměť (dlouhodobá zůstává nenarušena) (Hartl, 1999).

Pro období **starší dospělosti** (50–60let) je charakteristické zahájení procesu stárnutí, tím bývá mezník právě 50 let věku člověka. Tento proces s sebou přináší celkový úbytek tělesných i duševních funkcí. Často se začínají objevovat některé chronické nemoci, příkladem je hypertenze či kardiovaskulární onemocnění (Langmeier a Krejčířová, 2006). V oblasti

kognice je zaznamenána výrazná změna v oblasti paměti (Říčan, 2014). Fluidní inteligence (vrozená intelektová kapacita) je zranitelnější, dochází k jejímu postupnému lineárnímu poklesu. Krystalická inteligence (schopnost používat naučené způsoby při řešení určitých situací) je závislá na úrovni vzdělání a získaných předešlých zkušeností. Bývá zpravidla vyšší než fluidní inteligence (Vágnerová, 2007).

Další etapou života je tzv. **období stáří**. Již v předchozích fázích života bylo zmíněno, že dochází k samotnému procesu stárnutí, avšak v tomto období získává tento pojem opravdový význam. Dochází ke změnám struktur a funkcí organismu, podmiňujícím zvýšenou zranitelnost, sníženou schopnost a výkonnost jedince (Langmeier a Krejčířová, 2006). Jedná se o nezvratný děj, jenž je přirozenou součástí vývoje každého jedince (Vágnerová, 2007). Období stáří je taktéž děleno do několika etap dle pojetí jednotlivých autorů. Skorunková (2011) jej člení na rané stáří (60-75 let), pravé stáří (75-90 let) a dlouhověkost (90 let a více). S překročením 60 let věku se u jedince objevuje celkové zpomalení, jež je důsledkem biologických změn ve fungování mozku. Úbytek neuronů či narušení synaptických spojení má za vliv například zpomalený přenos signálů z jedné oblasti mozku do druhé, pomalejší přesun percipovaných informací do příslušného mozkového centra či obecný pokles rychlosti při zpracování informací v centrálním nervovém systému. Změny jsou patrné u poznávacích procesů a prodloužení reakčních časů, typicky dochází ke zhoršování percepce, pozornosti a paměti. Úbytek rozumových schopností lze pozorovat především v oblasti fluidní inteligence. Zhoršená kvalita kognitivních funkcí nemusí být pouze následkem biologických změn, ale i vlivem psychogenní zátěže (Vágnerová, 2007). S vyšším věkem přibývá četnost výskytu degenerativních chorob, srdečních chorob, chronických zánětů, nemocí páteře a nohou, vysokého krevního tlaku, zlomenin zapříčiněných úrazy či infekčních onemocnění vzniklých z důvodu snížené přirozené imunity organismu. Takovýto jev je nazýván *polymorbidita*, tzn. současný výskyt více než jedné chronické nemoci (Říčan, 2014).

Poslední stádium života je nazýváno jako **terminální stádium** (Langmeier a Krejčířová, 1998). Umírání, ke kterému dochází, je potřeba chápat jako završení života člověka. Starý a nemocný člověk mnohé podněty nevnímá, jeho zájmy jsou zúženy, avšak v této fázi je potřeba zachování jeho sebeúcty, citové jistoty a bezpečí velmi důležitá (Vágnerová, 2007). „*Smrt je duševně stejně důležitá jako narození a je stejně integrální součástí života*“ (C. G. Jung, 1995, s. 239).

1.4 Logopedická intervence

Složité multifaktoriální proces, jenž je součástí aktivity logopeda, je nazýván jako logopedická intervence. V zahraniční literatuře v současné době zaštiťuje dříve využívané pojmy jako logopedická péče, výchova řeči či náprava řeči (Klenková, 2006). V nejširším slova smyslu je logopedická intervence chápána jako komplex různorodých činností logopeda, uskutečňovaný s určitým cílem. Tedy všechny aktivity, jež jsou specifické pro práci logopeda, ve všech jejich oblastech (Lechta, 2011). Termín samotné intervence lze v užším pojetí vnímat jako zakročení, vměšování či zasahování do něčeho nebo v něčí prospěch (Dvořák, 2007).

Mezi základní cíle logopedické intervence jakožto specifické aktivity řadí Lechta (2011):

- identifikaci NKS (narušené komunikační schopnosti);
- eliminaci a zmírňování nebo alespoň překonání NKS;
- předcházení tomuto narušení (zlepšení komunikační schopnosti).

Cílem logopedické intervence v rámci narušené komunikační schopnosti je maximalizace komunikačního potenciálu osob s poruchou řečové komunikace za využití postupu odstranění, příznivého ovlivnění či kompenzaci deficitů, vyvolávajících nepříznivou komunikační situaci (Škodová, Jedlička a kol., 2007). Jedná se o komplexní proces zahrnující tři vzájemně se prolínající oblasti: logopedická diagnostika, terapie a prevence. Vzhledem ke značné interferenci jednotlivých oblastí a interdisciplinaritě celého oboru logopedie je nutnou součástí užití poznatků ze zahraničních vědních disciplín (např. medicína, psychologie, pedagogika, speciální pedagogika, lingvistika) (Lechta, 2011).

1.4.1 Logopedická diagnostika

Prvním krokem při práci s klientem s narušenou komunikační schopností je proces tzv. diagnostikování, při němž je cílem co nejpřesnější postihnoutí narušené komunikační schopnosti jako východisko sloužící pro aplikaci vhodných intervenčních metod a stanovení odpovídající diagnózy. Na základě získaných informací může poté dojít k sestavení plánu logopedické intervence, ze kterého vychází i následující terapeutický plán a stanovení logopedické prognózy (Klenková, 2006).

Logopedická diagnostika je realizována na třech úrovních. V první řadě jde o *orientační vyšetření*, při němž se u člověka zjišťuje výskyt NKS, poté je prováděno *základní vyšetření* s cílem zjistit, o jaký konkrétní druh NKS se jedná, a v poslední řadě jde o *speciální vyšetření*, které sleduje, o jaký druh, typ, formu a stupeň NKS se jedná.

V rámci logopedické diagnostiky je využívána celá škála metod a technik, u kterých je však potřeba vždy zohlednit biologická, emocionální, kognitivní a sociální specifika, stejně tak jako typ NKS, stupeň NKS a další aspekty týkající se individuality klienta (Lechta In Cséfalvay, Lechta, 2013). Mezi nejčastěji uváděné metody patří metoda pozorování, explorační metody, diagnostické zkoušky, testové metody, kazuistické metody, rozbor výsledků činnosti či přístrojové metody (Přinosilová, 1997).

1.4.2 Logopedická terapie

Dalším krokem v rámci logopedické intervence je, po stanovení diagnózy a určení terapeutického plánu, zahájení logopedické terapie. Jedná se o specifickou aktivitu, při níž, za využití specifických metod, dochází k řízenému učení s jasně vytyčeným cílem (Klenková, 2006). Mezi hlavní cíle patří co největší možný rozvoj a maximalizace komunikačního potenciálu u osob s poruchou řečové komunikace (Neubauerová In Neubauerová, Javorská, Neubauer, 2012). V nejšířším slova smyslu je dle Lechty a kol. (2011) cílem terapie eliminovat, zmírnit či alespoň překonat NKS.

Součástí terapeutického působení jsou reedukační postupy, zaměřující se přímo na postiženou oblast (např. motoriku mluvidel), a kompenzační strategie, využívané s cílem překonávání komunikační poruchy (Neubauerová, 2012). Užívané metody jsou pak stimulující, korigující či redukující.

Jelikož je logopedie vnímána jako interdisciplinární věda, existuje možnost aplikovat při logopedické terapii metody i z jiných oblastí než čistě logopedických (např. pedagogických atd.) (Škodová, Jedlička a kol., 2007). Formy poskytované péče lze u terapie dělit do několika oblastí dle Borbonuse a Maihacka (2000). Prvním typem je *individuální terapie*, při níž je veškerý čas věnován pouze jednomu klientovi, ve druhém se jedná o *skupinovou terapii*, při které je skupina tvořena od tří do šesti lidí s NKS, dalším je pak *intenzivní terapie*, zaměřená na pravidelnost realizace několikrát denně. Posledním typem je *terapie intervalová*, jež spočívá v aplikaci terapie intenzivní s odstupem několika týdnů, či měsíců. Všechny zmiňované typy (resp. formy) je možno nejrůzněji kombinovat pro lepší efektivitu práce a současně tak zohledňovat individuální potřeby klienta a jeho NKS (Lechta a kol., 2011).

1.4.3 Logopedická prevence

Podobně jako je tomu u diagnostiky a terapie, může docházet i k prolínání terapie s prevencí. Logopedická intervence rozlišuje tři základní typy prevence, a to primární, sekundární a terciální.

Primární prevence má za cíl předcházet ohrožujícím situacím v celé sledované populaci. Může být specifická, jež je orientována proti konkrétnímu riziku, a nespecifická, která podporuje všeobecně žádoucí formy chování (Hartl, Hartlová, 2000). **Sekundární** prevence směřuje na rizikovou skupinu, jež je přímo ohrožena negativním jevem (příkladem pro tuto práci je osoba po CMP). Jejím cílem je zabránění dalšímu rozvoji již vzniklé nemoci (Neubauer a kol. 2018). Třetím druhem je **terciální** prevence, která se zaměřuje na osoby, u nichž se NKS již objevila, a snaží se předcházet vzniku dalších negativních následků NKS (Lechta, a kol., 2011). V Defektologickém slovníku je dále zmiňována i preventivní metoda včasného odhalování zdravotních poruch a odstraňování příčin jejich vzniku za využití depistáže při realizaci zdravotnické preventivní péče (Edelsberger a kol., 2000).

1.4.4 Zásady logopedické intervence u dospělých osob

Problematika využití intervenčních metod u dospělých a stárnoucích osob s NKS zahrnuje znalosti zásad vhodného komunikačního přístupu k těmto osobám, a jelikož v jednotlivých obdobích života má každý jedinec jiné potřeby, schopnosti a dovednosti, jak již bylo zmíněno v kapitole 1.3 Období dospělosti a stáří, je nutné zvolit i v rámci logopedické intervence adekvátní postupy, odpovídající těmto potřebám.

Osobám dospělým a seniorům se závažnými poruchami je potřeba vytvořit vhodné prostředí nejen pro diagnostikování. Při intervenci je nutné realizovat sezení ve více kratších intervalech z důvodu rychlejší unavitelnosti klienta. Dále je důležité zohledňovat přidružené komplikace vzniklé například v důsledku sénia (presbyakuzie, zrakové vady, snížené kognitivní schopnosti a jiné). Projev logopeda musí být zřetelný, dostatečně hlasitý a odpovídající. Vyhýbá se infantilizaci, nadřazenosti a podceňování klienta (Lechta, 2013).

V rámci logopedické terapie je cíl působení zaměřen na rozvoj a maximalizaci komunikačního potenciálu a zároveň zachování co nejvyšší kvality sociálního kontaktu s okolím. Využívají se kompenzační strategie, s prvky alternativní a augmentativní komunikace (Neubauer In Škodová, Jedlička a kol., 2007). Dbá se na navazování kontaktu s rodinnými příslušníky osoby s NKS, kterým se předávají objektivní a potřebné informace (Neubauer a kol., 2018). Aplikuje se komplexní logopedická terapie poruch komunikace, která, kromě metod vztahujících se k řečové a jazykové složce, zahrnuje i metody psychoterapeutické, týkající se působení na oblast kognitivní, především na verbálně paměťové funkce a pozornost. Tato metoda je žádoucí zejména u poruch plynulosti řeči a afázií (Neubauer In Škodová, Jedlička a kol., 2007).

1.5 Poskytování logopedické intervence v České republice

1.5.1 Koncepce poskytované logopedické péče

System logopedické péče na území České republiky je rozdělen napříč třemi resorty. Spadá nejen do kompetence Ministerstva zdravotnictví, ale také Ministerstva práce a sociálních věcí a Ministerstva školství, mládeže a tělovýchovy. Poskytování péče může být realizováno v zařízeních státních, nestátních a v zařízeních soukromých (např. soukromé praxe klinických logopedů) (Fukanová In Škodová, Jedlička a kol., 2007). Péče je určena pro všechny věkové kategorie – děti, adolescenty, dospělé osoby i osoby ve stáří (Michalík a kol., 2011).

Resort školství

V rámci poskytování logopedické péče Ministerstvem školství, mládeže a tělovýchovy jsou tyto služby určeny nejen pro děti, žáky a studenty s narušenou komunikační schopností, ale v rámci preventivních opatření též pro děti s intaktním řečovým projevem. Ve školských zařízeních je logopedická péče poskytována v logopedických třídách při běžných mateřských školách, v mateřských školách logopedických, v základních i speciálních logopedických školách i ve školách pro sluchově postižené (Bytešnicková In Pipeková a kol., 2010). Dále je pak logopedická péče součástí pedagogicko-psychologických poraden a speciálně pedagogických center.

Činnosti logopedické péče realizované v resortu školství specifikuje Metodické doporučení č. j. 14 712/2009-61. Zde se blíže hovoří o funkci logopeda a logopedického asistenta (Metodické doporučení č. j. 14 712/2009-61 k zabezpečení logopedické péče ve školství).

Resort zdravotnictví

Logopedická intervence je v resortu zdravotnictví realizována ve foniatrických klinikách, neurologických klinikách, na geriatrických odděleních a v soukromých logopedických ambulancích (Peutelschmiedová In Vitásková, Peutelschmiedová, 2005), dále, jak uvádí Bytešnicková (In Pipeková a kol., 2010), v rehabilitačním stacionáři, v denním stacionáři při zdravotnických zařízeních, v léčebnách dlouhodobě nemocných, v lázeňských zařízeních a v dalších logopedických zařízeních při lůžkových odděleních (foniatrie, rehabilitace, psychiatrie). Logoped působící na těchto pozicích nese označení klinický logoped a musí splňovat podmínky stanovené legislativními normami, na jejichž sestavování se podílí Asociace klinických logopedů ČR a zdravotní pojišťovny. Pro upřesnění a přiblížení profese klinického logopeda je připojena kapitola 1.5.2. Klinický logoped.

Resort práce a sociálních věcí

V resortu práce a sociálních věcí není doposud přehledně stanovena ucelená koncepce pro působení logopedů. Nejsou určeny konkrétní podmínky a kvalifikační předpoklady pro vykonávání práce logopeda (Klenková, 2006). Jelikož je péče o dospělé a stárnoucí osoby v této oblasti dosti podceňována, podílejí se na zajištění logopedické péče především pracovníci z oblasti zdravotnictví, a to formou docházení klinického logopeda do zařízení, případně speciální pedagogové s platnou kvalifikací, pokud jsou v těchto zařízeních zaměstnáni (Neubauer a kol., 2018).

Jako součást koncepce poskytované logopedické péče je nutno zmínit i činnosti nestátních neziskových organizací, jež poskytují osobám s NKS logopedickou intervencí formou komplexních rehabilitačních pobytů a rekondičních pobytů ve spolupráci s fyzioterapeutickými, ergoterapeutickými či lékařskými odborníky.

1.5.2 Klinický logoped

Logopedem by měl být odborník s odbornými znalostmi, schopnostmi a dovednostmi na profesionální úrovni s chutí celoživotně se vzdělávat. Poněvadž tato osoba představuje mluvní vzor, musí disponovat také dobrou úrovní komunikační schopnosti. Klinický logoped působí v resortu zdravotnictví. Náplní jeho práce je diagnostická, léčebná, rehabilitační, preventivní, posudková a dispenzární činnost v oboru klinické logopedie (Bytešníková In Pipeková a kol., 2010).

Pro odbornou způsobilost klinického logopeda je nově, dle současného znění zákona 96/2004 Sb. o nelékařských zdravotnických povoláních, po absolvování vysokoškolského magisterského studia, programu speciální pedagogiky či logopedie zakončeného státní závěrečnou zkouškou z logopedie a surdopedie, potřeba absolvovat také akreditovaný kvalifikační kurz – logoped ve zdravotnictví. Zájemce o povolání klinického logopeda musí následně absolvovat specializační vzdělávání v délce 3 let, úspěšně zakončené atestační zkouškou. Do té doby pracuje pod dohledem logopeda (supervizora) způsobilého k výkonu povolání (zákon č. 96/2004 Sb., o nelékařských zdravotnických povoláních).

2 Problematika afázie

Vzhledem k velmi obsáhlé problematice a široké škále symptomatologie vzniká samostatný logopedický směr orientovaný přímo na otázky afázie – afaziologie. Obdobně je tomu i ve světě, kde jsou vytvořeny různé afaziologické směry – afaziologické školy (Klenková, 2006). Kořeny tohoto odvětví sahají až do devatenáctého století, kdy byli popsáni první lidé, u nichž se afázie vyskytovala. V této době je také poprvé zmiňováno spojování druhu poškození centrální nervové soustavy s konkrétním typem narušené komunikační schopnosti (Cséfalvay a kol., 2007).

Poněvadž je problematika afázie multidisciplinárního charakteru, zabývají se jí odborníci z různých vědních disciplín – neurologie, neuropsychologie, neurochirurgie, psycholingvistiky, logopedie a dalších (Klenková, 2006). Jelikož každý z odborníků nahlíží na problematiku afázie dle svého oborového zaměření a ze svého úhlu pohledu, definice se napříč zmiňovanými disciplínami pochopitelně různí.

2.1 Vymezení pojmu

Termín afázie vznikl ze slova řeckého původu „*aphasia*“, kdy *phasis* v překladu znamená **řeč** a přidaná předpona *a* označuje zápor slova (Čecháčková In Škodová, Jedlička a kol. 2007). Doslovný překlad termínu afázie uvádí také Psychologický slovník (Hartl, Hartlová, 2010, s. 14) - „bez mluvení“. Konkrétně pak zmiňuje, že jde o „*poruchu řeči nervového původu, projevující se obtížemi nebo neschopností pojmenovat jevy či rozumět slovům při zachovaném sluchu*“, „... porucha je „*způsobena nejčastěji poškozením dominantní mozkové hemisféry, v důsledku cévní mozkové příhody*“.

Z hlediska neurologie se jedná o poruchu řeči vzniklou v důsledku ložiskového poškození mozku. Hovoří se o tzv. **poruše vybudované řeči** (Klenková, 2006).

Z pohledu logopedického, dle Neubauera a kol. (2018), je neurogeně získaná afázie podmíněnou komunikační poruchou, zasahující **individuální jazykový systém** člověka, nejčastěji náhle vzniklou ztrátou schopnosti realizace mluveného projevu a neschopnosti porozumění mluvené i psané formě řeči. Poškození vzniká na základě léze v oblasti levé mozkové hemisféry.

Mimrová (1997) hovoří o úplné či částečné **neschopnosti přijímat a vysílat symbolické kódy**, významné pro mluvenou či psanou formu řeči, v důsledku jednostranného poškození mozku (In Kulišťák a kol., 1997).

Cséfalvay a kol. (2007) vnímá afázii jako získanou narušenou komunikační schopnost, při níž dochází k **poruše produkce a porozumění řeči**, vzniklé na základě ložiskového poškození mozku. Rozhodujícím faktorem následného stupně afázie je pak rozsah a lokalizace léze mozku. Čecháčková (2007) i Klenková (2006) afázii zařazují do souboru **vyšších kortikálních poruch** (součástí jsou i kognitivní funkce), k nimž řadí agnozii, apraxii, akalkulii, alexii, poruchy orientace v prostoru a další.

V širším pojetí lze říci, že afázie jakožto získané selektivní narušení jazykových modalit a funkcí vzniká na základě ložiskového poškození jazykově dominantní hemisféry, která zasahuje nejen oblast komunikační, nýbrž i sociální fungování a kvalitu života postižené osoby a blízké rodiny dané osoby (Papathanasiou, Coppens, 2011). V celkovém shrnutí je tedy afázie porucha, charakteristická čtyřmi základními atributy:

1. jedná se o získané narušení komunikační schopnosti;
2. týkající se poruch symbolických procesů;
3. vzniklé při ložiskových poškozeních mozku;
4. v důsledku systémového vlivu mozkové léze.

Zasaženy jsou vyšší psychické funkce člověka i všechny modalities řeči – receptivní, expresivní, mluvená, psaná i jazykové roviny (Lechta, 2003).

2.2 Etiologie afázie

Náhle vzniklá ztráta plně vyvinuté řeči (mluvené i psané) vzniká v důsledku poškození dominantní hemisféry – nejčastěji ložiskové léze korových, ale i podkorových oblastí mozku. Nejzávažnějším typem jsou afázie vzniklé zasažením fronto-temporo-parietální oblasti mozku, při okluzi anebo stenóze arteria cerebri media (Cséfalvay a kol., 2007). Poškození centrální nervové soustavy je děleno na dva typy – ložiskové (ohraničené) poškození a difúzní (rozptýlené) poškození (Mysliveček, 2009).

V rámci získaných neurogenních poruch komunikace patří mezi nejčastěji zmiňované příčiny afázie cévní mozková onemocnění, nádorová onemocnění CNS, traumatické léze CNS (komoce, kontuze, komprese) a neurodegenerativní onemocnění (Neubauer a kol., 2018). Klenková (2006) dále zmiňuje zánětlivá onemocnění mozku (encefalitidy, meningoencefalitidy) a intoxikace CNS (drogy, alkohol). Klinický obraz afázie je závislý na několika faktorech, mezi něž Čecháčková (2007) řadí:

- povahu patologického procesu (etiologie – CMP, úrazy hlavy, expanze);

- lokalizaci a rozsah léze;
- věk pacienta.

Cévní mozkové příhody

Cévní mozkové onemocnění patří mezi nejčastější příčinu afázie. Jedná se o onemocnění způsobené poruchou cévní cirkulace v oblastech centrálního nervového systému (Nebudová In Kulišťák, 1997). Dle světové zdravotnické organizace jde o náhle vzniklou, rychle se rozvíjející mozkovou dysfunkci na úrovni ložiskového poškození trvající déle než 24 hodin, jež může vést k úmrtí jedince. Jelikož dochází k přerušení krevního zásobení mozku, dochází k postupnému odumírání nervových buněk (WHO, 1999). Herzig (2014) užívá synonymum slova, pojem iktus, který definuje jako infarkt tkáně CNS.

Rozlišují se dvě základní formy podle příčiny vzniku CMP – hemoragická a ischemická. u **hemoragické** (krvácení) CMP může být příčinou hypertenze (vysoký krevní tlak), aneurysma (tepenná výduť), případně mozkový nádor projevující se nejprve krvácením nebo úrazy hlavy a s tím spojený vznik hematomu (krevní výron). V důsledku zmiňovaných faktorů dochází ke zvýšení krevního tlaku, zpomalení tepu, zvýšené spavosti, ztrátě vědomí a oslabení končetin – nastává syndrom nitrolební hypertenze (Čecháčková, 2007). Ke vzniku hemoragické příhody často také vede antikoagulační léčba, malformace cév, porucha krevní srážlivosti či užívání alkoholu a drog (Seidl, 2015). Až u 50 % případů osob s CMP je hemoragické krvácení situováno do oblastí bazálních ganglií (hemoragie putaminální), mozkových laloků (hemoragie lobární), mozkového kmene (hemoragie pontinní) a mozečku (Ambler, 2006).

U **ischemických** infarktů dochází ke sníženému prokrvení mozku. Dochází k systémové hypoxii, která způsobuje generalizovaný pokles saturace mozku kyslíkem. Příčinou tohoto stavu je porucha cirkulace a hypotenze (nízký krevní tlak). Mezi další etiologické faktory se řadí trombóza mozkových cév (srážení krve), embolie (uzavření průtoku vlivem vmetek – embolus), vaskulitidy (zánětlivé onemocnění cévní stěny) a další (Seidl, 2015). Herzig (2014) dále hovoří o neovlivnitelných rizikových faktorech vzniku ischemických poruch – vliv pohlaví (převažují muži), věku (65-75 let), genetiky, rasy atd., a ovlivnitelných vlivech – krevní tlak, srdeční onemocnění, ateroskleróza, metabolické poruchy a další.

Méně častými příčinami vzniku afázie jsou léze v oblasti bazálních ganglií a léze thalamu (Cséfalvay, Košťálová In Cséfalvay, Lechta, 2013). Jak bylo zmíněno výše, dochází k poškození především dominantní mozkové hemisféry, avšak existují i případy zkřížené

afázie, která vznikla u praváků při lézi orientované do pravé mozkové hemisféry (Kirschner a kol., 1999).

Traumata mozku

Nejčastějšími příčinami poranění mozku jsou otřesy mozku, při nichž vznikají krátké ztráty vědomí, které však nezpůsobují fatickou poruchu, dále pak zhmoždění mozku, které má charakter středně těžkého poranění (bývá přítomna afázie), těžké úrazy hlavy (bezvědomí trvající asi 6 hodin) a dlouhodobé stavy bezvědomí (apalický syndrom) (Čecháčková, 2007).

Nádorová onemocnění

Dle Neubauera a kol. (2007) se nádory mozku vyskytují přibližně u 0,3 – 2,6 % všech neurologických pacientů. Mohou se projevit v celém spektru neurogeních komunikačních poruch, závisí na lokalizaci léze a typu tumoru. Narušení funkcí se neprojevuje náhle, nýbrž s pozvolným nástupem. U některých případů se však objevuje skokově progredující komplikace. Z této etiologie může docházet ke vzniku tzv. primární progresivní afázie.

Zánětlivá onemocnění mozku

Jedná se o akutní onemocnění postihující nejen mozkovou tkáň, nýbrž i mozkové pleny. Původcem bývá nejčastěji virus, avšak může se vyskytnout i jako sekundární onemocnění po příušnicích či středoušním zánětu (Čecháčková, 2007).

Degenerativní onemocnění CNS

Afázie může být i součástí Alzheimerovy choroby či Pickovy nemoci. U Alzheimerovy choroby mívá kolísavý průběh závislý na progresi a regresi příznaků nemoci. Zkraje se vyskytují poruchy paměti, v pozdějších stádiích jsou vážně narušeny kognitivní funkce. Pickova choroba je charakteristická rozvojem demence s atrofií mozkových laloků. Příčiny této nemoci nejsou zcela známy.

Dětská afázie

Čecháčková (2007) dále zmiňuje dětskou afázii, kterou vnímá jako náhlé porušení a poškození dosud normálně se vyvíjející centrální nervové soustavy. Příčiny vzniku uvádí stejné jako u dospělých osob, kromě výskytu CMP. Za nejčastější příčinu zmiňuje kranio cerebrální traumata (úrazy lebky a mozku).

2.3 Symptomatologie afázie

Z pohledu afaziologie se odborníci shodují, že se afázie vyznačuje značně širokým a různorodým komplexem nejrůznějších symptomů, přičemž tyto symptomy se projevují v různých kombinacích a zasahují v různé míře užití individuálních jazykových schopností jedince. Celkový klinický obraz se poté projevuje u každé osoby individuálně, jelikož se odvíjí od množství a vážnosti příznaků, které závisí na míře, rozsahu a charakteru mozkového poškození.

Cséfalvay a kol. (2007) rozděluje osoby s afázií na základě spontánního řečového projevu na jakési dvě podskupiny – **fluentní** (plynulá) **řeč** a **nonfluentní** (neplynulá) **řeč**. Fluence je definována jako plynulost řečového projevu. Hodnocení normální plynulosti se odvíjí od počtu užití slov za jednu minutu. U intaktní řečové produkce se jedná přibližně o užití 120 slov za minutu a informační sdělení zároveň odpovídá dané situaci. Pokud je pokles slov nad 50 slov za minutu, je řečový projev považován za nonfluentní. Oproti tomu projev s více jak 200 slov za minutu je označován jako **hyperfluentní**, přičemž je pro něj charakteristické podání bezúčelného popisu s užitím nevhodných výrazů s nízkým obsahem informací (Čecháčková, 2007).

Jedním ze základních charakteristických symptomů afázie je **parafázie**. Jedná se o deformaci slov různého typu a stupně. Rozdělují se na tři základní typy. **Fonemická parafázie** – slovní tvar je deformovaný, avšak obsahuje některé správné prvky daného slova, lze tedy porozumět významu slova. Nejčastěji se vyskytuje záměna pouze ve fonému (*kočka – kečke, dům – dýmo*). **Žargonová parafázie** – těžká slovní deformace, při níž nelze porozumět produkované řeči, jelikož slovo je změněno k nepoznání (*ždruchla – židle*). **Sémantická parafázie** – pacient si nemůže vzpomenout na konkrétní slovo, proto jej nahrazuje slovem významově podobným, případně opíše význam chtěného pojmu (Čecháčková, 2007). Opis požadovaného slova nazývá Cséfalvay a kol. (2007) **cirkumlokuce**. Současně se také objevují **embolofrázie** (slovní „vmetky“). Jedinec vsouvá hlásky, slabiky nebo celá slova, která nepatří do následujících slov či vět. Překotná rychlá mluva, jež je také typická pro osoby s afázií, je nazývána jako tzv. **logorhea**. Projev má sníženou srozumitelnost s častým výskytem žargonových parafázií. Objevuje se nejčastěji u afázie percepčního typu (Klenková, 2006).

Neubauer a kol. (2007, 2018) zařazuje mezi nejčastější specifické příznaky afázie **poruchy pojmenovávání**, kam jsou řazeny **anomie** a **dysnomie**. Obtíže se projevují v pojmenování určitého pojmu v důsledku obtíží ve vybrání žádoucího pojmu ze sémantického jazykového systému. Nejedná se o ztrátu paměťové informace, nýbrž o problém výbavnosti

slov. Dále se mohou objevovat **neologismy**, což jsou jakési novotvary, jež chybně a gramaticky nesprávně afatik vytváří a používá. Nejčastěji jde o nesrozumitelné záměny hlásek, slabik i slov.

U osob s afázií se dále objevují **agramatismy** a **paragramatismy** (žargon). Agramatismy vznikají při nedodržení gramatických zákonitostí při tvorbě vět, projevují se poruchami časování a skloňování. Paragramatismus lze charakterizovat jako nesprávné pořadí normálních či zkomolených slov ve větách, objevuje se u afázie fluentní (Obereignerů, 2013). Typickým projevem afatiků je ulpívání na předchozích podnětech, které již v danou dobu nepůsobí. Pacient opakuje stejné odpovědi, jež se týkaly předchozí otázky. Jako příklad lze uvést: pacient dostává první úkol vyjmenovat měsíce v roce, poté druhý úkol vyjmenovat části těla, při druhé otázce pacient stále přetrvává u odpovědi měsíců. Tento jev je nazýván **perseverace** (Čecháčková, 2007). Od tohoto jevu je potřeba odlišit další symptom, označovaný jako **echolálie**. Ta se projevuje spontánním opakováním otázky nebo slyšených slov. Někdy je definována jako ozvěnové opakování slyšeného. Do jisté míry jde o oslabení exekutivních funkcí, kdy jedinec sám nedokáže zastavit tyto nežádoucí projevy. Jestliže osoba opakuje pohyby druhé osoby, hovoří se o **echopraxii** (Obereignerů In Kulišťák a kol. 2017).

Součástí mluvního projevu afatiků bývají také **parafrázie**. Neubauer a kol. (2018) toto označení zařazuje k již zmiňované parafrázi. Klenková (2006) a Čecháčková (2007) tyto dva pojmy od sebe odlišují a popisují, že parafrázie znamená sníženou schopnost, v některých případech až neschopnost větného vyjádření (*Přišel jsem teď za vámi. – Já tady toto teď.*) Parafrázie je charakteristickým znakem pro expresivní formu afázie.

V neposlední řadě je nutné zmínit **poruchu rozumění**, která bývá velmi častým průvodním jevem afázie. Tato porucha nemusí být patrná ihned při prvním kontaktu s osobou s afázií, jelikož pacient mnohdy příkaz k vykonání požadované činnosti pochopí na základě kontextu situace. Afatik je nejčastěji schopen vykonat jednoduchý úkon, jenž je od něj požadován, ale složitější příkaz provést nedokáže, poněvadž pokynu nerozumí, nebo si příkaz nezapamatuje. Poruchy porozumění jsou velmi individuální a odvíjí se od typu a stupně postižení. Předpokladem pro další kroky ve vyšetřování je tedy velmi nutné prozkoumání schopnosti rozumění (Čecháčková, 2007).

Obecný souhrn symptomů provádí Cséfalvay a kol. (2007) ve schématu, které obsahuje nejčastější jazykové deficity vznikající v důsledku léze mozku, konkrétně při afázií. Mezi ně autor řadí poruchy plynulosti řeči, poruchy porozumění řeči, agramatismy, parafrázie, perseverace a anomie. Současně je možný také výskyt narušení prozodických faktorů řeči

a výskyt **řečových automatismů** – stereotypní opakování slabik, neologismů nebo celých frází. Jejich charakter může mít podobu nesmyslných slabik, či v některých případech i srozumitelně významových slov (Cséfalvay, Traubner, 1996).

Součástí klinického obrazu afázie bývají i **poruchy lexikálních a grafických schopností**. Alexie a agrafie se objevují v různé míře s obdobnými těžkostmi, jako je tomu v mluvním projevu (Neubauer a kol., 2007). V rámci poruch čtení Cséfalvay a kol. (2007) rozlišuje hloubkovou alexii, fonologickou alexii, povrchovou alexii a „čistou“ alexii, pro kterou je charakteristické čtení hláskováním. Poruchy psaní dělí autor obdobně, hovoří o hloubkové agrafii, fonologické agrafii a povrchové agrafii.

2.4 Klasifikace afázie

Problematika afázie, jak bylo výše zmíněno, je velmi široká a rozmanitá nejen svými symptomy, ale i pojetím a klasifikacemi napříč jednotlivými afaziologickými školami. Jelikož je afázie vnímána jako lingvistická, neurogení, kognitivní porucha, je potřeba zachovat interdisciplinaritu celkového pojetí a dělení. Ustálení jednotného systému nebylo doposud vytvořeno, proto se klasifikace liší dle pojetí jednotlivých autorů, avšak nejčastěji lze v logopedické praxi narazit na klasifikaci Bostonskou (Čecháčková, 2007).

V klinické praxi se v rámci klasifikace afázie nejčastěji používá popis klinických syndromů, které jsou tvořeny různými jazykovými deficity a symptomy afázie. Příznaky afázie mohou vznikat při lézích různých oblastí mozku, proto je jejich variabilita tak výrazná. Složky produkce a porozumění řeči jsou řazeny mezi psychické procesy, fungující jako vícekomponentní systémy. Aktivizace těchto komponentů a různých oblastí mozku vede ke správnému fungování systému. Jestliže dojde k narušení jakéhokoliv komponentu, následně se projeví dezintegrace celého systému (Cséfalvay a kol., 2007). Nejelementárnější a nejužívanější dělení rozděljuje afázie na tři základní typy: **motorická afázie** (expresivní, Brocova), **senzorická afázie** (receptivní, Wernickeho) a **globální** (totální) (Klenková, 2006). Toto dělení je však velmi obecné, zohledňuje pouze oblasti porozumění (percepce) a produkce (exprese) řeči a nepohlíží na afázii jako na celistvý komplex syndromů.

Již zmiňovaná **Bostonská klasifikace** je založena na posouzení čtyř modalit řeči. Hodnotí schopnosti pojmenování, fluence konverzační řeči, porozumění mluvenému projevu a schopnost opakování (Klenková, 2000). Zaměřuje se i na grafický projev jedince, ale nevyšetřuje praxii, gnozii, orientaci v prostoru, pravo-levou orientaci atd. Celkově převládá lingvistický aspekt hodnocení.

Brocova afázie je charakteristická dominantní poruchou v expresivní složce řeči. Projev bývá nonfluentní, tempo výrazně opožděné, vyskytují se jednoslovné promluvy, cirkumlokuce, perseverace, anomie. Agramatismus bývá jedním z nejméně výrazných příznaků Brocovy afázie. Mohou se přidružovat apraxie řeči a dysartrie (Cséfalvai, Košťálová, 2013). Pacient hovoří málo, se značným úsilím, ale zná svůj vlastní komunikační záměr. Porozumění bývá relativně dobře zachováno (Neubauer a kol., 2007). Poruchy čtení (alexie) a psaní (agrafie) se vyskytují velmi často, stejně tak jako v mluvním projevu pacienta.

Dalším typem je afázie transkortikální, která je blíže specifikována na tři typy. **Transkortikální motorická afázie** je charakteristická neplynulým projevem, minimální spontánní řečovou produkcí, echolálií a typickým užíváním krátkých či neúplných vět. Zachovalejší bývá porozumění řeči, obtíže se objevují u porozumění syntakticky složitějším větám. Pochopení významu jednoduchých slov bývá dobré. Schopnosti čtení mohou být zachovány, schopnosti psaní bývají pomalejší. Pro všechny transkortikální afázie je typické, že schopnost reprodukovat slova, případně i věty, je oproti spontánnímu projevu nebo pojmenovávání předmětů zachovalejší (Cséfalvai a kol., 2007). Při **transkortikální senzické afázii** je řečový projev fluentní s dobrou schopností opakování (slov i krátkých sdělení), ale s porušením percepce. Odpovědi pacientů postrádají koherenci a obsahovou informaci. Prognóza příznaků bývá dobrá, často se obtíže zcela upraví (Neubauer a kol., 2007). Grafie je výrazně narušena (spontánní písemný projev a pojmenovávání předmětů), formální stránka může být zachována bez narušení. Poruchy čtení se manifestují při porozumění čtenému. **Transkortikální smíšená afázie** vzniká jako důsledek rozsáhlého poškození. Projevuje se nonfluencí, perseveracemi, echolálií a problémy v rozumění a pojmenování (Koukolík, 2000).

Pro **Wernickeho (senzickou) afázii** je typické špatné rozumění, pojmenování, opakování, zvýšený výskyt neologismů, parafrází a nevědomí vlastní poruchy. Řečový projev je fluentní, nepřilnavý, akcelerovaný. Obtíže mnohdy bývají mylně identifikovány jako psychiatrická onemocnění, především při nevědomování si svých vlastních obtíží (Neubauer a kol., 2018). Oproti Brocově afázii nebývá narušena artikulace. Může se vyskytovat i porucha fonemického sluchu a nápadná porucha porozumění smyslu zvuku, slova, věty (Čecháčková, 2007).

Konduktivní neboli konduční (centrální) afázie se vyznačuje špatným opakováním s fonemickými parafrázemi. Úroveň plynulosti je relativně dobrá, stejně tak i rozumění

verbálnímu projevu. u tohoto typu bývá prognóza příznivá, přičemž úpravu může být úplná nebo se objevují anomická rezidua. (Neubauer, Dobias, 2014)

U **anomické (amnestická) afázie** bývá řeč plynulá, pouze občasně neplynulá v důsledku poruchy hledání slov v mentálním slovníku či neschopnosti přístupu k mentálním reprezentacím slov. Obtíže v opakování se neobjevují. Percepce řeči je narušena jen velmi vzácně. Výsledky těchto pacientů jsou často velmi dobré. Anomická afázie je vnímána jako klinicky nejlehčí typ afázie (Cséfalvay a kol., 2007).

Nejtěžším typem je **globální (totální) afázie**, která je vidět v počátečních stádiích v klinickém obrazu a později se mění na některý z výše zmiňovaných typů. Pokud se totální afázie vyskytuje i po několika měsících, jde tzv. o nezvratný afatický syndrom, jenž má velmi špatnou prognózu (Čecháčková, 2007). Neubauer a Dobias (2014) hovoří o velmi těžké poruše s postižením všech fatických funkcí. Složky exprese i percepce jsou zásadně narušeny, projev je nesrozumitelný, omezen pouze na stereotypní opakování s výskytem expresivních nadávek. Plynulost projevu je výrazně špatná a obsahově se informace rozpadá.

Méně často využívaná klasifikace je **Lurijova**, jež je specifická v pojmání afázie jakožto součásti tzv. funkčního systému. Mezi základní typy řadí afázie vznikající při poškození předních oblastí mozku – dynamická afázie (neschopnost vyjádřit myšlenku) a eferentní motorická afázie (porucha plynulého přechodu artikulace z jedné hlásky na druhou) a afázie, jež vznikají při lézi zadních oblastí mozku – aferentní motorická (neschopnost najít polohu rtů a jazyka), akusticko-mnestická (neschopnost zapamatovat si po sobě jdoucí zvuky, slabiky, slova), sensorická (porucha fonemické diferenciací) a sémantická afázie (narušeno dekódování logicko-gramatických struktur, rozpad početních operací) (Čecháčková, 2007).

V praxi se dále vyskytuje **neklasická afázie**, která se objevuje při poškození bazálních ganglií a thalamu. Jde o subkortikální poruchu s narušením v oblasti rozumění řeči. V řečovém projevu se může vyskytovat logorhea. Další možností je již výše zmiňována **zkřížená afázie**, která má příznaky Brocovy či Wernickeovy afázie (Koukolík, 2000). Další uváděné klasifikace afázií jsou například *Kimlova klasifikace*, *Hbrkova klasifikace* a *Olomoucká klasifikace* (Čecháčková, 2007).

2.5 Logopedická intervence u osob s afázií

Obecné dělení jednotlivých složek logopedické intervence bylo upřesněno již výše. Vzhledem k rozmanitosti a specifičnosti každé komunikační poruchy je potřeba se konkrétně zaměřit na diagnostiku, terapii a prevenci sledované problematiky. Postupy intervence se tedy liší

v závislosti na konkrétním typu narušené komunikační schopnosti. Pro účely této práce je nutné širší rozpracování logopedické intervence vztahující se přímo k problematice afázie.

2.5.1 Diagnostika afázie

Diagnostika je komplexní proces založený na spolupráci týmu interdisciplinárního charakteru, zahrnuje odborníky z oblasti neurologie, psychologie, logopedie a sociální pracovníky. V rámci diagnostického procesu jsou využívány testové metody neuropsychologické a standardizované psychologické testové metody, jež jsou zaměřeny na zjištění intelektové úrovně a paměťových schopností u osob s lézí centrální nervové soustavy. Součástí vyšetřování je i diagnostika logopedická, orientovaná na zhodnocení poruchy komunikačního procesu, stanovení stupně poruchy ve vztahu k praktické realizaci sociální kontaktu a propojení diagnostického a terapeutického procesu.

Neuropsychologická diagnostika je zaměřena na diagnostiku organicity či organického psychosyndromu (Neubauer a kol., 2018). Čecháčková (2007) zmiňuje, že u nás nejčastěji užívanými neuropsychologickými testovými bateriemi jsou Lurijovo neuropsychologické vyšetření a Western Aphasia Battery – *WAB*. *Lurijovo neuropsychologické vyšetření* je kvalitativně orientovaný soubor zkoušek, jenž vychází z celosvětově respektovaného pojetí poruch vyšších psychických funkcí. *WAB* obsahuje subtesty pro mluvenou řeč (produkce a percepce), čtení a psaní, apraxii, konstrukční vizuoprostorové a kalkulické schopnosti. Pomocí prvních čtyř subtestů logoped může klasifikovat osm klinických syndromů afázie. Cséfalvay a Košťálová (In Cséfalvay, Lechta a kol., 2013) pak konkrétněji rozpracovávají silné a slabé stránky uvedeného testu. Součástí neuropsychologické diagnostiky Neubauer a kol. (2018) dále uvádí *Neuropsychologickou baterii Halstead-Raitan*, která obsahuje screeningové vyšetření afázie, založené na komplexním kvantitativním vyšetření. Rychlý vhled do případných deficitů poskytuje *Clock test* a *Mini Mental State Examination*. Testy slouží v rámci afaziologické diagnostiky jako dobré vodítko pro zjištění intelektové úrovně vyšetřované osoby a úrovně paměťových funkcí. Využívají se jako součást komplexních neuropsychologických a afaziologických diagnostických baterií.

Do oblasti **psycholingvistiky a neurolingvistiky** spadají zkoušky, jež jsou zaměřeny na pragmatické užití komunikace. Cílem je zobrazit jazykové schopnosti jedince v každodenních životních situacích. Oproti zahraničí u nás doposud nebyla vytvořena metodika diagnostiky afázie z pohledu uvedeného kontextu. Nejznámějšími metodikami v zahraničí jsou

V rámci **logopedické diagnostiky** afázie se klinický logoped zaměřuje na zhodnocení poruchy komunikačního procesu s cílem stanovit typ a stupeň fatické poruchy. Pro určení typu afázie se vychází z tzv. bostonského dělení typů afázií (Neubauer a kol., 2018). Cséfalvay a Košťálová (2013) rozdělují diagnostické postupy užívané u pacientů s afázií do následujících kategorií: 1. screening afázie; 2. komplexní hodnocení jazykových deficitů; 3. specifické testy; 4. hodnocení funkcionální komunikace a 5. orientační hodnocení kognitivních deficitů. Do těchto kategorií dále zařazují konkrétní testovací baterie sledující zmiňovanou oblast. Neubauer a kol. (2007) užívá dělení na orientační vyšetření, screeningové vyšetření a komplexní vyšetření.

Orientační vyšetření je zaměřeno na respektování nutnosti co nejvčasnějšího započetí terapie afázie v subakutním stádiu. V takových chvílích je situace často komplikována zvýšenou unavitelností a celkově těžkým zdravotním stavem pacienta. Diagnostickým úkolem je zhodnocení aktuálního stavu řečové komunikace a následné zjištění zachované komunikační schopnosti. Používají se diagnostická „vodítka“ na zhodnocení percepce a exprese řeči. V praxi se využívá *VAFO – vyšetření řeči v akutní fázi onemocnění*, test na vyšetření fatických funkcí, který je vytvořen především pro nejranější diagnostický závěr na oddělení ARO, JIP, případně na neurologii a neurochirurgii.

Screeningové vyšetření zjišťuje přítomnost poruch fatických funkcí a celkového charakteru poruchy. V českém prostředí se nejčastěji využívá *Token test*, jenž obsahuje 4 sady barevných obrazců, se kterými osoba s afázií sama manipuluje na základě vydaných verbálních pokynů (Neubauer a kol., 2018). Test je zaměřen na míru porozumění mluvené řeči a krátkodobou verbální paměť. Je nutné si před zahájením testu ověřit, zdali pacient nemá problém s rozpoznáváním základních geometrických tvarů, neobjevuje se agnozie základních barev a rozumí slovům čtverec a kruh (Čecháčková, 2007). Lze říci, že screeningové vyšetření hodnotí následující oblasti: automatická řeč, pojmenování předmětů, opakování slov, spontánní řeč, psaní slov na diktát, porozumění slovům a větám v mluvené i psané podobě. Kvalitní screeningový test afázie má odlišit, zda se skutečně jedná o afatika či nikoli (kognitivní deficity, deprese atd.) (Cséfalvay, Košťálová, 2013).

Dalším hojně využívaným postupem je „*screeningová zkouška afázie*“ (*AST – Aphasia Screening Test*), která sleduje užití individuálních jazykových schopností a umožňuje odhalení

nelingvistických projevů neurogení poruchy. Mezi takovéto projevy patří vizuální opomíjení části zrakového pole, dyspraxie/apraxie, narušení pravo-levé orientace a dysgnózie tělesného schématu (Neubauer a kol., 2018).

Mississippi Aphasia Screening Test (MAST) je volně dostupný na internetu v českém jazyce. Obsahuje 9 subtestů, jež jsou hodnoceny body od jedné do dvanácti. Hodnotí oblasti: automatická řeč, pojmenování, opakování, fluence při popisu obrázku, psaní diktátu, porozumění alternativním otázkám, slovům, mluvené instrukci a čtení instrukcí. Screeningový test je určen pro detekci afázie, agrafie a alexie u pacientů po CMP. Umožňuje rychle a jednoduše určit orientační míru postižení a poskytnout vstupní informaci o charakteru postižení. Tento test je uváděn mezi šesti nejrozšířenějšími screeningovými testy pro identifikaci afázie. Cséfalvay a Košťálová (2013) dále uvádějí screeningové testy využívané v zahraničí: *Frenchay Aphasia Screening Test*, *Bedside Evaluation Screening Test* a *Aphasia Schnell Test*.

Komplexní logopedické vyšetření zahrnuje všechny oblasti zásadní pro zhodnocení komunikačního procesu. Pro vyšetření afázie bylo dlouhodobě používáno *Pražské afaziologické vyšetření*, které bylo poprvé představeno v roce 1964. Testování vycházelo z Hrbkovy psychofyziologické koncepce poruch fatických funkcí. Opětovně toto vyšetření bylo publikováno v roce 1997 Mimrovou (Neubauer a kol., 2007). V současné době se v klinické praxi využívá *Vyšetření fatických funkcí (VFF)*, jež vychází z kognitivně-psycholingvistické koncepce (Cséfalay, Košťálová, Klimešová, 2002). *VFF* Je zaměřeno na určení typu afázie dle Bostonské klasifikace. Detekuje intaktní a narušené komponenty jazykového systému (porozumění, produkce, čtení, psaní).

Pro potřebu správného vyhodnocení logopedické klinické diagnostiky a stanovení vhodné terapie je u osob s afázií nutné na orientační úrovni zhodnotit kognitivní a percepční schopnosti. Hovoří se o tzv. „mapování kognitivních deficitů“. V praxi se využívají tři ucelené testové materiály: *Zkouška vizuální pozornosti (ZVP)*, *Mini Mental State Examination (MMSE)*, *The Butt Non Verbal Reasoning Test (BNVR)* (Neubauer a kol., 2018). Test *MMSE* je jednoduchým a rychlým hodnocením kognitivních funkcí (Folstein a kol., 1975). Další testy orientující se na kognitivní deficity a afázií uvádí Cséfalvay a Košťálová (2013). *Test pojmenovávání obrázků (TPO)*, který obsahuje 60 černobílých perokreseb, jejichž jedna polovina představuje podstatná jména a druhá slovesa, přičemž úkolem pacienta je pojmenovat co nejvíce předmětů a činností. *Dotazník funkcionální komunikace (DFK)* slouží k mapování důsledků jazykových poruch na komunikaci v každodenních situacích. *Montreal Cognitive*

Assessment (MocCa) je krátký, jednoduchý a rychle administrovatelný test, hodnotící vizuokonstrukční schopnosti a exekutivní funkce, jazyk, paměť, pozornost a koncentraci, koncepční myšlení, počítání a celkovou orientaci. Za zmínku stojí též *Vyšetření získaných neurogenních poruch řečové komunikace (VZNPk)*. Tento test hodnotí přítomnost fatických funkcí, poruchy lexie, grafie, kalkule, praxie, motorických poruch řeči a kognitivně-komunikační poruchy. Cílem je získat informace o diferenciaci zmiňovaných poruch, zhodnotit závažnost poruchy (pětistupňová ratingová škála), odhalit případné koexistující poruchy, detekovat dominantní poruchu a rozlišit její typ. Výsledky jsou zachyceny na diagnostické křivce a trvání testu je dle autora cca 45 minut (Neubauer a kol., 2007).

V současné době je počet diagnostických a testových materiálů zaměřujících se na oblasti fatických poruch v zahraničí poměrně velký. Práce věnující se komplexněji poznatkům diagnostických souborů u nás publikoval např. Cséfalvay, Traubner (1996), Petržílková (1996), Neubauer a kol. (2007) a Cséfalvay a kol. (2013). Ze zahraničních publikací lze například uvést Kirk, Kertezs (1992), Brookshire (2007) a Greenwald, McCarney (2016) (Neubauer a kol., 2018).

Diferenciální diagnostika

Součástí každé diagnostiky by měla být i diferenciální diagnostika, která má za cíl odlišit a konkrétně určit, o jaký typ poruchy se jedná. V tomto případě je potřeba na základě všech dostupných odborných vyšetření (neurologické, foniatrické, logopedické a jiné) odlišit afázii od dysartrie (nebývají narušeny symbolické – fatické funkce), dále od různých typů apraxií, alexií, agnózií a podobně i od mutismu (Klenková, 2006; Čecháčková, 2007).

2.5.2 Terapie afázie

Jelikož je při afázii narušena celá psychická, emocionální i volní sféra člověka, musí být poskytovaná intervence komplexní a systematická, s nutnou interdisciplinární spoluprací. Dnes je afázie vnímána v psychosociálním rozměru se zaměřením na hodnocení kvality života. Cílem terapie je snaha o zlepšení dorozumívací schopnosti při běžné každodenní komunikaci z hlediska funkční a formální mluvy. Proces rozvoje komunikačních dovedností u osob s afázií je jiný než vývoj řeči u dětí (Klenková, 2006).

Čecháčková (2007) rozděluje terapeutickou péči dle stádia afázie, které může být akutní nebo chronické. Terapie v **akutním stádiu** afázie je nejčastěji realizována na neurologickém oddělení, případně na jednotkách intenzivní péče. Akutní fáze trvá přibližně dva až tři týdny po vzniku mozkové léze, péče se tedy nejprve zaměřuje na zajištění vitálních funkcí. Klinický

obraz pacienta se v tomto období často a rychle mění. Hlavním cílem logopedické terapie v tomto období je překonání komunikační bariéry mezi osobou s afázií a jejím okolím (Cséfalvay a kol., 2007). Důraz je však kladen především na psychickou stabilitu jedince. Na základě diagnostického vyšetření se po zjištění afázie, alexie a agrafie stanovuje vhodný terapeutický postup, jenž je závislý na druhu a stupni poruchy a současně i na spolupráci pacienta. Pacienty lze rozdělit do tří skupin dle míry poruchy vědomí.

Do **skupiny A** jsou řazeni pacienti s nejtěžšími poruchami vědomí, objevuje se kóma či sopor. Využívá se tzv. body therapy (léčba těla), která spočívá ve vytváření taktilních podnětů na tělo s cíleným slovním doprovodem. Pacienti patřící do **skupiny B** vykazují somnolence, terapie se zaměřuje na dechová cvičení, s cílem uvědomění si jednotlivých částí těla a může být opět realizována body therapy. Postupuje se v krátkých intervalech, které se postupně prodlužují, doba trvání jednoho intervalu je cca 5-10 minut. **Skupinu C** tvoří pacienti, kteří dokáží adekvátně reagovat na mluvný podnět či dotyk. Mají větší schopnost soustředit se po delší časový úsek. Vyšetřují se kortikální funkce, u nichž se zjišťuje typ a stupeň poruchy.

V **chronickém stádiu** je cílem terapie zejména obnova narušených sociálních kontaktů. Rodina osoby s afázií v celém terapeutickém procesu zaujímá významnou roli, pacienta doprovází na sezení, pomáhá při každodenní práci, uskutečňuje domácí procvičování a funguje jako komunikační partner. V klinickém obrazu afázie mohou pozitivní změny nastat i několik let po mozkovém poškození. Při přetrvávání obtíží komunikace je snahou terapie najít kompenzační strategie založené na využití metod augmentativní komunikace (Čecháčková, 2007).

Cséfalvay a kol. (2007) uvádí tři základní etapy terapie afázie dle autorů Hubera, Springera a Willmese (1993). Ti popisují **aktivizační fázi** (podpora obnovy dočasně narušených jazykových funkcí), **symptomově-specifikační fázi** (reedukace narušených lingvistických schopností a kompenzačních strategií, reaktivace narušených jazykových modalit) a **konsolidační fázi** (doplnění a udržení znovuzískaných lingvistických znalostí).

Forma terapie může být individuální či skupinová. Při individuální terapii se rozvíjejí oblasti, jež jsou nejvíce narušeny a lze u nich předpokládat jejich zlepšení. Úkolem logopeda je tedy vyhodnotit, které oblasti jsou pro konkrétního pacienta potřebné a nutné pro jeho zapojení do běžného života. Skupinová forma terapie je dle Kulišťáka a kol. (1997) zaměřena obecně na stimulaci všech psychických funkcí. Soustředuje se na zlepšení paměti, percepce, pozornosti, psaní, čtení a vyjadřování jazykovými verbálními prostředky. V rámci skupinových

programů se využívají paměťové a slovní hry, tematické kreslení, prvky muzikoterapie atd. Skupinové aktivity přirozeným způsobem stimulují psychosociální interakci mezi členy skupiny, tím posilují pragmatické dovednosti a odstraňují sociální izolaci, do které se osoba s afázií dostává (Cséfalvay a kol., 2007).

Klenková (2006) uvádí, že v afaziologii se vyskytují dva dominující terapeutické směry – kognitivně-neuropsychologický směr a funkcionálně orientovaná terapie (pragmatický přístup). *Kognitivně-neuropsychologický přístup* se věnuje obnovení či kompenzaci jazykových procesů, soustřeďuje se na analýzu konkrétního deficitu a na tomto základě vypracovává individuální terapeutické strategie. *Pragmatický přístup*, zaměřený na modifikaci praktické komunikační situace, souvisí s fungováním jedince s afázií ve společnosti, konkrétně s komunikací afatika se svým okolím. Snahou tohoto přístupu je rozvoj pragmatické jazykové roviny formou konverzační analýzy a stimulací konverzačních schopností pacienta nebo technikou PACE – Promoting Aphasics Communicative Effectiveness, zaměřenou na zlepšení efektivity komunikace osoby s afázií (modelování konverzační situace) (Neubauer a kol., 2018).

Terapie dle *Lurijovy neuropsychologické koncepce* se věnuje obnovování vyšších psychických funkcí za využití metod obnovovací terapie s cílem přestrukturování funkčních systémů mozku. Základním principem této koncepce je zapojení nových složek a tvoření nových systémů (využití hmatu a kinestezie), vnitřní přestavba činnosti na nižší úroveň volní kontroly (odpoutání se od vědomé artikulace), převod na vyšší volní úroveň (komentování vlastní činnosti) a využití nepřímých metod (odblokování řečových mechanismů).

Specifické cílené postupy obnovovací terapie jsou zaměřené na překonávání častých komplikací, vyskytujících se u afázie. Nejčastěji jsou řazeny mezi kognitivně-neuropsychologické přístupy v terapii. Prvním příkladem je *melodicko-intonační terapie*, která spočívá ve schopnosti jedince zpívat. Při zpěvu se aktivizují části pravé hemisféry, při generativní řeči při mluvení se zapojuje funkce levé hemisféry. Z toho vyplývá, že pacienti s levohemisferálním poškozením zvládají zpívat texty naučených písní a naopak osoby, u nichž se léze nachází v pravé hemisféře, budou mít se zpěvem větší problémy (Cséfalvay a kol., 2007). Terapie se nejčastěji používá u osob s motorickou afázií, kteří mají zachováno dobré rozumění řeči a také schopnosti reprodukce melodie (Neubauer a kol., 2018). Ve druhém příkladě se jedná o terapii věnující se *tlumení perseverací*, tedy snížení výskytu opakování stejného mluvního výrazu na jiné podněty za sebou. Princip spočívá v navození vědomé kontroly začátku mluvního projevu (Cséfalvay, Traubner, 1996). Košťálová (In Cséfalvay

a kol., 2007) uvádí terapeutické postupy, pracující s *vysoce automatizovanými formami řeči* (VAF). Verbální automatismy jsou od dětství mechanicky naučená slova, jež jsou často používána a opakována během života, jakožto přesné reakce bez myšlení a námahy, tedy automaticky. Automatizovaný řečový projev probíhá s minimálním volným úsilím a bývá spojen s funkčními, často se opakujícími situacemi (příchod do místnosti – pozdrav). Z uvedeného vyplývá, že v případě ustálených spojení mnohdy stačí produkce jednoho prvku ze série, která vyprovokuje (stimuluje) produkci prvku následujícího. *Fonematicko-vizuální stimulační metoda* terapie afázie je stimulační program, určený osobám s velmi závažnými projevy afázie. Cílem postupu je nastartovat obnovování funkcí u osob s těžkými motorickými afáziemi, globálními a smíšenými afáziemi, u kterých nelze aplikovat formy melodické, intonační a rytmizační stimulace (Neubauer a kol., 2007).

Terapie s využitím *neverbální komunikačních prostředků* je aplikována především u pacientů s globální afázií a těžkými přetrvávajícími motorickými fatickými poruchami. V rámci této terapie jsou využívány piktogramy a pojmové kresby, stimulační programy s prvky neverbální komunikace (vizuálně-akční terapie) či manuální neverbální systémy (využití posunků, gestikulace, symbolů, kresby). Komunikační kniha pro afatiky je hlavní pomůckou umožňující vzájemnou komunikaci složenou ze speciálního obrázkového materiálu s černobílými piktogramy (Cséfalvay In Lechta, 2011).

Neurolingvistické přístupy k terapii afázie na úrovni vět jsou vhodné pro pacienty, kteří zvládají komunikaci na úrovni slov, ale komplikace se objevují při porozumění či produkci větších celků – frází a vět. U těchto pacientů existuje předpoklad výskytu tzv. agramatismu (Marková In Cséfalvay a kol., 2007). V rámci této terapie se hodnotí porozumění větám a jejich produkce, porozumění a produkce sloves a jejich argumentační struktura a spontánní řečový projev (Thompson, 2001).

Dalším možným postupem je terapie afázie s využitím *specializovaných počítačových programů*, založená na psycholingvisticky orientovaném přístupu, usilujícím o vzájemné propojení a obnovování vztahu mezi čtením, psaním, rozuměním a mluvním projevem. Využití počítačové programové nabídky je v zahraničí velmi rozšířené. Zástupci programů, které pronikly do českého prostředí, jsou např. „*SpeechViewer*“, zaměřený na stimulaci motorických řečových modalit, „*Train to Brain*“, věnující se poruchám kognitivních funkcí, a soubor programů *MENTIO* (Neubauer, Petržílková In Neubauer a kol., 2007). Výukový software *MENTIO* je v praxi osvědčený prostředek vhodný nejen pro terapii afázie, nýbrž obecně pro dospělé pacienty s neurogenními poruchami v řečové komunikaci a současně i pro dětskou

klientelu. Obsahuje pět titulů: slovní zásoba, slovesa, paměťové dovednosti, skládačky (zraková percepce) a nakupování (početní úlohy) (Petržílková, 2012).

V celkovém shrnutí terapeutického působení lze tedy říci, že cílem či snahou terapie afázie je u afatiků dosáhnout co největší možné funkční komunikace, která je při konkrétním poškození mozkových struktur možná (Cséfalvay, Traubner, 1996). V dnešním pojetí je afázie stavěna do roviny kvality života jedince s afázií, jeho možného zapojení do společnosti a odstranění psychosociálních negativních vlivů. Afázie není vnímána pouze jako postižení samotné, které je potřeba odstranit a vyléčit (Klenková, 2006). Pokud je tedy afázie akceptována jako porucha individuálního jazykového systému, ukazuje se, že potřeba stimulace centrálních kognitivních a jazykových schopností je žádoucí, oproti terapii orientující se pouze na motorické řečové procesy, artikulaci a orofaciální motoriku (Cvetková In Kondáš a kol., 1989; Cséfalvay a kol. 2007; Neubauer a kol. 2007; Neubauer a kol. 2018).

Prognóza

V závislosti na typu, závažnosti, rozsahu, lokalizaci a vývoji léze mozkové tkáně se odvíjí i prognóza afázie (Neubauer a kol., 2018). Nedílnou součástí prognózy u afázie je i socioekonomický status, vzdělání pacienta, jeho postoje k onemocnění, věk a vitalita. Obecně lze tedy říci, že prognóza závisí na typu a stupni afázie. Samozřejmostí je i včasnost poskytnutí první pomoci po úrazu a brzké zahájení specializované péče.

Pacienti s expresivní fatickou poruchou či s integrační afázií mají lepší prognózu než pacienti s percepční a globální poruchou. Vliv hraje i postoj a důvěra pacienta k terapeutovi, jehož snahou by mělo být stabilizovat psychický stav pacienta. U osob s poraněním mozku po úraze je těžké s jistotou určit prognózu, jelikož tito pacienti procházejí dlouhodobou rehabilitací realizovanou různými odborníky, kteří se na celkovém uzdravení pacienta podílejí. S dobrou prognózou se setkávají také pacienti s fatickou poruchou po zánětlivém onemocnění, u nichž mohou někdy zůstat pouze mnestické obtíže (Čecháčková, 2007).

2.5.3 Prevence afázie

Jako hlavní a nejdůležitější preventivní opatření (před vznikem afázie) lze zmínit předcházení poškození centrální nervové soustavy. Vyvarování se nesprávnému životnímu stylu je jedním ze základních doporučení. Mnozí si neuvědomují, že budování osobního zdravého životního stylu, kam se řadí dostatek pohybu, správná životospráva, dostatek spánku, psychická pohoda a další, může předcházet vzniku nejrůznějších poruch a současně i kladně působit na celkový zdravotní stav jedince. Vliv dědičnosti ovlivnit samozřejmě nelze, ale důsledkem nezdravých

návyků může být např. vznik cévní mozkové příhody, který je jimi notně podpořen. Prevence je směřována i na vhodné pracovní návyky (předcházení úrazů) a opatrnost v silničním provozu (Čecháčková, 2007). Je tedy žádoucí se těchto nesprávných návyků a životního přístupu vyvarovat a soustředit se na dodržování výše zmiňovaných doporučení.

3 Psychologické a sociální aspekty afázie

Získané postižení zasahuje v životě člověka celou jeho osobnost, jeho biologické, psychologické i sociální aspekty. Stejně tak má tato skutečnost značný dopad na celou rodinu a blízké okolí (Engel, 2012). Chronické onemocnění a zhoršená schopnost komunikace výrazně ovlivňuje následný životní postoj člověka k sobě samému i k okolnímu prostředí. Afázie jakožto získaná neurogenní porucha řečové komunikace staví jedince do nečekané, zcela nové životní situace. Nejen že je osoba v podstatě neschopna svou úzkost sdělit svému okolí v důsledku komunikační poruchy (resp. je v tomto ohledu značně omezena), ale negativní dopad onemocnění zasahuje psychickou stránku jedince a znamená zátěž pro jeho osobnost. Právě v důsledku psychosociálních dopadů je potřeba na problematiku afázie nahlížet z širšího pohledu a v rámci celého diagnostiko-terapeutického procesu zohledňovat všechny aspekty daného postižení.

3.1 Emocionální obtíže osob s afázií

Obecně lze říci, že onemocnění či postižení představuje pro jedince výrazné emoční trauma. Náhle vzniklé postižení, v tomto případě především porucha řečové komunikace, může způsobit u jedince stavy deprese, úzkosti, psychické lability a celkově negativní postoje a myšlení. Jedinec se trápí, má pocit, že je sám a uchyluje se do ústraní. Proces vyrovnání se se změnami se odvíjí od dosažené vývojové úrovně, osobnostních rysů jedince a sociální podpory blízkého okolí (Vágnerová, 2008).

V chronickém stádiu afázie je nemoc velmi stresující, ovlivňuje vnitřní prožívání a chování jedince a celkově vztahy s druhými lidmi (Křivohlavý, 2002). Nemocný musí hledat nový smysl života, změnit své dosavadní cíle a uskutečnit změny v oblasti svých životních hodnot. Ne vždy jsou jedinci schopni se vrátit do svého dosavadního zaměstnání, stávají se finančně závislými na pomoci druhé osoby či státu a ztrácejí možnost být užitečnými. Hledají nové záliby, kterými by mohli vyplňovat svůj volný čas a pátrají po jiných aktivitách, které by mohli realizovat i přes své nové „nedostatky“ a tyto by je zároveň bavily (Vágnerová, 2008).

V důsledku chronického postižení je zasažena celé identita jedince. Největší dopad onemocnění je na samotné sebepojetí nemocného člověka (Heroutová In Klenková, 2007). To je tvořeno nejen vztahem k sobě, tím, co si o sobě myslím a představuji, jak prožívám a hodnotím, ale i tím jaký bych chtěl být. Poruchy fatických funkcí však tuto identitu člověka rozbíjejí (Vágnerová, 2008). Osoby s afázií pociťují ztráty úctyhodnosti a vlastní ceny, cítí se méněcennými, jelikož si skutečnost, že jsou někým zcela jiným, uvědomují a sebehodnocení

srovnávají se schopnostmi před vzniklou nemocí a se zdravými lidmi (Heroutová In Klenková, 2007).

Pacienti s vážnější formou afázie se ocitají ve své vlastní izolaci a trápí se myšlenkou, že „nikdy nebudou jako dřív“. Mají strach, že je osloví někdo cizí, který se následně zděsí, že normálně nemluví, nebo mu vůbec neporozumí. Autorka knihy „Cesta z mlčení“ vystihuje tuto kapitolu zcela přesně svými dojmy z prodělané nemoci. Její citace, která je uvedena níže, výstižně popisuje emocionální stav jedince s afázií, kterým si sám prošel, či právě prochází:

„Pravidla češtiny a slovosled jsou pro mě španělskou vesnicí. Opakovaně se mi vrací těžká deprese. Teď už opravdu s určitostí vím, že nikdy nebudu zcela v pořádku, nikdy nebudu úplně normálně mluvit ani úplně normálně rozumět, psát a počítat, nikdy si nezaspívám písničku ani nebudu moci vnučce bezchybně přečíst pohádku, a rozhodně nikdy nebudu mluvit žádným cizím jazykem.“ (Bartoníčková, Dvořáková, 2009, s. 99)

3.2 Role rodinných příslušníků v rámci terapie

Nedílnou součástí celého terapeutického procesu je spolupráce rodiny pacienta. Aktivní zapojení partnera osoby s afázií či jiných rodinných příslušníků ovlivňuje kvalitu péče i psychický stav jedince. Jak bylo zmíněno výše, rodina absolvuje mnoho lékařských prohlídek s pacientem, zajišťuje mu možnost dopravy, přesunu, v domácí péči se stará o nápomoc při plnění úkolů, aktivně se podílí na rehabilitační péči, zúčastňuje se terapeutických návštěv s pacientem a slouží tedy i jako komunikační partner a psychická podpora.

Pro osoby se středně těžkým narušením fatických funkcí hraje komunikační partner velmi významnou roli při realizaci domácí terapie. Opakuje zadané úkoly, vysvětluje jejich provedení, napomáhá při jejich plnění, podílí se na přípravě materiálů, konzultuje problémy afatika telefonicky či osobně. Vhodnou komunikací se snaží o znovuzapojení jedince do běžného každodenního procesu a současně zabraňuje sociální izolaci afatické osoby (Košťálová In Kalvach, 2004). U těžkých afázií je při reedukaci pomoc rodinných příslušníků či partnera předpokladem pro úspěšnou terapii (Čecháčková, 2007).

Jestliže je pacientův stav v důsledku onemocnění tak vážný, že osoba není schopna samostatně fungovat v sociálním (nebo i domácím) prostředí, je rodinný příslušník postaven do pozice pečovatele a přebírá zodpovědnost za péči o nemocného. Tento stav bývá náročným, vysilujícím a někdy i dlouhodobým procesem, tudíž je potřeba nezapomínat na psychickou stránku obou jedinců, tedy jak pacienta, tak pečující osoby. Pro podporu pečujících osob existují praktické tipy, jak se chovat, pokud se rodinný příslušník dostane do role pečovatele.

Palmer S. a Palmer J. (2013) uvádějí možnost využít společenské podpory, tedy umět požádat o pomoc a přijímat nabídky pomoci, současně vybírat různé zdroje podpory (organizace, kluby pacientů, osobní asistenci, respitní programy). V případě deprese či nezvládnání svých emocionálních reakcí, nebo i pro získání pozitivnějšího náhledu na svou situaci, doporučují autoři kontaktovat psychoterapeutického odborníka. Dále je velice důležité neopomíjet péči o vlastní duševní a fyzické zdraví, zajistit si dostatek spánku, relaxace a pohybu, dodržovat vyvážené a pravidelné stravování, omezit užívání alkoholu a kouření, zaměřit se na plánování nadcházejících vlastních příjemných aktivit a naučit se vyjadřovat své názory a postoje. Tento přístup současně vede k dosažení naplnění vlastních potřeb, přičemž je důležité nezapomínat, že právo definovat svou roli podle svých představ má člověk vždy a všude a za všech okolností.

Při péči o pacienta nejsou zasaženi pouze partneři, nýbrž celý rodinný okruh osoby s afázií, a i oni prožívají stres, úzkost a napětí v souvislosti s nastalou životní situací, neboť jsou pomocníky v dlouhodobém procesu rehabilitace osoby s afázií (Maršálek a kol., 2011). V důsledku nemalého sebeobětování ve zmiňovaném náročném a namáhavém procesu je doporučováno rozprostřít zátěž mezi více pečujících osob, a to především z důvodu prevence syndromu vyhoření, jenž může být zapříčiněn dlouhotrvajícím stresem působícím na pečující osoby (Košťálová, 2004). Je tedy nezbytná zvýšená péče a podpora všech rodinných příslušníků, která musí zajistit mimo jiné i možnost odpočinku. Dostatečná informovanost o dostupných podpůrných službách v péči o blízké a v systému dávek nesmí být opomíjeným bodem (Maršálek a kol., 2011).

Vážné onemocnění jednoho z členů rodiny je pro celou rodinu velkou zátěží a přináší řadu omezení, změn a nutných přizpůsobení. Dochází ke změně celého životního stylu, k reorganizaci rodinné struktury a ke změně rolí. Vztahy mezi partnery bývají narušeny v důsledku zhoršené komunikace, změnou potřeb a hodnot (Heroutová In Kleková, 2007). Dobrý psychický stav je zásadně ovlivněn pozitivním přístupem a akceptací afázie nejen pacientem, ale i jeho okolím a nejbližšími (Čecháčková, 2007).

Přestože spolupráce rodiny a nejbližších postiženého při zapojení se do celého rehabilitačního procesu výrazně ovlivňuje efektivnost terapeutického působení, v praxi často rodina a bezprostřední okolí bohužel nedisponuje dostatkem informací o tom, jak pacientovi usnadnit denní život, a jak se co nejefektivněji podílet na rehabilitačním procesu. Z toho důvodu je úkolem logopeda nejen odborná realizace logopedické intervence, nýbrž i poskytnutí poradenství rodinným příslušníkům pro jejich lepší orientaci v dané problematice a současně pro větší možnost jejich zapojení do celého procesu (Kejklíčková, 2011). Komunikační terapie

by měla zahrnovat trénink neafatického partnera stejně jako postiženého jedince, poněvadž je potřeba změnit nevhodně fixované postoje a návyky u neafatického pacienta, které zabraňují a zbrzdí další etapy v pozitivním vývoji reedukace afatické poruchy (Sundet, 1992; In Kulišťák, a kol., 1997).

3.3 Kvalita života osob s afázií

Kvalita života (QOL – quality of life) je termínem využívaným v mnoha vědních disciplínách, příkladem může být filozofie, sociologie, lékařství, psychologie atd. Z toho důvodu se liší nejen v úhlu pohledu na danou problematiku, nýbrž i ve vymezení termínu samotného, rozsahu zkoumání a metodách, které se pro měření kvality života využívají. V širokém pojetí se jedná o „schopnost vést normální život“ či „seberealizaci“, v užším pohledu se definice zaměřují přímo na konkrétní aspekty kvality života (Mühlpachr, Vaňurová, 2005). Calman (1984) pohlíží na kvalitu života jako na rozdíl mezi tím, co jedinec chce zvládnout, a co doopravdy zvládne. Ústava WHO pracuje s pojmem zdraví, který definuje jako stav úplné fyzické, psychické a sociální pohody, kdy nástroje pro měření kvality života musí obsahovat informace o vážnosti nemoci a současně i odhad celkové spokojenosti jedince. Kvalitu života tedy vnímá jako širokospektrý koncept, jenž je ovlivnitelný faktory fyzického zdraví, psychickým stavem, osobním vyznáním, sociálními vztahy a kvalitou okolního životního prostředí (WHO, 2004). Podobně uvažuje Payne (2005), který kvalitu života považuje za výsledek osobních hodnot a životního stylu, které jsou podmíněny mírou uspokojování potřeb fyzických i psychických a naplňováním svých přání a tužeb.

Hodačová (2007) popisuje dva determinanty kvality života – objektivní a subjektivní. Objektivní kvalita života sleduje fyzické zdraví, materiální zabezpečení, sociální podmínky a sociální status. U této skupiny lze říci, že kvalita je hodnotitelná a viditelná zevnějšku, ale informace o tom, proč se životní spokojenost u lidí ve stejných podmínkách liší, neposkytuje. Subjektivní rovina se zaměřuje na vnímání sebe sama a svých pocitů a postavení jedince ve společnosti. Spokojenost je závislá nejen na osobních cílech, zájmech a očekávání, nýbrž i na vlivu socioekonomických a kulturních faktorů (Hnilica, 2006; Gullone, Cummins, 2012).

Jesenský (2000) dále uvádí rozdělení na vnitřní a vnější činitele, které ovlivňují kvalitu života osoby s handicapem. Mezi vnitřní činitele zařazuje somatické a psychické vybavení ovlivněné onemocněním, konkrétněji tedy všechny aspekty mající vliv na rozvoj a integritu osobnosti. Jako vnější činitele vnímá všechny podmínky pro existenci jedince – např. ekologické, společenské, výchovně-vzdělávací, pracovní, finanční, materiální faktory a další.

Měření kvality života Světová zdravotnická organizace rozděluje do čtyř základních oblastí, bez ohledu na věk, pohlaví, etnikum a formu a závažnost postižení:

- samostatnost a fyzické zdraví – např. aktivita, únava, bolest, relaxace, mobilita, pracovní schopnost, lékařská závislost;
- psychické zdraví a duchovno – např. sebehodnocení, sebepojetí, paměť, myšlení, pozornost, víra;
- sociální vztahy – např. osobní vztahy, sociální podpora, sexualita;
- prostředí – např. finanční stránka, bezpečí, jistota, zdravotnická péče, domácí prostředí (Mühlpachr, Vaňurová, 2005).

Z výše uvedeného lze vyvodit, že osoba s afázií bude mít s největší pravděpodobností zasaženy všechny čtyři oblasti. Samostatnost a fyzické zdraví bude nejčastěji omezeno v důsledku cévní mozkové příhody. Při afázii půjde o celkovou vyčerpanost z nových životních situací, které vyžadují soustředění při namáhavé komunikaci. Psychické zdraví jedince bude zasaženo v již ve výše zmiňovaných oblastech: sebevědomí, sebepojetí, sebehodnocení, změny v myšlení, paměťové dovednosti, pocity negativismu a pasivity. Kvůli snížené schopnosti či úplné ztrátě verbální komunikace budou narušeny i sociální vztahy jedince. S ohledem na to, že k afázii bývají přidruženy i poruchy psaní a čtení, bude mít afatik nemalé problémy s udržením stávajících vztahů a v navazování nových sociálních vazeb. Ztráta blízkého okolí úzce souvisí i s oblastí prostředí, poněvadž pocity bezpečí a jistoty se postupně vytrácejí, závislost na zdravotnické péči se stupňuje a finanční zdroje bývají ohroženy. Z toho je patrné, že bude narušena i oblast poslední.

Všechny zmiňované příklady však nelze považovat za paušální důkazy o snížené kvalitě života, neboť vnímání kvality života je i subjektivní záležitostí a vždy záleží na individuální osobnosti jedince, jeho motivaci a přijetí nové životní situace. Konkrétně je dle Heroutové (In Klenková, 2007) kvalita afatikova života ovlivněna samotnou fatickou poruchou, jež má negativní dopad na prožívání jedince, jeho komunikační schopnost, závislost na okolí, a především způsobuje izolaci s možností realizovat pouze statické aktivity. S ohledem na to je potřeba, aby lidé v okolí jedince se získanou vadou řeči byli shovívaví a trpěliví, nabízeli možnost pomoci a podpory, zajišťovali komunikaci s jinými oblastmi podpory (logopedická terapie, volnočasové aktivity aj.), motivovali jedince k aktivní komunikaci a soustředili se na udržení stávajících schopností a dovedností, sociálních vztahů, aktivit a zájmů a umožnili jedinci s afázií co nejoptimističtější pohled na život.

3.4 Specifika komunikace s osobou s afázií

Komunikace s klientem, u něhož se vyskytuje porucha řečové komunikace, má své určité zásady, jež se odvíjejí od věku pacienta, pohlaví, typu a stupně poruchy, aktuální úrovně komunikační schopnosti, aktuálního rozpoložení pacienta a případně dalších přidružených komplikací. U osob s afázií způsobuje problém fakt, že si své nedostatky zpravidla uvědomují a mají srovnání se schopnostmi (nejen ve věci komunikace) z období před vypuknutím nemoci. Vzpomínají na bezproblémovou komunikaci, která momentálně není možná, ať po stránce produkce či porozumění. Ocítají se ve velmi těžké a nepříjemné situaci, poněvadž sami svému okolí nerozumějí a jejich okolí nerozumí jim, přitom zájem sdělovat své myšlenky stále přetrvává (Michalík a kol., 2001).

Je důležité podotknout, že pro afázii je typická rozdílnost v úrovni řeči oproti úrovni myšlení. Přestože člověk s afázií někdy nezvládá porozumění základním dotazům a nedokáže produkovat artikulovanou mluvu, mohou jeho schopnosti myšlení být na úplně odlišné úrovni. Z toho důvodu je potřeba na osoby s afázií nahlížet jako na bytosti myslící a cítící a podle toho k nim i přistupovat (Neubauer a kol., 2007).

Dodržováním určitých specifíků při komunikaci s osobou trpící afázií lze do určité míry usnadnit oběma stranám porozumění a zajistit tak psychickou pohodu v průběhu konverzace. V zásadě je důležité zajistit nerušivé prostředí a dostatek času a klidu, poněvadž časový tlak a rušivé elementy mohou vyvolávat v jedinci stres a schopnost komunikace se tak výrazně zhoršuje (Mlčáková In Michalík a kol., 2011). Během rozhovoru je vhodné zpomalit tempo řeči, zaměřit se na používání běžných, známých a konkrétních slov, vyvarovat se obraznému jazyku (pacient může vnímat slova doslovně) a přílišnému využívání abstraktních pojmů. Sdělované informace je dobré zasazovat do kontextu, ukazovat na předměty či osoby, změnu tématu signalizovat („*Ted' vám řeknu něco jiného.*“). V průběhu rozhovoru se doporučuje hovořit srozumitelně se zjednodušenou syntaxí (a to i přesto, že pacient rozumí slovům izolovaným). Po vlastním sdělení je potřeba ověřit, zda pacient porozuměl našemu sdělení, případně zvolit jednodušší formulaci a poskytnout pacientovi dostatek časového prostoru pro svou odpověď (Cséfalvay In Rusina, Matěj a kol., 2014). Je doporučeno komunikaci doplňovat přiměřenou mimikou a gesty, při kladení tázacích vět používat uzavřené otázky (odpověď ano/ne), nezvyšovat v průběhu hlas a nekřičet. Pokud klient užívá nadměru vulgarismů a nadávek, nejspíše jde o projevy automatismů, které se objevují při snaze vyjádřit jiné slovo. Na základě toho je vhodné takovéto situace přecházet a nijak se nad nimi nepozastavovat. Dále není přijatelné snažit se vyjádřit za člověka s afázií, konkrétně v situaci, kdy se vyskytne

komunikační záměr. Jestliže má pacient znatelné obtíže s dokončením myšlenky, je možné mu poskytnout slovní či větný tvar, jenž pravděpodobně bude vystihovat obsah chtěného pacientova sdělení (Mlčáková In Michalík a kol., 2001).

Pokud jsou celkové obtíže tak vážné, že znemožňují jakoukoliv formu komunikace, existuje možnost využít, nejlépe však jen na přechodné období (bezprostředně po CMP), prvky alternativní a augmentativní komunikace (AAK). Při výběru AAK je potřeba zhodnotit všechny faktory (např. formu afázie, slovní zásobu, kognitivní schopnosti, dovednosti klienta atd.) a na základě nich zvolit odpovídající formu AAK. Pro komunikaci s lidmi s afázií je možné využít fotografie, obrázkové symboly, technické pomůcky, počítačové aplikace, komunikační sešity a komunikační tabulky, což neslouží pouze k logopedickému procvičování, nýbrž i pro vyjádření pacientovy potřeby či celkové myšlenky (Šarounová a kol., 2014).

Jelikož se afázie projevuje nejčastěji u starších osob, je vhodné zmínit i obecné zásady komunikace se seniory, trpícími zdravotním postižením. Nutností je respektování identity pacienta (vhodnost oslovení – jméno, titul), vyhýbání se infantilizaci starého člověka, ochrana důstojnost pacienta, nápomoc při pohybu (nabídnout pomoc), v rámci ošetřování cílené směřování k podpoře a udržení soběstačnosti, taktní a aktivní ověřování možné komunikační bariéry (těm se přímo přizpůsobit; porucha sluchu – zesílení hlasitosti), důležité je také dbát na udržování očního kontaktu v průběhu konverzace, respektovat zpomalení psychomotorického tempa a důležité informace opakovat či zapsat pro lepší porozumění (Janáčková, Weiss, 2008).

3.5 Sociální izolace a znovuzачlenění jedince

Součástí terapeutického procesu u osob s afázií by měla být nejen zmiňovaná podpora emocionální oblasti u pacienta a rodiny, nýbrž i sociální rehabilitace, jež se snaží o dosažení co největší možné samostatnosti, nezávislosti a soběstačnosti jedince, a to nejen pomocí specifických činností zaměřených na rozvoj schopností a dovedností, ale také na posilování návyků a využití zachovaných potenciálů nutných pro samostatný život (zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách).

Získané onemocnění vždy hluboko zasahuje do života postiženého a jeho nejbližších sociálních vztahů (Vymětal, 2003). Negativní vliv afázie se přenáší do narušení sociálních rolí v rámci rodinného systému stejně jako do širšího sociálního okolí jedince (role kolegy, zaměstnance, partnera, přítele aj.). Pokud jde o člověka, jenž je sociálně i profesně začleněn, je nutností zajistit podporu ze strany pracovníků pomáhajících profesí při návratu jedince zpět do společnosti. Zejména v období vyššího věku je potřebné korektní pochopení problémů a obav

jedince, především však akceptace zvláštností vzniklých v důsledku prodělaného onemocnění (Přinosilová, 2007).

Hlavním úkolem sociální rehabilitace je u osob po mozkové mrtvici znovuzapojení do běžného společenského života a předcházení sociální izolaci a s tím spojeným výskytem emocionálních obtíží. Pro jedince s afázií je znovuzачlenění do společnosti a schopnost vést plnohodnotný život velmi těžkým úkolem, jelikož tzv. komunikační bariéra vede k vyhýbání se kontaktu s cizími lidmi a ke strachu z nepochopení ze strany druhých (Cséfalvay a kol., 2007).

Vzhledem k tomu, že cesta k opětovnému začlenění je velmi náročná, mohou se v průběhu objevit různé bariéry vedoucí k sociální izolaci. Hlavní bariérou může být demotivovanost jedince s afázií ke znovuzачlenění, u níž hraje významnou roli emocionální postoj k onemocnění a s tím související celková vyčerpanost a únava. Problematická je samozřejmě též bariéra samotné narušené komunikační schopnosti – nekomunikují, nenavazují kontakt, sociálně se izolují. Celková škála bariér a faktorů ovlivňujících proces resocializace je široká a závisí na individualitách jednotlivých případů. Kvalitní a účinná socializace jedince je především jeho začlenění do mezilidských vztahů, které jsou pro něj důležité, zapojení do společenských aktivit, při nichž jedinec nalézá své uplatnění a realizaci a integrování do společensko-kulturních poměrů, kde se sdílejí a respektují zásady a normy, určité cíle, hodnoty a dané zvyklosti (Helus, 2015). Odstranění bariér a ovlivňujících faktorů je nutností, přestože je mnohdy velmi namáhavé vynaložit takové úsilí a toleranci ze strany osob pomáhajících v resocializaci postižené osoby.

PRAKTICKÁ ČÁST

4 Diagnostické a terapeutické postupy v intervenci u osob s afázií

Prakticky orientovaná část diplomové práce tematicky navazuje na teoretické poznatky a současně doplňuje její první část, zabývající se problematikou afázie s ohledem na riziko jejího nejčastějšího vzniku v období dospělosti a stáří. Konkrétně se zaměřuje na oblast logopedické intervence a zmiňuje psychosociální dopady afázie na osobu stíženou touto poruchou a její blízké.

Praktická část diplomové práce analyzuje diagnostické a terapeutické postupy u osob s afázií z logopedického hlediska.

4.1 Cíle výzkumného šetření

Hlavním cílem diplomové práce je zjistit, jak kliničtí logopedi postupují při logopedické intervenci u osob s narušenou komunikační schopností, konkrétně s poruchou individuálního jazykového systému, a analyzovat diagnosticko-terapeutické působení od prvního setkání s pacientem přes stanovení diagnózy až po realizaci terapie.

V návaznosti na hlavní cíl práce jsou stanoveny tři **cíle dílčí**:

DC1: Analyzovat využívané materiály a testové baterie v kontextu diagnosticko-terapeutického procesu u osob s afázií ze strany klinického logopeda.

DC2: Sledovat faktory podílející se na ovlivnění průběhu logopedické intervence u afázie z pohledu klinických logopedů.

DC3: Reflektovat zkušenosti osob s afázií s diagnosticko-terapeutickým procesem se zaměřením na psychické a sociální dopady vzniklé v důsledku získaného narušení řečové komunikace.

Na základě stanovení dílčích cílů výzkumného šetření byly následně sestaveny **výzkumné otázky**:

VO1: S jakými diagnostickými a terapeutickými materiály v rámci logopedické intervence afázie kliničtí logopedi ve své praxi pracují?

VO2: Jak probíhá diagnostický proces od prvního setkání s pacientem s afázií?

VO3: Jaké diagnostické a terapeutické metody či přístupy vztahující se k diagnostice a terapii afázie ve své praxi kliničtí logopedi preferují?

VO4: Jaká je frekvence a intenzita poskytované logopedické péče při práci s osobami s afázií?

VO5: Jaká další vyšetření (kromě logopedických) jsou potřebná pro stanovení diagnózy a určení vhodné terapie afázie?

VO6: Jaký je průběh logopedické terapie afázie a které faktory terapii ovlivňují?

VO7: Jaký dopad svého postižení v psychické a sociální oblasti pociťují afatici?

4.2 Metodologie praktické části diplomové práce

Při získávání dat potřebných pro předloženou diplomovou práci byl realizován kvalitativní typ výzkumu. V rámci výzkumného šetření bylo z metodologického hlediska využito metody rozhovoru (explorační metody), volného pozorování a též studia odborné literatury.

Kvalitativně orientovaný výzkum dle Chrásty (2016) vychází z fenomenologie zdůrazňující subjektivní aspekty jednání lidí. Z toho vyplývá, že kvalitativně orientovaný typ výzkumu připouští existenci i více realit. Současně Hendl (2016) vnímá kvalitativní výzkum jako proces hledání porozumění, opírající se o různé metodologické tradice zkoumání konkrétního sociálního či lidského problému. Nejprve u výzkumníka dochází k vymezení hlavního výzkumného cíle, na jehož základě tento poté sestavuje cíle dílčí, podle nichž následně vybírá vhodné výzkumné metody (Gavora, 2010). Poté se přechází k výběru základních výzkumných otázek, které je možno v průběhu výzkumného šetření doplňovat či rozšiřovat. Při realizaci kvalitativního výzkumného šetření je zároveň cílem výzkumníka vyhledávat a analyzovat veškeré informace, jež by mohly přispívat k vyvrácení či potvrzení výzkumných otázek. Proces sběru dat a analýzy probíhá současně v delším časovém úseku (Hendl, 2016).

4.2.1 Pozorování

Pozorování patří mezi jednu z nejzákladnějších metod vědeckého výzkumu. Jedná se o záměrné, cílevědomé a soustavné sledování určitých smyslově vnímatelných jevů a procesů, při kterém nejsou přísně určena pravidla a statický základ (Skalková, 1983).

Pozorování může být přímé, v jehož případě je pozorovatel přítomen dění a nikterak do něj nezasahuje, a nepřímé, při němž pozorování probíhá bez přítomnosti pozorovatele, který využívá k pozorování jiné prostředky, např. videozáznamy. Dále se může jednat o pozorování volné, při kterém dochází ke sledování celé širě pozorovatelných jevů a uplatňuje se při snaze učinit si celkovou představu o situaci či procesu, a pozorování systematické, jež bývá konkrétněji zaměřené, méně rozsáhlé a doplněné o předběžnou přípravu (Hadj-Moussová, 2002).

V tomto případě lze použít též označení standardizované nebo nestandardizované pozorování. Pozorování zúčastněné je pak sledování studovaných jevů výzkumníkem přímo v prostředí, kde se odehrávají (Švaříček In Švaříček, Šed'ová a kol., 2014).

V rámci výzkumného šetření bylo prováděno nestandardizované, přímé a zúčastněné pozorování postupů klinických logopedů při diagnosticko-terapeutickém procesu afázie pro pochopení sledované problematiky a následné doplnění otázek při realizaci rozhovoru.

4.2.2 Rozhovor

Metoda rozhovoru je řazena mezi jednu z nejnáročnějších a zároveň nejkvalitnějších metod sloužících k získávání velkého množství relevantních dat v rámci diagnostických postupů (Miovský, 2006). Základem tohoto sběru dat je shromažďování informací o pedagogické realitě probíhající na základě verbální komunikace výzkumného pracovníka s respondentem. Pojem rozhovor je používán v českém prostředí s širším významovým obsahem, avšak autoři častěji preferují pojem interview, který považují za přesnější a konkrétnější. Pojem vychází ze spojení dvou anglických pojmů, a to slova *inter* znamenající „mezi“ a *view*, označující „názor“ či „pohled“ (Chráška, 2016).

Rozhovor neboli interview je metoda založená na principu přímého dotazování (Švarcová, 2005). V průběhu dochází k vzájemné sociální interakci mezi výzkumníkem a respondentem, díky čemuž je možno hlouběji proniknout do sledované problematiky a současně tak porozumět pohledům, názorům, postojům a motivům respondenta, což je také považováno za jednu z hlavních výhod této metody (Skalková, 1983).

Gavora (2010) uvádí tři typy rozhovoru: nestrukturovaný, strukturovaný a polostrukturovaný. U nestrukturovaného rozhovoru je stanoveno pouze téma a obsahový rámec. Zároveň je umožněna úplná volnost odpovědí. Oproti tomu strukturovaný neboli standardizovaný rozhovor je řízen otázkami, jež jsou předem stanoveny a pokládány v přesném pořadí, přičemž alternativy odpovědí jsou předem připraveny. Švarcová (2005, s. 28) hovoří o tzv. *dotazníku zadávaném ústní formou*. Tato forma rozhovoru šetří čas výzkumníkovi i respondentovi a současně směřuje k cíli a podstatě problému. Musilová (2012) považuje tuto podobu rozhovoru za formálně nejpřínosnější nástroj poznání, umožňující hlubší objasnění kontextu a důvodu odpovědí. Posledním typem je rozhovor polostrukturovaný, jenž stojí mezi výše uvedenými druhy. Odlišuje se tím, že výzkumník má předem připravený návrh a strukturu témat či některých otázek, kterým se bude v průběhu věnovat a jeho další otázky vznikají

v průběhu rozhovoru v závislosti na odpovědích respondenta a odhalují tak další skutečnosti (Skalková, 1983).

Typ rozhovoru může dále být, podle počtu zúčastněných osob, označen za individuální interview nebo skupinové interview. Dle Chrásky (2016) je skupinové interview preferováno při citlivějších a choulostivějších tématech, poněvadž při individuálním rozhovoru by otázky mohly na respondenta působit příliš osobně a nevhodně. Pro realizaci skupinového rozhovoru se doporučuje účast šesti až deseti osob. Z názvu vyplývá, že individuální interview pak probíhá pouze s jedním respondentem.

Rozhovor by měl být realizován v klidném, tichém a příjemném prostředí, které nepůsobí rušivě a nekomfortně. Nevhodnějšími prostory pro uskutečňování interview jsou prázdné místnosti – kabinet, klub, ordinace, třída atd. Právě úspěšnost a kvality rozhovoru závisí na navázání příjemného, přátelského a uvolněného vztahu mezi respondentem a výzkumníkem, což umožňuje známé a vlídné prostředí (Gavora, 2010).

Jelikož realizace rozhovoru a jeho závěrečné vyhodnocování je velmi časově náročné, je rozhovor řazen mezi jednu z nejnáročnějších výzkumných metod, přesto však velkou výhodou interview zůstává jeho možnost získání široké škály různorodých odpovědí a tím i cílené prohloubení zkoumané problematiky (Gavora, 2010).

Za účelem naplnění stanovených cílů této práce a získání potřebných dat byl zvolen individuální rozhovor, tedy komunikace výzkumníka vždy s jedním respondentem. První sestavený rozhovor, určený pro klinické logopedy, obsahoval 9 předem připravených otázek. Současně byl vytvořen i druhý strukturovaný rozhovor se stejným počtem připravených otázek, jenž byl realizován s osobami s afázií, respektive s komunikačními partnery těchto osob. Především se jednalo o partnery osob s afázií nebo o jiné rodinné příslušníky, s kterými jsou afatici v každodenním kontaktu. Získané odpovědi byly následně prezentovány a podrobeny analýze. Vzor obou standardizovaných rozhovorů je možný k nahlédnutí v příloze č. 2 a č. 4.

4.3 Charakteristika místa šetření a průběhu sběru dat

Pozorování postupů klinických logopedů při logopedické intervenci v rámci diagnosticko-terapeutického procesu afázie probíhalo v jedné z nemocnic, kde byly následně získány podrobnější zkušenosti se sledovanou problematikou, na jejichž základě byly poté dotvořeny a upraveny otázky pro připravovaný rozhovor. Následně probíhal již samotný rozhovor s příslušnými klinickými logopedy, kteří byli ochotni se do výzkumného šetření zapojit. Veškeré rozhovory s klinickými logopedy probíhaly při osobním setkání na konkrétním

pracovišti, kde kliničtí logopedi působí. V těchto případech se jednalo o ordinace v nemocnicích či v soukromých ambulancích klinické logopedie. Zvolená místa byla vybrána z důvodu prostředí klinickým logopedům známého, které mělo působit pohodlně a příjemně. V průběhu rozhovoru byly zajištěny tiché a klidné podmínky pro jeho realizaci. Kvalitativní data byla fixována za využití audiozáznamu a osobní údaje byly zanášeny do přiloženého záznamového archu (příloha č. 1 a č. 3). Délka rozhovorů se v rámci minut různila. Všechny rozhovory byly po souhlasu respondentů v průběhu nahrávány na diktafon, odkud byly poté přepsány a trvale vymazány.

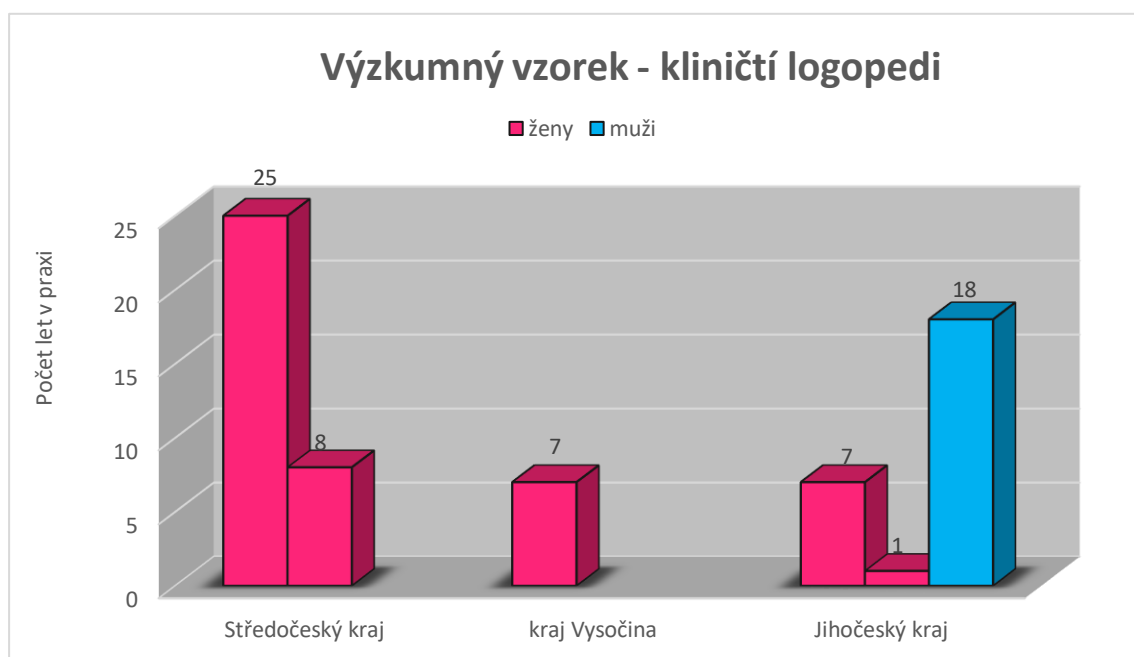
Realizace rozhovorů s osobami s afázií nemohla být uskutečněna na základě bezprostředního setkání mezi výzkumníkem a respondentem, a to s ohledem na přijatá opatření spojená s omezením rizika šíření nákazy novým typem koronaviru (SARS CoV-2). Přestože se nabízela možnost rozhovory s osobami s afázií, případně s jejich komunikačními partnery realizovat v rámci online prostředí, prostřednictvím dostupných platforem, bylo vyhodnoceno, že vzhledem k cílové skupině, jež nepatří mezi aktivní uživatele elektronických zařízení (manipulace s nimi je pro ně obtížná, neosobní, působí nepřírozně a osoby znervózňuje), by vypovídací hodnota získaných výsledků z rozhovorů nebyla relevantní. Z toho důvodu byly otázky k rozhovoru předány prostřednictvím vybraných klinických logopedů komunikačním partnerům afatiků, kteří obdrželi instrukce k jeho realizaci v přirozeném prostředí afatika. Touto formou byla zajištěna co největší možná otevřenost a objektivnost jednotlivých výpovědí osob s afázií.

Následně byly odpovědi na zadané otázky vybrány, do záznamového archu zapsány osobní údaje respondentů a získaná data dále zpracovávána.

4.4 Výzkumný vzorek

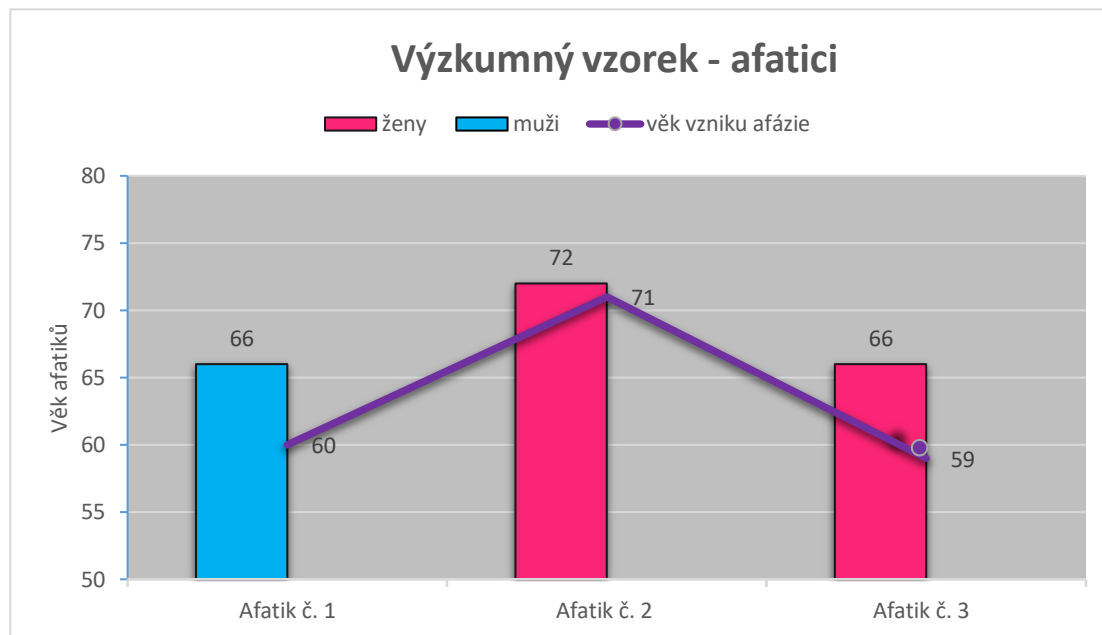
Výzkumný soubor tvořilo 6 respondentů – klinických logopedů, kteří byli ochotni participovat na výzkumném šetření. Jednalo se o klinické logopedy s praxí od 1 roku do 25 let, pracující ve veřejném sektoru, nejčastěji v nemocnicích na odděleních klinické logopedie, nebo v sektoru soukromém, tedy v soukromých ambulancích klinické logopedie. Součástí výzkumného šetření dále byly tři osoby trpící afázií, kterým byly předány otázky k rozhovorům s instrukcemi pro jejich realizaci. Ve všech třech případech byli osloveni jejich komunikační partneři. Vzhledem ke skutečnosti, že osobní údaje respondentů podléhají režimu zákona č. 110/2019 Sb., o zpracování osobních údajů, jsou veškeré interní informace anonymizovány.

Základní charakteristiku prvního výzkumného vzorku (klinických logopedů) tvoří pohlaví respondenta, počet let v praxi a oblast (místo) působení. Tento výzkumný vzorek je přesněji zobrazen v grafu č. 1. Respondenti s afázií jsou blíže charakterizováni též podle pohlaví, věku, dále podle životního období vzniku afázie, typu afázie a stálosti probíhající péče (graf č. 2). V průběhu sběru dat však bylo zjištěno, že komunikační partneři ani sami osoby s afázií nedokáží afázii blíže specifikovat. Na základě této skutečnosti nebyl údaj o typu či druhu afázie nijak více zpracováván a zaznamenán. Blížší informace o osobách s afázií nebyly zjišťovány, neboť takovéto informace nejsou klíčové pro účely této práce.



Graf č. 1: Výzkumný vzorek – kliničtí logopedi

Grafické zobrazení č. 1 zachycuje složení výzkumného vzorku klinických logopedů, které je tvořeno pěti ženami a jedním mužem s délkou praxe od 1 roku do 25 let. Z geografického hlediska nelze respondenty nijak jednotně zařadit – dva respondenti působí ve Středočeském kraji, jeden je z kraje Vysočina a další tři jsou z kraje Jihočeského. Na základě těchto informací lze říci, že větší část výzkumného vzorku tvoří ženy ze Středočeského a Jihočeského kraje s délkou praxe v rozmezí 1 roku až 25 let.



Graf č. 2: Výzkumný vzorek – afatici

Graf č. 2 znázorňuje složení a specifikaci výzkumného vzorku, tedy afatiků, kteří byli celkem 3 ve věku od 66 do 72 let. Ve dvou případech se jednalo o afatiky ženského pohlaví a pouze jedním zástupcem této skupiny byl muž. Osa protínající sloupce grafu znázorňuje věk, ve kterém došlo u pacientů ke vzniku afázie. Jednalo se o rozmezí mezi 59. a 71. rokem života. U žádného respondenta již v době sběru dat logopedická péče ze strany logopeda neprobíhala. U všech třech respondentů byly odpovědi zformulovány a zapsány blízkou osobou.

4.5 Specifika časové realizace

Výzkumné šetření bylo realizováno v období od května roku 2020 do dubna roku 2021 v následujících fázích:

- **květen – červen 2020:** navazování spolupráce s klinickými logopedy; shromažďování dostupných informačních zdrojů; studování odborné literatury
- **červenec – září 2020:** studium a analýza odborné literatury a elektronických informačních zdrojů; rozpracování teoretické části diplomové práce; vytváření rozhovorů pro klinické logopedy a osoby s afázií
- **říjen – listopad 2020:** dokončování teoretické části diplomové práce; vlastní výzkumné šetření; přímé nestandardizované pozorování; úpravy rozhovorů pro klinické logopedy a osoby s afázií; výběr kandidátů vhodných pro realizaci výzkumu; pilotáž rozhovorů
- **prosinec 2020 – únor 2021:** vlastní výzkumné šetření; realizace rozhovorů s klinickými logopedy a s osobami s afázií; zpracovávání získaných dat
- **únor – duben 2021:** analýza a vyhodnocení výsledků výzkumného šetření; doporučení pro praxi; dokončení praktické části diplomové práce.

4.6 Vlastní výzkumné šetření

V následující kapitole jsou představeny výsledky získané vlastním výzkumným šetřením, které probíhalo formou volného pozorování, studiem odborné literatury a realizací dvou typů rozhovorů – s klinickými logopedy a s osobami s afázií. Současně jsou zde tyto výsledky ve dvou podkapitolách analyzovány, shrnuty a následně vyhodnoceny. Otázky stanovené v rozhovorech vycházejí z výše uvedených cílů a výzkumných otázek.

4.6.1 Presentace a analýza výsledků rozhovorů s klinickými logopedy

Veškeré rozhovory s klinickými logopedy probíhaly během podzimních a zimních měsíců roku 2020 a 2021. Délka rozhovorů se různila, přičemž nejkratší rozhovor trval 47 minut a nejdelší z nich 1 hodinu a 42 minut. Základem všech rozhovorů byly předem stanovené otázky.

Otázka č. 1: *Uved'te diagnostické a terapeutické materiály, se kterými ve své praxi při problematice afázie pracujete.*

Odpovědi na otázku č. 1:

Respondent 1: Nejvíce využívám test VFF, MAST a test 3F. Komplexní diagnostiku doplňuji testem Token test, Test pojmenování, Test porozumění větám. Dále využívám ACER, Clock test a Test škrtnání linek (vyšetřující zrakové opomíjení).

Respondent 2: Pracuji především s MASTem, VFF a testem 3F. Doplnuji o Clock test, Token test, Test pojmenování, Test porozumění. V rámci terapie pracuji s Afaslovníkem, s kartičkami s obrázky a slovy, které si sama vytvářím. Také využívám Pracovní listy pro reedukaci afázie od AKL.

Respondent 3: Využívám zejména MAST a někdy i VFF. Doplnuji vyšetření verbální fluence, Token test, či zkoušku Vizuelní pozornosti. Terapeutické materiály si vytvářím sama, případně užívám laminované kartičky s obrázky, texty, Cvičebnici pro afatiky (Čecháčková), Afaslovník a materiály z krabice VFF.

Respondent 4: Pracuji s MAST, WAB a VFF V některých případech využívám i test 3F. Dále používám Token test, Clock test, zkoušku Vizuelní pozornosti, Test porozumění a pojmenování. Pracuji s počítačovým programem MENTIO. Při terapii vycházím z terapie

afázie, alexie, agrafie, dále pak pracuji s Cvičebnicí pro afatiky a se svými vytvořenými materiály – obrázky, kartičky, slova, věty (doplňování).

Respondent 5: Využívám MAST, VAFO, test 3F, MMSE, Token test, DgAAA. Při terapii pracuji s Afaslovníkem, počítačovými programy, Alzheimerovými listy, terapií afázie, alexie a agrafie. Nejvíce preferuji Pracovní listy pro reedukaci afázie od AKL (1 + 2 díl).

Respondent 6: Nejčastěji pracuji s testy: MAST, WAB, VFF. Dále využívám Clock test, Token test, zkoušku Vizuální pozornosti, Bilingual Aphasia Test (česká verze), Test pojmenování, Test porozumění větám, Alzheimerovy listy a DgAAA. Terapeutické materiály si ve většině vytvářím sám, používám laminované kartičky s obrázky a texty, při kterých čerpám z Obrázků od Pumprla.

Vyhodnocení odpovědí:

Na základě analýzy odpovědí dotazovaných lze říci, že nejvíce užívaným materiálem v rámci diagnosticko-terapeutického procesu je bezesporu **MAST (The Mississippi Aphasia Screening Test)**. Ten uvedlo všech šest dotazovaných klinických logopedů. Dalším velmi využívaným materiálem je **VFF (Vyšetření fatických funkcí)**, který zmínili, kromě jednoho, všichni respondenti. Respondent 5, jenž neuvedl VFF, jako jediný **zmínil VAFO (Vyšetření v akutní fázi onemocnění) a MMSE (Mini-Mental State examination)**. V rámci vyšetření kognitivních funkcí byl dále pouze jedním respondentem uveden **Addenbrooke's Cognitive Examination Revised (Addenbrookský kognitivní test)**. S **testem 3F: Dysartický profil** se setkává ve své praxi nadpoloviční většina respondentů, někteří jej využívají pro doplnění diagnostiky. Mezi nejvíce využívaný test dále patří **Token test**, který uvedli všichni dotazovaní. Velmi oblíbeným je zjevně i **Clock test**, s kterým pracují čtyři respondenti. Stejně množství logopedů využívá i **Test pojmenování, Test porozumění a Zkoušku vizuální pozornosti**. Pouze dva respondenti pracují s materiály **Diagnostika afázie, alexie a agrafie** a s **testem WAB (Western Aphasia Battery)**.

Nejméně uváděným je dle odpovědí **Test fluence**, ten uvedl pouze respondent 3. V rámci terapie respondenti ve své praxi nejčastěji pracují s **vlastně vytvořenými kartičkami a obrázky**. Tři respondenti používají při své práci **počítačové programy**, někteří uvedli využívání konkrétního programu, a to **MENTIO**. Uváděnými materiály byly také **Pracovní**

listy pro reedukaci afázie od AKL, Cvičebnice pro afatiky od Čecháčkové, Afaslovník a Alzheimerovy listy. Tyto materiály byly v zastoupení vždy dvou respondentů. Pouze jeden respondent uvedl využití materiálu **Bilingual Aphasia Test** v české verzi a **Test škrtání čar**, vyšetřující neglekt syndrom.

Otázka č. 2: *Popište, jak probíhá diagnostický proces od Vašeho prvního setkání s pacientem s afázií.*

Odpovědi na otázku č. 2:

Respondent 1: Nejdříve prostuduji lékařskou dokumentaci, zjišťuji, zda již dříve probíhala logopedická péče. Následuje kontakt s pacientem, neformální rozhovor – v závislosti na jazykově motorických schopnostech pacienta. Zjišťuji, jak osobně vnímá poruchu, co mu nejvíce vadí. Následuje diagnostické vyšetření a sestavení anamnézy. Pacienta pak seznámím, jak bude probíhat řečová terapie, na co se zaměříme apod. Poté kontaktuji rodinné příslušníky – k doplnění diagnostiky, anamnézy a k navázání kontaktu.

Respondent 2: Nejprve studuji zdravotnickou dokumentaci pacienta, poté navazuji u lůžka kontakt s pacientem (dle jeho aktuálního stavu a možností) provádím volní rozhovor, při kterém zjišťuji obtíže jedince. Zaměřuji se na schopnost orientace pacienta (na těle, v čase, místě), zjišťuje schopnost verbální produkce, vybavování, pojmenování, paměťových dovedností, porozumění. Zjišťuji psychickou stránku jedince. Sestavuji anamnézu, provádím screening dalších poruch, realizuji diagnostiku pomocí zmiňovaných testů. Poté seznamuji pacienta s jeho vzniklými obtížemi a vysvětluji následující proces logopedické intervence, který bude probíhat v dalších dnech.

Respondent 3: Po ohlášení pacienta nahlédnu do zdravotnické dokumentace pacienta, popřípadě se doptám ošetřujícího personálu. Poté se s pacientem na lůžku navážeme kontakt, preferuji neformální rozhovor (vyptám se na jeho obtíže). Pokud je schopen je sdělit, vysvětluji pacientovi příčinu jeho obtíží. Realizuji vstupní vyšetření, využívám screeningové testy, klinické vyšetření motoriky orofaciální oblasti, artikulace a fonorespirace (většinou ve velmi zkrácené verzi). Orientačně vyšetřuji polykání pacienta (dotazem, napitím trochy tekutin, GUSS test). V rámci diagnostiky se zaměřuji i na případné přidružené poruchy, provádím

diferenciální diagnostiku. Poté s pacientem terapeuticky pracuji dle zjištěných obtíží. Diagnostický proces případně rozložím do několika dnů, podle možností pacienta.

Respondent 4: Po obdržení konzilia studuji zdravotní dokumentaci a veškerá dostupná vyšetření. Navazuji kontakt na oddělení s pacientem, realizuji rozhovor, zjišťuji informace o zdravotním a psychickém stavu pacienta, dle jeho subjektivního vnímání. Případně se snažím zajistit psychologickou podporu (kontaktuji psychologa), navazuji kontakt s rodinou, pokud je to již možno. Provádím screeningová vyšetření a základní diagnostiku, zaměřuji se i na diferenciální diagnostiku. Informuji pacienta o jeho stavu, seznámím ho s následným postupem, poskytuji a odpovídám mu na dotazy. Sestavuji diagnózu a možnosti terapeutické péče. Druhý den opět provádím diagnostiku, jelikož stav a klinický obraz pacienta je v akutní fázi velmi nestálý.

Respondent 5: Studium lékařské dokumentace, sepsání důležitých bodů a informací o pacientovi (včetně konzultace s ošetřujícím lékařem nebo ošetřujícím personálem), navázání kontaktu s pacientem, volný rozhovor, hypotéza, sestavení anamnézy, provedení základní diagnostiky, poté diferenciální diagnostika, edukace pacienta a další terapeutické postupy.

Respondent 6: Na základě konzilia studuji lékařskou dokumentaci, kde sleduji primární indikaci, lokalizaci léze. Poté se setkám s pacientem na lůžku, navazuji první kontakt, zjišťuji pomocí volného rozhovoru, zda a jak pacient komunikuje, provádím screening celkového stavu, vycházím z toho, že stav se mění, dle časových stádií vzniklého onemocnění i dle podaných léků na ředění krve. Sleduji průběh zdravotního stavu, při prvním kontaktu pracuji bez nástroje, jen volní rozhovor (porozumění, percepce, produkce, časová, místní orientace, pojmenování). Toto opakuji druhý den znovu. Zaznamenávám schopnosti – čtení, psaní, produkce. Provádím základní diagnostiku, využívám komplexní baterie. Sestavuji terapeutický plán. Pracuji vždy podle akutnosti.

Vyhodnocení odpovědí:

Na základě analýzy odpovědí na další výzkumnou otázku, pomocí níž bylo zjišťováno, jakým způsobem probíhá diagnostický proces od chvíle prvního setkání logopeda s pacientem, byl vytvořen pro lepší orientaci a přehlednost výsledků heslovitý souhrn postupu ze všech získaných odpovědí respondentů. Zprvu probíhá **studium lékařské dokumentace** pacienta,

poté na lůžku dochází k **navázání kontaktu** s pacientem, přičemž první kontakt probíhá formou úvodního **neformálního volného rozhovoru**, při kterém se zjišťují pacientovy obtíže a jeho vlastní vnímání poruchy, **sestavuje se anamnéza**, a poté se, v rámci **orientačního vyšetření**, provádí **screening** celkového stavu. Následuje **základní diagnostické vyšetření** řečových (produkce, porozumění, pojmenování, vybavování) a motorických dovedností, orientace (časová, místní, na těle) a schopnosti čtení a psaní. V některých případech také dochází ke **kontaktování psychologa** a **zahájení spolupráce s rodinou**. Současně se provádí i **diferenciální diagnostika**. Následně je **pacient informován** o svém zdravotním stavu a **seznámen** s optimálním **postupem logopedické péče**. **Výsledky** jsou **zaznamenány do dokumentace** a na základě dočasných výsledků je **sestaven terapeutický plán**. V akutní fázi onemocnění je tento **proces** v určité modifikaci **prováděn další den**, neboť klinický obraz pacienta je velmi proměnný. **Práce je přizpůsobena** aktuálním možnostem pacienta.

Otázka č. 3: *Které diagnostické a terapeutické metody a přístupy ve své praxi při logopedické intervenci afázie využíváte?*

Odpovědi na otázku č. 3:

Respondent 1: V rámci metod preferuji rozhovor, diagnostické zkoušení, různé testové metody. Obecně vycházím z přístupu neurolingvistické diagnostiky. Kombinuji různé přístupy: tlumení perseverací, terapie na úrovni vět, vysoce automatizované formy řeči. Využívám také počítačové programy MENTIO a Happy neuron.

Respondent 2: Využívám diagnostické a testové zkoušení, praktikuji rozhovor a rozebírání výsledky z činnosti, které vyhodnocuji. Preferuji kognitivně-neurologický přístup, kde využívám melodicko-intonační terapii, tlumení perseverací. Při terapii vycházím z neurolingvistických přístupů, kde jako doplnění využívám terapii na úrovni vět.

Respondent 3: Rozhovor, testové metody, klasické klinické vyšetření (nápodoba, úspěšnost nápovědí). Nejčastěji využívám přístup kognitivně-neurologický, pragmaticky orientovanou terapii a neurolingvistické přístupy. Dále pracuji s webovou aplikací AFAslovník.cz a využívám neverbální komunikační prostředky.

Respondent 4: Realizují rozhovor, používám různé testové metody a zkoušení, přístrojové metody (FEES). Terapii zakládám na neurolingvistickém přístupu a pragmaticky orientovaném přístupu. Využívám také prvky AAK a počítačový program MENTIO.

Respondent 5: Rozhovor, rozbor výsledků činnosti, diagnostické vyšetření, testové metody, přístrojové metody (FEES, VFS, CT). U přístupů preferuji neuropsychologickou diagnostiku, melodicko-intonační terapii, tlumení perseverací a počítačové programy.

Respondent 6: Využívám testové metody, zkoušení, rozhovor, audiozáznam, vycházím z kazuistik, zhodnocení výsledků činnosti. Pracuji dle přístupu lingvistického (psycholingvistický a neurolingvistická diagnostika a terapie), také využívám terapii na úrovni vět a aplikaci řečový asistent.

Vyhodnocení odpovědí:

Z vyhodnocení odpovědí na otázku číslo 3, týkající se diagnostických a terapeutických přístupů a metod využívaných při logopedické intervenci, vyplývá, že nejvíce aplikovanými metodami jsou **rozhovory, diagnostické vyšetřování a testové zkoušení**. Tyto metody zmínili při rozhovoru všichni dotazovaní. Tři respondenti dále uvedli **práci s přístrojovými metodami**, jmenovali **FEES, VFS, CT** a práci s **audiozáznamem**. Stejně tak polovina respondentů pracuje při diagnosticko-terapeutickém procesu s **rozbory výsledků činnosti**. Pouze jeden dotazovaný uvedl, že při svých postupech čerpá z **kazuistických studií**.

V rámci využití diagnosticko-terapeutických přístupů byly zmíněny **neurolingvistické, a psycholingvistické, kognitivně-neurologické, pragmaticky orientované a neuropsychologické přístupy**. Nejčastěji kliničtí logopedi preferují **neurolingvisticky orientované přístupy**. Dva z nich dále **kombinují** diagnosticko-terapeutický proces s přístupem kognitivně-neurologickým a jiní dva kombinují jmenovaný proces s přístupem pragmaticky orientovaným. Jeden z respondentů postupuje při své práci nejen podle neurolingvistického přístupu, nýbrž využívá i postupů z psycholingvistiky. Oproti ostatním jen respondent 5 uvedl, že využívá při diagnostice pouze neuropsychologicky orientovaný přístup.

Z konkrétních metod či postupů, aplikovaných při realizaci terapie, byly respondenty jmenovány následující: **tlumení perseverací, terapie na úrovni vět, vysoce automatizované formy řeči, melodicko-intonační terapie, využití počítačových programů či aplikací** a práce s **neverbálně komunikačními prostředky**. Respondenti 1, 2 a 5 preferují **metodu**

tlumení perseverací. Stejně tak tři respondenti pracují s **terapií na úrovni vět.** Většina při svých postupech využívá **počítačové programy** (např. MENTIO, Happy neuron) či **aplikace** (AFAslovník). Dva kliničtí logopedi uskutečňují **melodicko-intonační terapii.** Dva respondenti pak pracují s **neverbálně komunikačními prostředky.** Nejméně dotazovaní logopedi pracují s metodou **vysoce automatizované formy řeči.**

Otázka č. 4: *Jak probíhá proces logopedické terapie? Buďte prosím konkrétní.*

Odpovědi na otázku č. 4:

Respondent 1: V rámci lůžkového oddělení se snažím, v závislosti na tíži jazykové či motorické poruchy, provádět intenzivní denní terapii. Každý pacient má svůj individuální plán. Pro pacienta mám zavedenou složku, kde si připravím logopedické materiály a napíšu si konkrétní postupy a úkoly terapie. Na víkend, pak připravím úkoly, které předpokládám, že bude moci pacient schopen zvládnout převážně samostatně. Intenzita je cca $\frac{3}{4}$ hodiny až 1 hodinu denně. Snažím se kontaktovat s rodinou, a pokud je to možné, snažím se občas terapie provádět v přítomnosti rodinného příslušníka. U ambulantních pacientů se opět snažím co nejvíce pracovat s rodinnými příslušníky.

Respondent 2: Terapii provádím dle individuálních možností a požadavků klienta. Nejprve studuji dokumentaci, poté připravuji úkoly k terapii, hodnotím a kontroluji úkoly zadané při minulém setkání, procvičuji problematické a žádané oblasti na základě připravených materiálů, dotazuji se na obtíže klienta, sleduji jeho psychický stav. Spolupracuji s rodinou, předávám informace o aktuálnímu stavu klienta, vysvětluji případné dotazy a zadané úkoly pro trénink. Doporučuji a předávám úkoly a materiály klientovi k možnosti trénování. Domlouváme další datum schůzky. Průběh zapisuji do počítače, do klientovi lékařské složky. Zde zhodnotím realizaci a vytvořím návrh pro další terapii.

Respondent 3: Na základě zjištěných obtíží předložím pacientovi 2-3 úkoly ke společnému či samostatnému procvičování. Vždy začínám podle toho, co pacienta zajímá, či pokud je jeho stav velmi těžký – tak začínáme automatizovanými formami mluvené i psané řeči (jméno, příjmení, adresa, číselná řada do 10, dny v týdnu, měsíce). S pacientem pracuji denně dle jeho aktuálního stavu, na základě toho ubírám náročnost jednotlivých cvičení. V současné době jsou

návštěvy na oddělení nemocnice zakázány, takže kontakt rodiny je výrazně omezen. Provádíme telefonické konzultace, ke kterým pacient dává souhlas, například tím, že mě požádá o vytočení telefonního čísla a sdělení informací rodině apod.

Respondent 4: Dle pacientových možností sestavuji individuální terapeutický plán, na jehož základě poté připravuji úkoly dle schopností pacienta. S rodinou navazuji blízký vztah a vždy se je snažím informovat a plánu terapeutické podpory. S pacientem pravidelně, dle jeho časových možností se setkáváme a realizujeme vybraná terapeutická cvičení. Ty vybírám vzhledem k věku pacienta ale i na základě pacientova a rodiny požadavků. Po společné práci hodnotíme úkoly vyplněné doma, chyby zapisuji. Jedno setkání trvá přibližně 45 minut. Ke konci setkání domlouváme termín další návštěvy. S rodinou i s pacientem probíráme zadané úkoly na plnění při domácím tréninku. Po skončení zapisuji průběh setkání do dokumentace, hodnotím zlepšení či zhoršení a sestavuji plány pro další setkání a domácí přípravu.

Respondent 5: Seznámení s dokumentací klienta, edukace klienta o intenzitě a frekvenci terapií, realizace terapeutických cvičení, seznámení s rodinou, zadání cvičení (na večer, čtení, malování, luštěnky, dějové obrázky apod.), zapsání cvičení do dokumentace, případné zlepšení/zhoršení. Následně kontrola a zhodnocení provedení cvičení, vedení další terapie a zadání dalších postupů, psychoterapeutická podpora pacienta.

Respondent 6: V dopoledních hodinách pracuji s konzilií, tedy s novými pacienty na oddělení a v odpoledních hodinách se věnuji ambulantní péči. Rodina často nenavazuje kontakt sama, proto se snažím zapojení rodiny iniciovat sám. Terapie probíhá s pacienty dle konkrétních možností pacienta. Nejprve provádím přípravu úkolů, na základě studia lékařské dokumentace a následně s pacientem realizuji. Společně s pacientem hodnotíme předešlé zadané úkoly a předávám další pro domácí trénink. Domlouváme se na dalším setkání a předávám informace rodině. Po skončení zhodnotím dosavadní výsledky a zapíši zrealizovaná cvičení do dokumentace.

Vyhodnocení odpovědí:

Otázka číslo 4 měla za cíl zjistit, jakým způsobem kliničtí logopedi postupují při logopedické terapii u afázie. Na základě analýzy odpovědí byl pro přehlednost opět popsán průběh jednoho komplexního postupu, vytvořeného v souladu s nejčastějšími odpověďmi. Kliničtí logopedi

terapii afázie realizují buď **na lůžkovém oddělení**, přičemž za pacienty docházejí, nebo **v ambulanci**, kam docházejí sami klienti, nejčastěji v doprovodu blízké osoby. S touto osobou bývá **navázán kontakt** z hlediska logopedické terapie. Časové možnosti a frekvence poskytované péče jsou zmíněny v další otázce, proto zde tato problematika není více rozpracována. Nejčastěji má každý pacient svůj **individuální terapeutický plán**, na jehož základě si **logoped připravuje** pro klienta **materiály**, se kterými bude následně pracovat. Někteří nechávají **výběr aktivit** a trénovaných oblastí **na klientech** a jejich vlastních rozhodnutích, jiní **vybírají** takové **materiály**, jež považují za **nutné a potřebné** podle konkrétních pacientových deficitů.

V průběhu terapie **logopedi pracují s různými připravenými materiály**, **hodnotí** jejich výsledky, **kontrolují domácí úkoly** a v rámci rozhovoru **sledují zdravotní i psychický stav** pacienta. **Dotazují se na jeho obtíže** či na případná zhoršení stavu, **doporučují i jinou formu pomoci**. **Komunikují s rodinou**, **předávají informace o aktuálním stavu** klienta a **vysvětlují** připravené **domácí úkoly**. Tyto **úkoly předávají také klientovi**. Před rozloučením dochází k **domluvě termínu dalšího setkání**. V průběhu terapeutického setkání vždy kliničtí logopedi **dbají na individuální zvláštnosti jedince**, **volí individuální metody a postupy** a **přizpůsobují se momentální situaci** a stavu afatika. Po skončení **zapisují a hodnotí výsledky a průběh terapie** do lékařské složky klienta. Někteří ihned poté **vytvářejí návrh pro další terapii**.

Otázka č. 5: *Které faktory podle Vás nejzásadněji ovlivňují kvalitu a výsledek logopedické intervence u osob s afázií?*

Odpovědi na otázku č. 5:

Respondent 1: Na prvním místě považuji rozsah a lokalizaci léze, poté vliv časového stádia poruchy (akutní, chronická), následně, jak pacient svou poruchu vnímá, jaká je jeho motivace a zachované kognitivní funkce. Současně je důležité i sociální a ekonomické zázemí pacienta.

Respondent 2: Včasnost zahájení logopedické intervence. Následně rozsah poruchy a lokalizace léze. Ovlivňující je i celkový zdravotní stav pacienta, jeho psychické rozpoložení, s tím související věk pacienta. Dále motivace afatika a spolupráce rodinných příslušníků.

Respondent 3: Včasný začátek zahájení diagnostiky a terapie. Vysvětlení poruchy a ukázka možné perspektivy. Vysoký věk pacienta, polymorbidita, sociální zázemí pacienta. Rozsah léze není vždy určujícím, stejně tak jako stupeň poruchy při vstupu. Důležitějším je průběh poruchy v čase, resp. S odstupem 2-5 dnů od vzniku obtíží.

Respondent 4: Důležitou roli hraje rozsah léze a s tím související rozsah poruchy, zasažení kognitivních funkcí a psychického stavu pacienta. Rychlé zahájení péče je nutností, to se odvíjí od časového stádia poruchy. Věk pacienta souvisí s mírou schopnosti učení a motivace k terapeutické práci. Vliv mají i případně jiné přidružené poruchy, které ovlivňují celkový průběh logopedické intervence.

Respondent 5: Určující je rozsah, vznik a lokalizace léze. Dále pak zda pacient má IVT (intravenózní trombolýzu), či byl na mechanické trombektomii. Současně má vliv věk pacienta, a především jeho motivace k terapii.

Respondent 6: Důležité je časové stádium poruchy, rozdíl bude v akutní fázi a v chronické fázi. Vliv má také rozsah a lokalizace léze. Nejdůležitějšími faktory však jsou individuální znaky a to: motivace a odhodlání pacienta, vzdělanost (resp. jak je pacient zvyklý se učit), psychický stav pacienta, celkový zdravotní stav pacienta, pochopení cíle terapie, mobilita člověka a charakterové vlastnosti logopeda.

Vyhodnocení odpovědí:

Z analýzy odpovědí respondentů na otázku č. 5, zjišťující faktory, které z pohledu klinických logopedů ovlivňují kvalitu a výsledek logopedické intervence u osob s afázií, je zřejmé, že vliv **rozsahu a lokalizace léze, včasnosti zahájení péče a celkového zdravotního stavu** afatika (zde byly zmiňovány i vlivy **přidružených poruch** a schopnost/neschopnost **mobility**) považuje nejvíce klinických logopedů za rozhodující. Současně většina respondentů vnímá za zásadní i vlivy **psychického stavu** (např. subjektivní vnímání poruchy) pacienta a jeho **motivace** k terapeutické práci. Polovina dotazovaných pak uvedla i vliv **věku pacienta**. Kvalita a výsledek logopedické intervence může být dle dvou různých respondentů ovlivněna i **časovým stádiem poruchy** nebo **kognitivními schopnostmi** pacienta či jeho **sociálním**

a ekonomickým zázemím. Pouze jeden respondent označil za ovlivňující faktor **spolupráci rodiny**, jiný pak **vzdělanost pacienta a charakterové vlastnosti logopeda.**

Otázka č. 6: *Jaká je frekvence (pravidelnost) a intenzita (délka trvání) logopedické péče při lůžkovém oddělení? Jaká při ambulantní péči?*

Odpovědi na otázku č. 6:

Respondent 1: Při lůžkovém oddělení ideálně jedenkrát denně v délce trvání cca 30 minut, v závislosti na ovlivňujících faktorech. Při ambulantní péči je to pak jedenkrát týdně cca 45 minut.

Respondent 2: Na oddělení se snažím docházet jedenkrát denně. Trvání jednoho setkání je v závislosti na časovém stádiu poruchy. Pohybuje se od 15 do 60 minut. V ambulanci probíhá terapie cca jedenkrát týdně ve 45 minutové časové dotaci.

Respondent 3: Na lůžkové oddělení docházím jedenkrát denně. Délka se pohybuje od 15 do 60 minut vzhledem ke zdravotnímu stavu pacienta a jeho pozornosti. Do ambulance pacienti docházejí v akutní fázi jedenkrát týdně, poté po 3 měsících od hospitalizace jedenkrát za 14 dní a u chronického stádia nemoci jedenkrát za měsíc. Délka terapie v ambulanci je 60 minut.

Respondent 4: Snažím se za pacientem docházet jedenkrát za den, přičemž s ním trávím pokaždé cca 30 minut. To však záleží na jeho aktuálním rozpoložení. Při ambulantní péči probíhá terapie dvakrát za měsíc, kdy jedno setkání trvá 45 minut.

Respondent 5: Na oddělení minimálně třikrát týdně. Délka jedné terapie je individuální dle možností pacienta, nejčastěji trvá 30 minut. Nejdelší pak 1 hodinu 30 minut. V ambulantní péči je návštěva jedenkrát za měsíc s trváním 45 minut.

Respondent 6: Na lůžko docházím jedenkrát za den s délkou trvání 45 minut. Při ambulantní péči záleží na rozhodnutí pacienta, nejčastěji doporučuji návštěvu jedenkrát týdně po dobu 45 minut.

Vyhodnocení odpovědí:

Ze získaných odpovědí na otázku č. 6 lze usoudit, že **při lůžkovém oddělení** nejčastěji probíhá návštěva pacienta **jedenkrát za den po dobu 30 minut**. Pouze jeden respondent uvedl, že lůžkové oddělení navštěvuje **tříkrát do týdne v rozmezí od 30 do 90 minut**. Jiní dva zmiňují rozmezí **od 15 do 60 minut, dle momentálních možností pacienta**. Jeden pak uvádí délku trvání jednoho setkání **45 minut**. Obecně lze říci, že nejkratší setkávání je patnáctiminutové a nejdelší pak devadesátiminutové. **Délka trvání je vždy přizpůsobena** konkrétní situaci.

Ambulantní péče dle většiny klinických logopedů probíhá v délce jednoho setkání **45 minut ve frekvenci jedenkrát za týden**. U dvou respondentů se pak jedná o návštěvu **jedenkrát za 14 dní**. Dva dotazovaní uskutečňují setkání s klientem pouze **jedenkrát v měsíci**, avšak jeden z nich v délce **trvání 60 minut**.

Otázka č. 7: *Jakým způsobem zohledňujete v rámci diagnostiky a terapie psychosociální dopady afázie na jedince?*

Odpovědi na otázku č. 7:

Respondent 1: Vše zakládám na individuálním přístupu k pacientovi. Jako důležitou vnímám především spolupráci s rodinou či blízkými pacienta. Umožňuje to poznat a odhadnout priority pacienta v oblasti komunikačních potřeb.

Respondent 2: Zajišťuji pravidelné setkání s pacientem, doporučuji psychologickou pomoc, hledám možná řešení pro znovuzapojení jedince do společnosti, nejčastěji se zaměřuji na funkcionální komunikaci, která umožňuje dorozumění s rodinou a při základních potřebách. Spolupracuji s rodinou a předávám jim návrhy a materiály k domácí terapii.

Respondent 3: Na základě individuálních potřeb pacienta kombinuji různé možnosti podpory. Navazuji kontakt a spolupráci s rodinou, zaměřuji se na znovuzáclenění jedince a s tím spojené nutné dovednosti, doporučuji psychologickou podporu (kontakt na psychologa), využívám prvky z alternativní a augmentativní komunikace, snažím se doporučit a zajistit pravidelnost poskytované péče, nabízím možnosti skupinové terapie, poskytuji různé materiály.

Respondent 4: Snažím se navázat spolupráci s rodinou, které následně vysvětlují rizika vzniklé poruchy. Preferuji individuální přístup a zaměřuji se na potřebné schopnosti nutné ke znovuzачlenění jedince do společnosti. Vycházím z požadavků pacienta a rodiny. Doporučuji další možné terapie a poskytuji kontakty na jiná zařízení, která by mohla pacientovi pomoci. Dbám na pravidelnost poskytované péče a snažím se lidský (shovívavý, empatický) přístup k pacientovi.

Respondent 5: Individuální přístup k pacientovi, konzultace s rodinou, zaměření na obnovení funkce dorozumívání (verbálně, neverbálně, ...), psychologická podpora, zajištění pravidelnosti poskytování péče.

Respondent 6: Spolu s pacientem hledáme společnou cestu, která by pro něj byla vhodná a příjemná. Vybírám aktivity, které vnímám za zásadní a pro konkrétního pacienta přínosné. Často se zaměřuji na schopnosti čtení, jelikož osoby jsou nejčastěji ve vyšších letech a sami preferují čtení nad psaním. V rámci psychosociálních dopadů je klíčová spolupráce s rodinou. Požadavky rodiny jsou pro mne na prvním místě a snažím se, aby rodina pochopila, o jaký problém se jedná a jak může své blízké osobě pomoci. Kontaktuji psychologickou podporu.

Vyhodnocení odpovědí:

Na základě analýzy odpovědí na otázku č. 7, která sleduje způsoby podpory zaměřené na snížení psychosociálních dopadů afázie na jedince, lze říci, že nejčastěji kliničtí logopedi v průběhu diagnosticko-terapeutického procesu předcházejí psychickým a sociálním dopadům afázie tím, že **navazují spolupráci s rodinou afatika, doporučují a zajišťují psychologickou podporu a preferují individuální přístup** ke klientovi (zohledňují jeho požadavky, přání, apod.). Čtyři logopedi dále uvedli **nutnost pravidelného setkávání**, stejný počet zmínil **zaměření na funkcionální komunikaci** a s tím související **snahu o znovuzачlenění jedince do společnosti**. Dva respondenti dále vnímají psychosociální podporu v **dostatečném poskytování materiálů** nejen pro **domácí trénink** či v **možnosti skupinové terapie**. Někteří hovořili o **kombinaci všech dostupných možností dle individuálních potřeb** klienta.

Otázka č. 8: *Z jakých dalších vyšetření vycházíte pro potřeby stanovení diagnózy a volby vhodné terapie afázie?*

Odpovědi na otázku č. 8:

Respondent 1: Vycházím z neurologického vyšetření. Pracuji také s psychologem a jeho psychologickým vyšetřením. Občasně využiji i oftalmologické a foniatické vyšetření. Spíše používám neurooftalmologické výsledky vyšetření.

Respondent 2: Pracuji s neurologickým vyšetřením. Také využívám psychologické vyšetření a pokud je k dispozici nahlížím i do foniatického vyšetření.

Respondent 3: Nyní vycházím z neurologického vyšetření, jelikož v akutní fázi nejsou jiné k dispozici.

Respondent 4: V akutní fázi je pro mne zásadní neurologické vyšetření. U nás na pracovišti spolupracuji s psychologem. Při podezření na výpadky zorného pole studuji výsledky z oftalmologického vyšetření, případně se snažím o něj zažádat.

Respondent 5: Zejména neurologické vyšetření, případně vyšetření psychologické.

Respondent 6: Vždy pracuji s výsledky z neurologického vyšetření, občasně žádám o neuropsychologické vyšetření. Pokud je k dispozici využívám foniatické a otorhinolaryngologické vyšetření.

Vyhodnocení odpovědí:

Z odpovědí na otázku č. 8 lze potvrdit, že všichni respondenti **vycházejí z vyšetření neurologického**. Většina pak nahlíží do **psychologického vyšetření**, případně **vyšetření neuropsychologického**. Tři respondenti uvedli, že pokud je k dispozici **vyšetření z fonie**, nahlíží též do něj. Dva dotazovaní pak žádají o **oftalmologické či neurooftalmologické vyšetření**, pokud mají podezření na výpadky zorného pole u pacienta. Jeden respondent uvedl také vyšetření **otorhinolaryngologické**, které využívá, pokud je toto k dispozici.

Otázka č. 9: *Co zohledňujete a na co se zaměřujete při logopedické intervenci, tzn. co z Vašeho pohledu ovlivňuje diagnostiku a terapii?*

Odpovědi na otázku č. 9:

Respondent 1: Psychický stav pacienta a jeho motivace. Kognitivní funkce – schopnost koncentrace pozornosti, unavitelnost, pracovní tempo a jistě i individuální vlastnosti pacienta.

Respondent 2: Zdravotní a psychický stav pacienta, jeho motivace k činnostem, unavitelnost a osobnostní rysy. Kvalita spolupráce s rodinou a postoje pacienta k jeho nemoci. Roli hraje i věk pacienta, jeho kognitivní schopnosti a dovednosti.

Respondent 3: Vždy a na prvním místě je to psychický a zdravotní stav pacienta, stav pozornosti, zvýšená unavitelnost a pacientova motivace. Zaměřuji se na realistický náhled na obtíže, který se snažím předestřít pacientovi a jeho rodině. Zohledňuji i osobnostní rysy jedince, snažím se o pozitivní náhled na situaci.

Respondent 4: Především na psychický stav pacienta, jeho pohled na situaci. Unavitelnost, věk, schopnosti pacienta. Také zdravotní stav a spolupráce rodiny.

Respondent 5: Psychický stav pacienta, motivace pacienta při spolupráci, věk, únava, úzkost, agrese, akutní/chronické stadium onemocnění, zapojení rodiny.

Respondent 6: Unavitelnost pacienta, průběh a stupeň onemocnění, zdravotní stav – úroveň vědomí, věk pacienta. Motivace a osobnost pacienta (stydlivost, ostýchavost, agrese), vzdělání pacienta (úroveň, typ) a zapojení rodiny, které považují za velmi nutné. Zmiňované faktory se kříží individuálně u každého pacienta.

Vyhodnocení odpovědí:

Cílem deváté otázky bylo zjistit, co kliničtí logopedi zohledňují a na co se zaměřují při logopedické intervenci u osob s afázií. Z odpovědí je patrné, že všichni logopedi uvádějí nutnost zohledňovat v rámci diagnosticko-terapeutického procesu **individuální vlastnosti jedince, míru unavitelnosti** afatika a jeho schopnost **udržení koncentrace**. Další oblastí, kterou je potřeba dle pěti klinických logopedů zohledňovat, je **psychický stav jedince** a významnou roli hraje též **pacientova motivace** a s ní spojený **pozitivní přístup** k celkovému problému. Čtyři respondenti považují za důležité zohlednit **zdravotní stav pacienta a jeho věk** a současně za klíčovou součástí logopedické intervence afázie vnímají i **kvalitní spolupráci s rodinou**.

Tři respondenti uvedli i zohlednění **kognitivních funkcí**. Pouze jedenkrát se objevila odpověď zmiňující důležitost **zohlednění stádia nemoci a vzdělání pacienta**.

4.6.2 Presentace a analýza zkušeností osob s afázií

Rozhovory s osobami s afázií probíhaly alternativní formou, která byla zvolena v důsledku aktuálních vládních nařízení (viz výše). Otázky k rozhovorům byly, spolu s instrukcemi pro blízké osoby afatiků, předány v zimních měsících roků 2020 a 2021 a ve stejném období byly odpovědi navraceny zpět. Základem všech rozhovorů byly předem stanovené otázky.

V následující části kapitoly jsou prezentovány zkušenosti afatiků s diagnosticko-terapeutickým procesem se zaměřením na psychosociální dopady vzniklé v důsledku získané poruchy komunikace. Získané odpovědi byly upraveny, přepsány a následně zanalyzovány. Součástí každé otázky je pak v jejím závěru vyhodnocení všech získaných odpovědí a shrnutí výsledků.

Otázka č. 1: *Jak často nyní docházíte na terapii (tj. jak často navštěvujete Vašeho logopeda, případně on Vás)? Jaká je délka jednoho terapeutického (Vašeho) setkání? Vnímáte frekvenci i délku terapeutického setkání jako dostačující?*

Odpovědi na otázku č. 1:

Respondent A: V současné době už na terapii nedocházíme. Dříve jsme však kvůli koronaviru měli terapii pouze po Skype trvající od 60 do 90 minut, jedenkrát týdně. Terapii vnímáme za dostačující.

Respondent B: Z důvodu pandemie na terapii k logopedovi nelze docházet. Při hospitalizaci v rehabilitačním ústavu zahájena každodenní logopedická péče. Po skončení hospitalizace docházení dvakrát za měsíc po 30 minutách do ambulance logopedie, s odstupem času pak návštěva jen jedenkrát za měsíc po 60 minutách. Terapeutická setkání byla časově dostačující.

Respondent C: Nyní na terapii již nedocházíme, trénujeme doma spolu sami. Délka jednoho setkání trvala 45 minut a probíhala dvakrát za měsíc. Terapie byla dostačující.

Vyhodnocení odpovědí:

Na základě analýzy odpovědí na otázku č. 1, která sledovala četnost terapie, délku jednoho setkání a současně i spokojenost klientů s frekvencí péče lze říci, že všichni respondenti vnímají terapii za dostačující. Co se délky a frekvence logopedické terapie týče, odpovědi se různily. Uváděná délka terapie byla od 30 do 90 minut, avšak v různé četnosti a pravidelnosti setkání. Dva respondenti se shodli, že na terapii docházeli jedenkrát za 14 dní. Jeden respondent uvedl, že setkání probíhalo jedenkrát za týden. Současně zde také byla zmínka o změně pravidelnosti a délce návštěv v souvislosti s vyvíjejícím se stavem klienta.

Otázka č. 2: *Jaké pomůcky a materiály Vám byly nabídnuty pro domácí trénink? Popřípadě uveďte, zda jsou Vám zadávány domácí úkoly nebo poskytovány rady, na které oblasti se máte zaměřit v rámci trénování samostatně?*

Odpovědi na otázku č. 2:

Respondent A: Pro domácí trénink jsme si pořídili knihy a různé podklady, které jsme si od paní logopedky tiskli. Např.: Trénink slovní zásoby pro každý věk od Jitky Suché.

Respondent B: Dostali jsme nabídnutý afatický slovník, počítačové programy – zaměřeny na konkrétní nutnou oblast k procvičování, úkoly na procvičování hybnosti jazyka, výslovnosti, čtení, psaní, trénink paměti – čtení příběhů, poté jejich opakování.

Respondent C: Pro domácí trénink jsme měli obrázkovou knihu se slovy a nastříhané kartičky se slovy (roční období, měsíce, dny v týdnu, povolání, zvířata).

Vyhodnocení odpovědí:

Z analýzy odpovědí na otázku č. 2 vyplývá, že nejčastěji pro domácí trénink klienti dostávají od svých klinických logopedů tištěné materiály, knihy, případně PC programy a afatický slovník. Dále lze říci, že rady, na které oblasti je potřeba se v průběhu tréninku zaměřit, předávají svým klientům všichni logopedi.

Otázka č. 3: *Byla zahájena během logopedické péče (intervence) spolupráce s Vaší rodinou? Popřípadě jakým způsobem byla Vaše rodina/blízcí zapojena/i do logopedické péče?*

Odpovědi na otázku č. 3:

Respondent A: Ano, byla. Rodina byla součástí všech aktivit týkajících se tréninku. Byly nám zadávány různé úkoly, doplňovačky či opakování.

Respondent B: Ano, byla zahájena spolupráce s partnerkou pacienta. Zapojena byla do veškeré spolupráce týkající logopedické a rehabilitační péče. Jednalo se o plynulou spolupráci mezi logopedem, pacientem a pečujícím.

Respondent C: Ano, byla zahájena spolupráce s dcerou pacienta. Nejvíce byla zapojena do činností týkající se domácího tréninku. Společně probíhal trénink slov, zkouška psaní čísel, ročních období, dnů v týdnu a měsíců.

Vyhodnocení odpovědí:

Z odpovědí respondentů na otázku č. 3, sledující zapojení rodiny do procesu logopedické intervence, je zřejmé, že spolupráce s rodinou či blízkými byla u všech klientů zahájena v dostatečné míře. Jednalo se nejčastěji o spolupráci a zapojení rodiny do domácí přípravy a plnění úkolů s afatikem.

Otázka č. 4: *Vnímáte nějaké nedostatky logopedické péče (diagnosticko-terapeutického procesu) v průběhu Vaší hospitalizace? Uveďte jaké.*

Odpovědi na otázku č. 4:

Respondent A: Nedostatek vnímám pouze v rychlosti zahájení terapie po příjezdu do nemocnice. Jinak jsme byli spokojení.

Respondent B: Žádné nedostatky z mého pohledu nevnímám.

Respondent C: Nevnímám. Byla nám poskytnuta nabídka využití léčebny Foniatriká klinika VFN Praha, zde logopedická péče probíhala v naprostém pořádku. Poté jsme se přesunuly do Hamzovy léčebny, zde byl přístup poněkud jiný, ale nedostatky nevnímáme.

Vyhodnocení odpovědí:

Analýzou odpovědí na další otázku lze zjistit, že dva z respondentů nedostatky v průběhu diagnosticko-terapeutického procesu v době jejich hospitalizace v důsledku onemocnění nevnímají a nemají pocit, že by bylo něco zanedbáno. Jeden respondent uvedl, že rychlost zahájení terapie po příjezdu do nemocnice nebyla dle jeho názoru dostačující.

Otázka č. 5: *Byly Vám v rámci logopedické péče (diagnosticko-terapeutického procesu) poskytnuty informace či nabídnuty přímo kontakty k možnosti využití i jiných služeb?*

Odpovědi na otázku č. 5:

Respondent A: Ano, byly. Jednalo se o různá Sdružení, rehabilitační pobyty, Mezigenerační centra a skupinové terapie, avšak kvůli koronaviru jsme bohužel zmíněné možnosti nemohly využít.

Respondent B: Při ambulantní logopedii jsme žádné kontakty nebo odkazy na jiná zařízení či zájmové skupiny nedostali. V rámci rehabilitačního ústavu však byla možnost využití různých služeb, např. logopedie.

Respondent C: Byl nám nabídnut rehabilitační pobyt.

Vyhodnocení odpovědí:

Z vyhodnocení odpovědí na otázku číslo 5, týkající se poskytování informací či kontaktů k možnosti využití jiných služeb, vyplývá, že kliničtí logopedi nabízeli možnost využití rehabilitačních pobytů, Sdružení, Mezigenerační centra či skupinové terapie. V případě dvou respondentů se jednalo o nabídku rehabilitačních pobytů. Jeden respondent pak uvedl, že doporučení či kontakty od klinického logopeda neobdržel.

Otázka č. 6: *Jaké Vám byly nabídnuty pomůcky pro umožnění či usnadnění komunikace s okolím (např. komunikační kniha, obrázkový slovník, počítačové programy)?*

Odpovědi na otázku č. 6:

Respondent A: Knihy, obrázky, počítačové programy nebo aplikace, jazykolamy, webové stránky.

Respondent B: Komunikační knihy, obrázkové slovníky, počítačové programy.

Respondent C: Obrázkové slovníky, kartičky se slovy.

Vyhodnocení odpovědí:

Na základě analýzy otázky č. 6 je možné říci, že osobám s afázií byly vždy nabídnuty pomůcky pro usnadnění komunikace s okolím. Nejčastěji se jednalo o komunikační knihy, obrázkové slovníky, počítačové programy, obrázky či kartičky se slovy. Pouze jeden respondent uvedl nabídnutí možnosti využít webové stránky či jazykolamy. Tyto pomůcky lze však považovat jako doplněk k terapii.

Otázka č. 7: *Jaké ve Vašem životě poté, co jste získal/a poruchu řečové komunikace (afázií), nastaly změny?*

Odpovědi na otázku č. 7:

Respondent A: Změna v každodenních činnostech, zvýšená únava, změna komunikace – déle trvalo vyjádření, změna člověka.

Respondent B: Změny v každodenních činnostech, změny v lidských hodnotách, v komunikaci, zvýšená unavitelnost, snížení motivace.

Respondent C: Zasažení psychické stránky, duševního klidu a motivace. Později však zlepšení a vzhledem k důchodovému věku oblíbené činnosti lze vykonávat i nadále (procházky, péče o zahradu, nákupy).

Vyhodnocení odpovědí:

Cílem sedmé otázky bylo zjistit, jaké změny nastaly v životě člověka poté, co byla jeho komunikační schopnost narušena. Nejčastěji respondenti uváděli, že změny zaznamenali v každodenních činnostech a samozřejmě v komunikaci. Pociťovali zvýšenou únavu a menší míru motivace. Obecně lze z odpovědí vyvodit, že u všech osob došlo v důsledku jejich vzniklé poruchy ke změnám psychickým a ke změnám celkového vnímání vlastní osoby.

Otázka č. 8: *Pocítil/a jste určité změny v oblasti Vaší psychiky (duševního prožívání) poté, co jste zjistil/a, že máte poruchu řečové komunikace? Jaké byly Vaše pocity?*

Odpovědi na otázku č. 8:

Respondent A: Určitě ano. Pocity nemluvnosti a pocit, že si nemůže říci co chce, jí velice unavoval a ubíralo na motivaci k jejímu zlepšení. Celková psychická vyčerpanost z vlastní poruchy řeči.

Respondent B: Ano, změny v psychice nastaly. Bylo a stále je náročné dorozumívání s lidmi, kteří nejsou z blízkého okolí či z rodiny.

Respondent C: Ano, psychika byla velmi zasažena. Neschopnost se vyjádřit maminku ubíjela a měla na sebe vztek, často plakala. Po čase došlo ke zlepšení a již se umí se situací vyrovnat. Pokud to nejde, přejde to a změní na jiné téma.

Vyhodnocení odpovědí:

Otázka č. 8 sledovala, jaké měly osoby s afázií pocity poté, co zjistily, že se u nich objevila porucha komunikace. Z analýzy odpovědí lze říci, že všechny osoby zaznamenaly změny v oblasti duševního vnímání. U osob se objevovaly nejčastěji pocity beznaděje, lítosti, vzteku, vyčerpanosti a únavy. Pocity nemluvnosti snižovaly jejich motivaci k „uzdravení“. Jeden respondent zmínil, že postupem času se s narušením komunikace lépe vyrovnává a snaží se přizpůsobit svým obtížím (resp. hledá jiná možná řešení).

Otázka č. 9: *V čem aktuálně vnímáte největší omezení vzniklá v důsledku Vaší poruchy komunikace?*

Odpovědi na otázku č. 9:

Respondent A: *Není tak samostatná jako dříve a je z ní celkově jiný člověk.*

Respondent B: *Potřeba pomoci od druhé osoby naprosto ve všech činnostech, aktivitách, ...*

Respondent C: *Smířila se se svou poruchou komunikace a s tím, že se nedokáže vyjádřit. Občas vnímám její psychickou slabost, ale snaží se nad situací povznést.*

Vyhodnocení odpovědí:

Ze získaných odpovědí na poslední otázku je možné vyvodit, že všechny osoby s afázií v tuto chvíli i nadále vnímají určitá omezení vzniklá v důsledku jejich poruchy komunikace. Respondenti uvedli, že pomoc druhé osoby je pro ně klíčová a zásadní. Jeden respondent uvedl, že se s poruchou již smířil, přesto však občasně pociťuje pocity slabosti a bezmocnosti. Další dva hovoří o nesamostatnosti a potřebě pomoci ve všech činnostech a aktivitách. Jeden respondent uvedl, že se z něj stal úplně jiný člověk.

4.7 Závěry výzkumného šetření

Hlavním cílem diplomové práce bylo zjistit, jak kliničtí logopedi postupují při logopedické intervenci u osob s poruchou řečové komunikace, konkrétně s poruchou individuálního jazykového systému, se zaměřením na diagnosticko-terapeutické působení od prvního setkání s pacientem, přes stanovení diagnózy až po fázi realizace samotné terapie.

V návaznosti na stanovení hlavního výzkumného cíle práce byly vymezeny tři cíle dílčí. V souvislosti s nimi pak bylo vytyčeno devět výzkumných otázek. Na základě provedeného výzkumného šetření, jež probíhalo ve dvou fázích, byla pomocí realizace rozhovorů s klinickými logopedy a realizace rozhovorů s osobami s afázií provedena prezentace získaných dat. Následně byly veškeré výsledky podrobeny analýze. V návaznosti na tyto postupy docházelo k naplňování dílčích cílů a výzkumných otázek.

DC1: *Analyzovat využívané materiály a testové baterie v kontextu diagnosticko-terapeutického procesu u osob s afázií ze strany klinického logopeda.*

K uskutečnění tohoto cíle slouží hned první otázka z rozhovoru s klinickými logopedy, která se dotazuje na používané diagnostické a terapeutické materiály při práci s osobami s afázií. Ze získaných odpovědí byl vytvořen souhrn klinickými logopedy užívaných materiálů v rámci diagnosticko-terapeutického procesu u afázie. Všechny odpovědi klinických logopedů byly v kapitole 4.6.1 přepsány, analyzovány a poté společně vyhodnoceny. **Na základě takto popsané metodice a díky získaným výsledkům lze první dílčí cíl pokládat za splněný.**

DC2: *Sledovat faktory podílející se na ovlivnění průběhu logopedické intervence u afázie z pohledu klinických logopedů.*

Faktory podílející se na ovlivnění průběhu logopedické intervence byly sledovány devátou otázkou v obecně rovině a současně pátou otázkou, která se dotazovala konkrétněji na faktory ovlivňující kvalitu a výsledek logopedické intervence z pohledu klinických logopedů. Z výsledků výzkumného šetření vyplynula skutečnost, že celkový zdravotní stav (např. přidružené nemoci, rozsah a lokalizace léze, schopnost mobility atd.) a psychický stav pacienta, se kterým souvisí i motivace pacienta a jeho pozitivní přístup k řešení problému, mají na logopedickou intervenci zásadní vliv. Současně se individuální vlastnosti afatika, jeho věk, míra unavitelnosti a schopnost koncentrace podílejí na celém průběhu diagnosticko-terapeutického procesu. Pro kvalitu a výsledek logopedické intervence je zásadní též kvalitní spolupráce rodiny a bezpochyby včasné zahájení logopedické péče. **Ze získaných výsledků lze tímto považovat druhý dílčí cíl za splněný.**

DC3: *Reflektovat zkušenosti osob s afázií s diagnosticko-terapeutickým procesem se zaměřením na psychické a sociální dopady vzniklé v důsledku získaného narušení řečové komunikace.*

Účelem třetího dílčího cíle bylo reflektovat zkušenosti osob trpících afázií s logopedickou intervencí se zaměřením na psychosociální důsledky afázie. Tento cíl byl naplňován pomocí realizace rozhovorů s osobami s afázií (pozn.: u všech případů ve spolupráci s blízkou osobou). Obecně lze říci, že osoby s afázií a jejich příbuzné osoby vnímají celkový proces logopedické intervence za vyhovující. Nabídka materiálů a pomůcek zapůjčených od klinických logopedů je různorodá a aktivity zadávané pro domácí trénink odpovídají požadavkům a možnostem klienta. Taktéž poskytování informací a kontaktů o jiných možnostech terapie lze považovat za variabilní, vyjma případu jednoho respondenta, kterému

žádné možnosti jiné podpůrné péče nabídnuty nebyly. Nutno podotknout, že žádný z dotazovaných pacientů na terapii již v současné době nedochází, avšak frekvence a délka trvání jedné návštěvy byla dle názorů považována za dostačující, stejně jako rady klinických logopedů, na co je potřeba se v rámci terapie zaměřit. Beznaděj, úzkost či vztek jsou pocity, které se objevují u všech osob po vzniku poruchy komunikace. Psychosociální dopady afázie pak pociťují všichni dotazovaní, stejně jako zvýšenou míru unavitelnosti a sníženou chuť ke komunikaci a tréninku. Co se spolupráce klinického logopeda a rodiny týče, u všech došlo k navázání kontaktu a k pravidelnému předávání informací o všech činnostech a aktivitách. Za největší omezení vzniklá v důsledku získané poruchy považují dotazované osoby nesamostatnost, resp. závislost na pomoci druhé osoby a nemožnost se dorozumět s okolím. V závěru lze tedy konstatovat, že vyjma nepatrných odchylek se osoby s afázií ve svých názorech na diagnosticko-terapeutický proces shodují a psychosociální důsledky plynoucí z jejich vzniklého onemocnění vnímají obdobně. Rozhovory jsou podrobněji rozepsány v kapitole 6.4.2, kde jsou následně komplexně vyhodnoceny. **Třetí dílčí cíl lze vyhodnotit jako splněný.**

Jelikož výzkumné otázky byly naplňovány pomocí uskutečněných rozhovorů s klinickými logopedy a rozhovorů s osobami s afázií a současně sloužily k naplnění dílčích cílů diplomové práce, které lze na základě vyhodnocení považovat za splněné, není nezbytné výzkumné otázky podrobovat další analýze a jednotlivě verifikovat jejich naplnění.

4.8 Doporučení pro praxi

Na základě výsledků získaných z výzkumného šetření prováděného pozorováním, realizací rozhovorů s vybranými klinickými logopedy a s osobami s afázií a studiem odborné literatury byla vytvořena doporučení pro logopedickou praxi, orientující se na diagnostické a terapeutické postupy při poskytování logopedické intervence osobám se získanou poruchou řečové komunikace (afázií) s ohledem na psychosociální dopady zmiňované poruchy:

- důležitou součástí diagnosticko-terapeutického procesu by měla být vždy spolupráce s rodinnými příslušníky afatika;
- pro domácí trénink je vhodné poskytovat osobám s afázií dostatečné množství různorodých materiálů, s kterými je potřeba seznámit i blízké osoby klienta;
- vytvořený terapeutický plán musí zohledňovat individuální zvláštnosti a specifika každého klienta a postupně, systematicky rozvíjet problematické oblasti;

- v průběhu diagnosticko-terapeutického procesu je nutné zohledňovat časové stádium poruchy a v důsledku toho přizpůsobovat aktivity aktuálnímu stavu pacienta;
- efektivita logopedické intervence spočívá ve včasnosti zahájení péče a její pravidelnosti;
- klientovi a rodině je potřeba poskytnout dostatek informací, týkajících se nejen zdravotního stavu pacienta, ale i dalších možností podpory;
- důležitost spočívá ve zohledňování věku, míry unavitelnosti a snížené schopnosti koncentrace klienta;
- k určení správné diagnózy a stanovení vhodných terapeutických postupů je potřeba využívat výsledky ze všech dostupných vyšetření;
- v rámci diagnostického a terapeutického působení je nutné sledovat i psychickou stránku klienta a uplatňovat tak individuální přístupy;
- žádoucí je poskytování možnosti výběru aktivit klientem, což vede k posilování pocitů samostatnosti;
- během diagnostiky a terapie je vhodné využívat různé druhy metod a přístupů, které je potřeba pro efektivitu práce vzájemně kombinovat;
- stěžejní je zajištění pozitivního náhledu rodiny a klienta na celkovou situaci a současně zvyšování motivace klienta;
- jedním z cílů logopedické intervence by měla být snaha o znovuzapojení jedince do společnosti a možnosti navazování kontaktu se svým okolím;
- nedílnou součástí procesu logopedické intervence je vstřícný, vlídný a lidský přístup ze strany logopeda.

Závěr

Nedílnou součástí diagnosticko-terapeutického procesu logopedické intervence je kvalifikovaný klinický logoped s dostatečnými odbornými znalostmi a zkušenostmi, disponující pochopením a schopností lidského přístupu. Jelikož je problematika afázie velmi komplikovaná, schopnost uplatňovat individuální přístupy by měla být součástí dovedností všech klinických logopedů. Stejně jako zohledňování faktu, že je afázie získanou poruchou komunikační schopnosti, vzniklou nejčastěji v dospělém a seniorském věku, a její vznik výrazně ovlivňuje duševní stránku jedince včetně vnímání vlastní identity. Přizpůsobení a volba odpovídajícího postupu tak hraje v rámci logopedické intervence afázie významnou roli a klinický logoped zde má své nezastupitelné místo.

Diplomová práce poskytuje informace získané výzkumným šetřením, týkající se diagnostických a terapeutických postupů využívaných klinickými logopedy při logopedické intervenci afázie. Vlastní text práce je členěn na teoretickou část se třemi hlavními kapitolami a část praktickou. V první kapitole teoretické části byla popsána teoretická východiska potřebná pro pochopení sledované problematiky. Kapitola se věnovala pojmu komunikace, propojení fungování mozku a řeči a období dospělosti a stáří. Její součástí bylo i nastínění metod logopedické intervence a koncepce logopedické péče v České republice. Druhá kapitola se zabývala celkovou problematikou afázie, jejímu vymezení, etiologii, symptomatologii a klasifikaci. Nezbytné bylo rovněž nastínit konkrétní logopedickou intervenci u osob s afázií. V souvislosti s problematikou psychosociálních dopadů afázie, jež byla sledována v rámci dílčího cíle, byla vytvořena kapitola třetí, sledující emocionální a sociální obtíže osob s afázií.

V prakticky orientované části diplomové práce bylo hlavním cílem zjistit, jaké diagnostické a terapeutické postupy volí vybraní kliničtí logopedi ve své praxi při logopedické intervenci afázie. Sledováno bylo jejich diagnosticko-terapeutické působení od prvního setkání s pacientem přes sestavení diagnózy až po realizaci terapie. V návaznosti na představený cíl práce byly vymezeny tři dílčí cíle a stanoveno devět výzkumných otázek. Vytyčených cílů bylo dosahováno pomocí provedeného výzkumného šetření, které bylo uskutečňováno prostřednictvím pozorování, studiem odborné literatury a realizací dvou typů rozhovorů. Rozhovory byly provedeny s šesti klinickými logopedy, kteří byli ochotni se výzkumného šetření účastnit a se třemi osobami s afázií, respektive s jejich blízkými osobami. Na základě prezentace všech získaných výsledků a jejich následné analýzy bylo vytyčených cílů dosaženo a poté zodpovězeno všech devět výzkumných otázek.

Z předkládaných výsledků výzkumného šetření je patrné, že logopedická intervence vychází z uplatňování různorodých individuálních přístupů a metod vycházejících z vlastních zkušeností klinického logopeda a spočívá v jejich vzájemné kombinaci dle individuálních potřeb klienta. Průběh diagnostiko-terapeutického působení je ovlivněn hned několika faktory - zdravotním a psychickým stavem pacienta, jeho motivací, pozitivním přístupem či včasností zahájení péče. S cílem zajištění kvalitní a účinné terapie je tedy při práci žádoucí patřičně zohledňovat všechny zmiňované oblasti.

Nedílnou součástí logopedické intervence je také zapojení rodiny a blízkých osob do celého tohoto procesu. Spolupráce napomáhá k efektivitě práce a současně tak umožňuje možnosti socializace klienta a s tím související jeho začlenění do většinové společnosti. Poskytnutím dostatku informací o aktuálním stavu blízké osoby a současné poučení rodiny o aktuálních potřebách blízké osoby může pomoci ke zvýšení motivace, pochopení a porozumění.

Z výsledků je také zřejmé, že afázie nezasahuje pouze řečové schopnosti a dovednosti, ale i psychické a sociální oblasti, a to nejen osoby s afázií, ale i její rodiny a blízkého okolí. Nesamostatnost a neschopnost verbálně se projevit může u člověka vést k sociální deprivaci a současně tak ke ztrátě oblíbených aktivit a chuti do života. Narušení psychického stavu provází všechny osoby s afázií a v rámci diagnosticko-terapeutického působení je potřeba této problematice věnovat dostatečnou míru pozornosti.

Vzhledem k aktuálnosti tématu byl ze získaných výsledků výzkumného šetření v závěru práce sestaven stručný přehled doporučení pro praxi, týkající se logopedické intervence afázie. Předkládaný souhrn může být přínosem pro klinické logopedy, osoby s afázií, popřípadě i pro jejich blízké, a sloužit pro lepší orientaci v dané problematice.

Seznam použitých zkratk

AAK	alternativní a augmentativní komunikace
ACER	Addenbrooke's Cognitive Examination Revised; Addenbrookský kognitivní test
AKL	asociace klinických logopedů
ARO	anesteziologicko-resuscitační oddělení
CMP	cévní mozková příhoda
CNS	centrální nervová soustava
DgAAA	Diagnostika afázie, alexie, agrafie
JIP	jednotka intenzivní péče
MAST	Mississippi Aphasia Screening Test
MMSE	Mini-Mental State Examination
NKS	narušená komunikační schopnost
VAFO	Vyšetření v akutní fázi onemocnění
VFF	Vyšetření fatických funkcí
WAB	Western Aphasia Battery
WHO	World Health Organization; Světová zdravotnická organizace

Seznam použitých zdrojů

Seznam literatury

- ALAJOUANINE, T. *L'Aphasie et le langage pathologique*. J.B Baillière et fils. Paris. 1968.
- AMBLER, Z. *Základy neurologie: učebnice pro lékařské fakulty*. Prah: Galén, 2006. ISBN 80-7262-433-4.
- EDELSBERGER, L. a kol. *Defektologický slovník*. 3. upravené vyd. Jinočany: H & H, 2000. ISBN 80-86022-76-5.
- ENGEL, G. L. *The need for a new medical model: A challenge for biomedicine*. *Psychodynamic Psychiatry*, 40(3), 377-396. 2012. Dostupné online: <https://doi.org/10.1521/pdps.2012.40.3.377>.
- BARTONÍČKOVÁ, V., DVOŘÁKOVÁ, A. *Cesta z mlčení: příběh o vůli překonat ztrátu řeči po cévní mozkové příhodě*. Praha: Portál, 2009. ISBN 978-80-7367-531-8.
- BENEŠOVÁ, M., PREISS M., KULIŠTÁK, P. *Neuroplasticita lidského mozku a její význam pro psychologii*. *Československá psychologie*, 2009. 53(1).
- BORBONUS, T., MAIHACK, V. *Sprachtherapeutische Aufgabenbereiche, Handlungsfelder und Organisationsformen*. In: *Lehrbuch der Sprachheilpädagogik und Logopädie*. Kohlhammer, Stuttgart. Berlin. Köln. 2000.
- BYTEŠNÍKOVÁ, I. (2010) *Systém poskytování logopedické intervence v ČR*. In PIPEKOVÁ, J a kol., *Kapitoly ze speciální pedagogiky*. 3., přepracované a rozšířené vydání. Brno: Paido, 2010. ISBN 80-7315-198-7.
- CALMAN, K. C. *Quality of life in cancer patients – an hypothesis*. *Journal of medical ethics*, 1984, 10 (3), s. 124-127. Dostupné online: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1374977/pdf/jmedeth00250-0014.pdf>.
- CSÉFALVAY, Z. (2011) *Terapie afázie*. In LECHTA, V. a kol. *Terapie narušené komunikační schopnosti*. 2. vyd. Praha: Portál, 2011. ISBN 978-80-7367-901-9.
- CSÉFALVAY, Z., KOŠTÁLOVÁ M. (2013) *Diagnostika afázie*. In CSÉFALVAY, Z., LECHTA, V. a kol., *Diagnostika narušené komunikační schopnosti u dospělých*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2013. ISBN 978-80-262-0364-3.
- CSÉFALVAY Z. (2014) *Komunikace s pacientem s neurodegenerativním onemocněním*. In RUSINA, R., MATĚJ, R. a kol. *Neurodegenerativní onemocnění*. Praha: Mladá fronta, 2014. Aeskulap. ISBN 978-80-204-3300-8.

CSÉFALVAY, Z., TRAUBNER, P. *Afaziológia pre klinickú prax*. Martin: Osveta, 1996. ISBN 80-217-0377-6.

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

CSÉFALVAY, Z., KOŠTÁLOVÁ M., KLIMEŠOVÁ M. *Diagnostika a terapie afázie, alexie, agrafie: (manuál)*. Praha: Asociace klinických logopedů ČR, 2002. ISBN 80-903312-0-3.

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

CVETKOVÁ, L. (1989) *Neurologická rehabilitácia – obnovovanie řeči*. In KONDÁŠ, O., KRATOCHVÍL, S., SYŘIŠŤOVÁ, E., a kol. *Psychoterapia a reedukácia*. Martin: Osveta, 1989. ISBN 9788021700147.

ČECHÁČKOVÁ, M. (2007) *Získané organické poruchy řečové komunikace*. In ŠKODOVÁ, E., JEDLIČKA, I. a kol. *Klinická logopedie*. 2., aktualiz. vyd. Praha: Portál, 2007. ISBN 978-80-7367-340-6.

DLOUHÁ, O., ČERNÝ, L. *Foniatrie*. Praha: Karolinum, 2012. ISBN 978-80-246-2048-0.

DVOŘÁK, J. *Logopedický slovník: terminologický a výkladový*. 3., upr. a rozš. vyd. Žďár nad Sázavou: Logopedické centrum, 2007. ISBN 978-80-902536-6-7.

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

FINE, C. a kol. *Mozek: průvodce po anatomii mozku a jeho funkcích*. Brno: Jota, 2009. ISBN 978-80-7217-686-1.

FOLSTEIN, M. F., FOLSTEIN S. E., MCHUGH, P. R. *Mini-Mental State. A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician*. Journal of psychiatric research, 1975. 12 (3), s. 189–198.

FUKANOVÁ, V. (2007) *Koncepce logopedické péče*. In ŠKODOVÁ, E., JEDLIČKA, I. a kol. *Klinická logopedie*. 2., aktualiz. vyd. Praha: Portál, 2007. ISBN 978-80-7367-340-6.

GAVORA, P. *Úvod do pedagogického výzkumu*. 2., rozš. české vyd. Přeložil Vladimír JŮVA, přeložil Vendula HLAVATÁ. Brno: Paido, 2010. ISBN 978-80-7315.

GULLONE, E., CUMMINS, R. *The Universality of Subjective Wellbeing Indicators: A Multi-disciplinary and Multi-National Perspective*. Dordrecht: Springer Netherlands. 2012. ISBN 978-94-010-3960-4.

- HADJ-MOUSSOVÁ, Z., DUPLINSKÝ, J. *Diagnostika: pedagogickopsychologické poradenství II*. Praha: Univerzita Karlova v Praze – Pedagogická fakulta, 2002. ISBN 80-7290-101-X.
- HARTL, P. *Kompendium pedagogické psychologie dospělých*. Praha: Karolinum, 1999. ISBN 80-7184-841-7.
- HARTL, P., HARTLOVÁ, H. *Psychologický slovník*. Portál, 2000. ISBN 80-7178-303-X.
- HARTL, P., HARTLOVÁ, H. *Velký psychologický slovník*. Praha: Portál, 2010. ISBN 978-80-7367-686-5.
- HELUS, Z. *Sociální psychologie pro pedagogy*. Praha: Grada, 2015. ISBN 978-80-247-4674-6.
- HENDL, J. *Kvalitativní výzkum: základní teorie, metody a aplikace*. Čtvrté, přepracované a rozšířené vydání. Praha: Portál, 2016. ISBN 978-80-262-0982-9.
- HEROUTOVÁ M. (2007) *Terapie afázie v širším kontextu*. In KLENKOVÁ, J. *Terapie v logopedii*. Brno: Masarykova univerzita, 2007. ISBN 978-80-210-4463-0.
- HERZIG, R. *Ischemické cévní mozkové příhody: průvodce ošetřujícího lékaře*. Praha: Maxdorf, 2014. ISBN 978-80-7345-373-2.
- HNILICA, K. *Diagnóza a věk moderují vztah mezi zdravím, emočním životem a spokojeností se životem*. Československá psychologie 2006, ročník L, číslo 6, str. 484-506.
- HODAČOVÁ, L. *Mozek, emoce a spokojený život*. Psychologie dnes 2007, ročník 13, číslo 2, str. 48-51.
- HRNČIAROVÁ, A. *Afázia: diagnostika, klasifikácia, terapia*. Bratislava: Kaligram, 2010. ISBN 978-80-8101-334-8.
- HUBER, W., SPRINGER, L., WILLMES, K. (1993) *Approachs to Aphasia Therapy in Aachen*. In HOLLAND, A. L., FORBES, M. M. *Aphasia Treatment*. Springer, Boston, MA. 1993. ISBN 978-0-412-57210-4.
- CHRÁSKA, M. *Metody pedagogického výzkumu: základy kvantitativního výzkumu*. 2., aktualizované vydání. Praha: Grada, 2016. Pedagogika (Grada). ISBN 978-80-247-5326-3.
- JANÁČKOVÁ, L., WEISS, P. *Komunikace ve zdravotnické péči*. Praha: Portál, 2008. ISBN 978-80-7367-477-9.
- JESENSKÝ, J. *Andragogika a gerontagogika handicapovaných*. Praha: Karolinum, 2000. ISBN 80-7184-823-9.
- JUNG, C. G. *Člověk a duše*. Praha: Academia, 1995. ISBN 80-200-0543-9.

KEJKLÍČKOVÁ, I. *Logopedie v ošetrovatelské praxi*. Praha: Grada, 2011. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-2835-3.

KIRSCHNER, H. S., ALEXANDER, M., LORCH, P. M., WERTZ, R. T. *Disorders of Speech and Language. Continuum Lifelong learning in Neurology*. Baltimore: Lippincott Williams and Wilkins 1999.

KLENKOVÁ, J. *Logopedie: narušení komunikační schopnosti, logopedická prevence, logopedická intervence v ČR, příklady z praxe*. Praha: Grada, 2006. Pedagogika (Grada). ISBN 80-247-1110-9.

KLENKOVÁ, J. *Terapie v logopedii*. Brno: Masarykova univerzita, 2007. ISBN 978-80-210-4463-0.

KOCUROVÁ, M. *Komunikační kompetence jako téma inkluzivní školy*. Pelhřimov: Aleš Čeněk, 2002. ISBN 80-86473-23-6.

KOPECKÁ, I. *Psychologie: Učebnice pro obor sociální činnost*. 1. Díl. Praha: Grada. 2011. ISBN 978-80-247-3875-8.

KOŠŤÁLOVÁ, M. (2004) *Logopedická intervence u geriatrických pacientů*. In KALVACH, Z. a kol. *Geriatrie a gerontologie*. Praha: Grada, 2004. ISBN 80-247-0548-6.

KOŠŤÁLOVÁ, M. (2007) *Vysoce automatizované formy řeči: možnosti jejich využití v intervenci neurogenních poruch řeči*. In CSÉFALVAY, Z. a kol. *Terapie afázie: teorie a případové studie*. Praha: Portál, 2007. ISBN 978-80-7367-316-1.

KOUKOLÍK, F. *Lidský mozek*. Praha: Portál, 2000. ISBN 80-7178-379.

KOUKOLÍK, F. *Lidský mozek: funkční systémy: norma a poruchy*. 2. aktualiz. a rozš. vyd. Praha: Portál, 2002. ISBN 80-7178-632-2.

KŘIVOHLAVÝ, J. *Psychologie nemoci*. Praha: Grada, 2002. Psyché (Grada). ISBN 8024701790.

KUČERA, D. *Moderní psychologie: hlavní obory a témata současné psychologické vědy*. Praha: Grada, 2013. ISBN 978-80-247-4621-0.

KULIŠŤÁK, P. *Neuropsychologie*. 2., aktualiz. a přeprac. vyd. Praha: Portál, 2011. ISBN 978-80-7367-891-3.

KULIŠŤÁK, P. a kol. *Afázie*. Vyd. 1. Praha: Triton, 1997. ISBN 80-85875-38-1.

KULIŠŤÁK, P. a kol. *Klinická neuropsychologie v praxi*. Praha: Univerzita Karlova, 2017. ISBN 978-80-246-3068-7.

LANGMEIER, J., KREJČÍŘOVÁ D., LANGMEIER, M. *Vývojová psychologie s úvodem do vývojové neurofyzologie*. Jinočany: H & H, 1998. ISBN 80-86022-37-4.

LANGMEIER, J., KREJČÍŘOVÁ, D. *Vývojová psychologie*. 2., aktualizované Vyd. Praha: Grada. 2006. ISBN 80-247-1284-9.

LECHTA, V. (2013) *Specifika diagnostiky narušené komunikační schopnosti u dospělých*. In CSÉFALVAY, Z., LECHTA, V. a kol. *Diagnostika narušené komunikační schopnosti u dospělých*. Praha: Portál, 2013. ISBN 978-80-262-0364-3.

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

LECHTA, V. a kol. *Terapie narušené komunikační schopnosti*. 2. vyd. Praha: Portál, 2011. ISBN 978-80-7367-901-9

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

MAEGELE, M., et al. *Multimodal early onset stimulation combined with enriched environment is associated with reduced CNS lesion volume and enhanced reversal of neuromotor dysfunction after traumatic brain injury in rats European*. Journal of Neuroscience. 2005, vol, 21, no. 9, s. 2406-2418.

MAREŠ, J., KŘIVOHLAVÝ, J. *Komunikace ve škole*. Brno: MU, 1995. ISBN 80-210-1070-3.

MARKOVÁ, J. (2007) *Neurolingvistické přístupy k terapii afázie na úrovni vět*. In CSÉFALVAY, Z. a kol. *Terapie afázie: teorie a případové studie*. Praha: Portál, 2007. ISBN 978-80-7367-316-1.

MARŠÁLEK, P. a kol. *Doporučení k organizaci systému zdravotně-sociální péče o pacienty po získaném poškození mozku*. Praha: Cerebrum, 2011. ISBN 978-80-904357-5-9.

MICHALÍK, J. a kol. *Zdravotní postižení a pomáhající profese*. Praha: Portál, 2011. ISBN 978-80-7367-859-3.

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

MILLOVÁ, K. (2016) *Mladá dospělost*. In BLATNÝ, M. *Psychologie celoživotního vývoje*. 2016. Praha: Univerzita Karlova, nakladatelství Karolinum. ISBN 978-80-246-3462-3.

MIMROVÁ, M. *Afázie jako logopedický fenomén*. In KULIŠTÁK, P. a kol. *Afázie*. Praha: Triton, 1997. ISBN 80-85875-38-1.

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

MLČÁKOVÁ, R. (2011) *Osoby s narušením komunikační schopnosti*. In MICHALÍK, J., a kol. *Zdravotní postižení a pomáhající profese*. Praha: Portál, 2011. ISBN 978-80-7367-859-3.

MUSILOVÁ, M. *Pedagogická diagnostika: cvičebnice*. Vyd. 1. Olomouc: Jiří Musil – Psychologická a výchovná poradna, 2012. ISBN 978-80-904822-4-1.

MÜHLPACHR, P., VAĐUROVÁ, H. *Kvalita života: teoretická a metodologická východiska*. Brno: Masarykova univerzita, 2005. ISBN 80-210-3754-7.

MYSLIVEČEK, J. *Základy neurověd. 2., rozš. a přeprac. vyd.* Praha: Triton, 2009. ISBN 978-80-7387-088-1.

NAKONEČNÝ, M. *Sociální psychologie*. Praha: Stanislav Juhaňák – Triton, 2020. ISBN 978-80-7553-842-0.

NEBUDOVÁ, J. (1997) *Cévní mozkové příhody*. In KULIŠŤÁK, P., a kol. *Afázie*. Vyd. 1. V Praze: Triton, 1997. ISBN 8085875381.

NEUBAUER, K. (2007) *Diagnostika v klinické logopedii*. In ŠKODOVÁ, E., JEDLIČKA, I. a kol. *Klinická logopedie. 2., aktualiz. vyd.* Praha: Portál, 2007. ISBN 978-80-7367-340-6.

NEUBAUER, K., PETRŽÍLKOVÁ, M. (2007) *Individuální psycholingvisticky orientovaná terapie afázie s užitím specializovaných počítačových programů*. In NEUBAUER, K. a kol. *Neurogenní poruchy komunikace u dospělých: diagnostika a terapie*. Praha: Portál, 2007. ISBN 978-80-7367-159-4.

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

NEUBAUER, K., DOBIAS, S. *Neurogeně podmíněné poruchy řečové komunikace a dysfagie*. Hradec Králové: Gaudeamus, 2014. Recenzované monografie. ISBN 978-80-7435-518-9.

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

NEUBAUEROVÁ, L. (2012) *Současné pojetí klinické logopedické péče v ČR*. In NEUBAUEROVÁ, L., JAVORSKÁ, M., NEUBAUER, K. *Ucelená rehabilitace osob s postižením centrální nervové soustavy*. Vyd. 2., upr. Hradec Králové: Gaudeamus, 2012. ISBN 9788074351747.

NEUBAUEROVÁ, L., JAVORSKÁ, M., NEUBAUER, K. *Ucelená rehabilitace osob s postižením centrální nervové soustavy*. Vyd. 2., upr. Hradec Králové: Gaudeamus, 2012. ISBN 9788074351747.

OBEREIGNERŮ, R. (2017) *Afázie*. In KULIŠŤÁK, P. a kol. *Klinická neuropsychologie v praxi*. Praha: Univerzita Karlova, 2017. ISBN 978-80-246-3068-7.

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

PALMER, S., PALMER J. B. *Soužití s partnerem po mrtvici: jak pečovat o partnera, o sebe i o váš vzájemný vztah*. Praha: Portál, 2013. Rádci pro zdraví. ISBN 978-80-262-0348-3.

PAPATHANASIOUS, I., COPPENS, P., POTAGAS, C. *Aphasia and related neurogenic communication disorders*. Burlington: Jones and Barlett Learning 2011. ISBN 9781284077315.

PAYNE, M. *Modern Social Work Theory*. 3. vydání. Chicago: Lyceum Books. 2005. ISBN 0-925065-83-8.

PEUTELSCHMIEDOVÁ, A. (2005) *Organizace logopedické péče*. In VITÁSKOVÁ, K., PEUTELSCHMIEDOVÁ, A. *Logopedie*. V Olomouci: Univerzita Palackého, 2005. ISBN 80-244-1088-5.

PIPEKOVÁ, J. a kol. *Kapitoly ze speciální pedagogiky*. 3., přepracované a rozšířené vydání. Brno: Paido, 2010. ISBN 80-7315-198-7.

PŘINOSILOVÁ, D. *Vybrané okruhy speciálně pedagogické diagnostiky a využití v praxi*. 1. vyd. Brno: Masarykova univerzita Brno, 1997. ISBN 80-210-1595-0.

PŘINOSILOVÁ, D. *Diagnostika ve speciální pedagogice: texty k distančnímu vzdělávání*. 2. vyd. Brno: Paido, 2007. ISBN 978-80-7315-157-7.

RUSINA, R., MATĚJ, R. a kol. *Neurodegenerativní onemocnění*. Praha: Mladá fronta, 2014. ISBN 978-80-204-3300-8.

ŘÍČAN, P. *Cesta životem: vývojová psychologie*. přepracované vydání. 3. vyd. Praha: Portál, 2014. ISBN 9788026207726.

SEIDL, Z. *Neurologie pro studium i praxi*. Praha: Grada Publishing, 2015. ISBN 978-80-247-5247-1.

SKALKOVÁ, J. *Úvod do metodologie a metod pedagogického výzkumu: Vysokoškolská učebnice pro studenty filozofických a pedagogických fakult*. Praha: Státní pedagogické nakladatelství, 1983. Učebnice pro vysoké školy (Státní pedagogické nakladatelství).

SKORUNKOVÁ, R. *Úvod do vývojové psychologie*. Vyd. 4. Hradec Králové: Gaudeamus, 2011. ISBN 978-80-7435-115-0.

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

ŠKODOVÁ, E., JEDLIČKA, I. a kol. *Klinická logopedie*. 2., aktualiz. vyd. Praha: Portál, 2007. ISBN 978-80-7367-340-6.

ŠLAPAL, R. *Vývojová neurologie pro speciální pedagogy*. Brno: Paido, 2007. ISBN 978-80-7315-160-7.

ŠVANCARA, J. *Životní dráha člověka v dospělosti a ve stáří*. In KURIC, J., *Ontogenetická psychologie*. 1986. Praha: Státní pedagogické nakladatelství.

ŠVARCOVÁ, I. *Základy pedagogiky*. Praha: Vydavatelství VŠCHT, 2005. ISBN 80-7080-573-0

ŠVARŘÍČEK, R. *Metody sběru dat: Zúčastněné pozorování*. In ŠVARŘÍČEK, R., ŠEĐOVÁ, K. a kol. *Kvalitativní výzkum v pedagogických vědách*. Vyd. 2. Praha: Portál, 2014. ISBN 978-80-262-0644-6.

THOMPSON, C. (2001) *Treatment of underlying forms: A linguistic specific approach for sentence production deficits in agrammatic aphasia*. In CHAPEY, R. *Language intervention strategies in aphasia and related neurogenic communication disorders*. Baltimore, Williams and Wilkis, 2001.

THOROVÁ, K. *Vývojová psychologie: proměny lidské psychiky od početí po smrt*. Praha: Portál, 2015. ISBN 978-80-262-0714-6.

VÁGNEROVÁ, M. *Vývojová psychologie: dětství, dospělost, stáří*. 1.vyd. Praha: Portál, 2000. ISBN 80-7178-308-0

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

VÁGNEROVÁ, M. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. Vyd. 4., rozš. a přeprac. Praha: Portál, 2008. ISBN 978-80-7367-414-4.

VITÁSKOVÁ, K., PEUTELSCHMIEDOVÁ A. *Logopedie*. V Olomouci: Univerzita Palackého, 2005. ISBN 80-244-1088-5.

VYMĚTAL, J. *Lékařská psychologie*. Praha: Portál, 2003. ISBN 80-7178-740-X.

VYMĚTAL, J. *Průvodce úspěšnou komunikací: efektivní komunikace v praxi*. Praha: Grada, 2008. Manažer. ISBN 978-80-247-2614-4.

WEILLER, C., RIJNTJES, M. *Leraning, plasticity, and recovery in the central nervous system*. *Exp Brain Res*. Springer Nature. s. 134–138. 1999.

Seznam internetových zdrojů

Disability and Rehabilitation Team, World Health Organization. 1999. *Promoting independence following a stroke: a guide for therapists and professionals working in primary health care*. Geneva: World Health Organization, [online]. [cit. dne 2021-01-07]. Dostupné z: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/42350>

PETRŽÍLKA, J., PETRŽÍLKOVÁ, M. 2019. *Mentio* [online]. [cit. 2021-01-07]. Dostupné z: <https://www.mentio.cz/>

World Health Organization. 2004. *Promoting Mental Health, concepts, emerging evidence, practice*. [online]. [cit. dne 2021-01-07]. ISBN 9241591595. Dostupné z: https://www.who.int/mental_health/evidence/en/promoting_mhh.pdf

Seznam legislativních pramenů

MŠMT (2009). *Metodické doporučení č.j. 14 712/2009-61 k zabezpečení logopedické péče ve školství* [online] [cit. dne 2019-01-18]. Dostupné z: http://www.spcjicin.cz/files/MT_Metodicke_doporuceni_logopedie.pdf

zákon č. 96/2004 Sb., o podmínkách získávání a uznávání způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povolání a k výkonu činnosti souvisejících s poskytováním zdravotní péče a o změně některých souvisejících zákonů (zákon o nelékařských zdravotnických povoláních) ve znění pozdějších předpisů [cit. 2021-01-05]. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2004-96>

zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách [cit. 2021-02-06]. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2006-108>

zákon č. 110/2019 Sb., o zpracování osobních údajů ve znění pozdějších předpisů [cit. 2021-02-06]. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2019-110>

Seznam příloh

Příloha č. 1: Záznamový arch pro osobní údaje – logoped

Příloha č. 2: Otázky pro rozhovor s klinickými logopedy

Příloha č. 3: Záznamový arch pro osobní údaje – afatik

Příloha č. 4: Otázky pro rozhovor s osobami s afázií

Příloha č. 1: Záznamový arch pro osobní údaje – logoped

Rozhovor č.:

Datum realizace:

Délka rozhovoru:

Údaje o respondentovi

Pohlaví:

Věk:

Délka praxe:

Místo působení:

Případné poznámky:

Příloha č. 2: Otázky pro rozhovor s klinickými logopedy

Otázky pro klinické logopedy

Diagnostické a terapeutické postupy v intervenci u osob s afázií

1. Uveďte diagnostické a terapeutické materiály, se kterými ve své praxi při problematice afázie pracujete.
2. Popište, jak probíhá diagnostický proces od Vašeho prvního setkání s pacientem s afázií.
3. Které diagnostické a terapeutické metody a přístupy ve své praxi při logopedické intervenci afázie využíváte?
4. Jak probíhá proces logopedické terapie? Buďte prosím konkrétní.
5. Které faktory podle Vás nejzásadněji ovlivňují kvalitu a výsledek logopedické intervence u osob s afázií?
6. Jaká je frekvence (pravidelnost) a intenzita (délka trvání) logopedické péče při lůžkovém oddělení? Jaká při ambulantní péči?
7. Jakým způsobem zohledňujete v rámci diagnostiky a terapie psychosociální dopady afázie na jedince?
8. Z jakých dalších vyšetření vycházíte pro potřeby stanovení diagnózy a volby vhodné terapie afázie?
9. Co zohledňujete a na co se zaměřujete při logopedické intervenci, tzn. co z Vašeho pohledu ovlivňuje diagnostiku a terapii?

Příloha č. 3: Záznamový arch pro osobní údaje – afatik

Rozhovor č.:

Datum realizace:

Odpovídá:

Údaje o respondentovi

Pohlaví:

Věk:

Doba vzniku afázie:

Typ afázie:

Stále probíhá ambulantní péče: ANO/NE ...

Případné poznámky:

Příloha č. 4: Otázky pro rozhovor s osobami s afázií

Otázky pro osoby s afázií (případně pro jejich blízké osoby)

Diagnostické a terapeutické postupy v intervenci u osob s afázií

1. Jak často nyní docházíte na terapii (tj. jak často navštěvujete Vašeho logopeda, případně on Vás)? Jaká je délka jednoho terapeutického (Vašeho) setkání? Vnímáte frekvenci i délku terapeutického setkání jako dostačující?
2. Jaké pomůcky a materiály Vám byly nabídnuty pro domácí trénink? Popřípadě uveďte, zda jsou Vám zadávány domácí úkoly nebo poskytovány rady, na které oblasti se máte zaměřit v rámci trénování samostatně?
3. Byla zahájena během logopedické péče (intervence) spolupráce s Vaší rodinou? Popřípadě jakým způsobem byla Vaše rodina/blízcí zapojena/i do logopedické péče?
4. Vnímáte nějaké nedostatky logopedické péče (diagnosticko-terapeutického procesu) v průběhu Vaší hospitalizace? Uveďte jaké.
5. Byly Vám v rámci logopedické péče (diagnosticko-terapeutického procesu) poskytnuty informace či nabídnuty přímo kontakty k možnosti využití i jiných služeb?
6. Jaké Vám byly nabídnuty pomůcky pro umožnění či usnadnění komunikace s okolím? (Např. komunikační kniha, obrázkový slovník, počítačové programy)
7. Jaké nastaly změny ve Vašem životě poté, co jste získal/a poruchu řečové komunikace (afázií)?
8. Pociťil/a jste určité změny v oblasti Vaší psychiky (duševního prožívání) poté, co jste zjistil/a, že máte poruchu řečové komunikace? Jaké byly Vaše pocity?
9. V čem aktuálně vnímáte největší omezení vzniklá v důsledku Vaší poruchy komunikace?