

# Obsah

<b>Úvod</b>	5
<b>1. Afázie, její etiologie a diagnostika</b>	6
1.1. Pojem afázie	6
1.2. Etiologie a symptomatologie afázie	7
1.2.1. Etiologie afázie	7
1.2.2. Symptomatologie afázie	8
1.3. Klasifikace a diagnostika afázie	9
1.3.1. Klasifikace afázie	10
1.3.2. Diagnostika afázie	13
1.3.2.1. <i>Diagnostické testy</i>	16
1.3.2.2. <i>Diferenciální diagnostika</i>	18
<b>2. Terapie afázie</b>	19
2.1. Terapie fatických poruch	19
2.1.1. Terapie afázie	19
2.1.1.1. <i>Systematická terapie</i>	22
2.1.1.2. <i>Skupinová terapie</i>	23
2.1.1.3. <i>Muzikoterapie</i>	24
2.1.2. Terapie agrafie a alexie	24
2.2. Prognóza afázie	25
2.3. Psychologická stránka afázie	26
<b>3. Logopedická intervence u afatiků v Domově důchodců</b>	27
3.1. Cíle a metody výzkumu	27
3.2. Stručná charakteristika výzkumného projektu	28
3.3. Výsledky výzkumu a jejich analýza	28
3.4. Závěry z výzkumu	34
<b>Závěr</b>	35
<b>Shrnutí</b>	36
<b>Summary</b>	36
<b>Použitá literatura</b>	37

## Úvod

Cílem této bakalářské práce by se mělo stát shrnutí dosavadních poznatků o afázii. V praktické části bych chtěla zjistit stanovisko zdravotních sester pracujících v Domově důchodců Nopova Brno - Židenice na logopedickou péči poskytovanou zdejšími afatikům.

První kapitola teoretické části by se měla věnovat afázii jako pojmu, její etiologii, symptomatologii, klasifikaci a diagnostice. Zejména by měla podat přehled různých klasifikací afázie a řady diagnostických testů. Do práce bude zahrnuta také diferenciální diagnostika.

Ve druhé kapitole bych se chtěla zaměřit na terapii afázie. Práce by se měla věnovat systematické terapii, skupinové terapii a muzikoterapii. Pozornost by měla být věnována i terapii alexie a agrafie, které úzce s afázií souvisí. Věnovat bych se chtěla také prognóze afázie. Zmínit bych se také chtěla o psychologické stránce afázie.

Třetí kapitola se bude týkat výzkumu stanoviska zdravotních sester pracujících v Domově důchodců Nopova. S logopedkou Mgr. Veselou docházíme za zdejšími afatiky. Ošetřující personál - zdravotní sestry byly požádány o to, aby s afatiky dle pokynů logopedky pravidelně cvičily. Podle některých afatiků však sestry nespolupracují v takové míře, jak o to byly požádány. Důvod, který mě vedl k uskutečnění tohoto výzkumu, je tedy zájem zjistit příčinu, proč sestry nespolupracují. Domnívám se, že logopedická intervence poskytovaná afatikům ve sledovaném Domově důchodců přidává sestrám práci navíc, kterou nejsou schopny vykonat s dostatečnou odbornou kvalifikací. Hypotézou tedy je, že postoj sester k poskytované intervenci je spíše negativní. Cílem výzkumu bude proto zjistit, jestli sestrám logopedická péče v Domově důchodců Nopova spíše přidává práci a shledávají ji negativní nebo ji naopak vítají jako zvýšení komfortu a péče pro klienty.

# 1 Afázie, její etiologie a diagnostika

## 1.1. Pojem afázie

Afázie je porucha řečové komunikace, která vzniká většinou náhle na základě ložiskového poškození mozku. Afázie patří do souboru vyšších kortikálních poruch, kam patří také agnozie, apraxie, alexie, agrafie, akalkulie, poruchy pravo-levé orientace, atd. (Čecháčková in Škodová, Jedlička a kol. 2003).

Afázie se projevuje především nemožností se srozumitelně vyjádřit pomocí verbální řeči, narušením schopnosti chápat signální význam slov, obtížemi s výběrem vhodných výrazů z mentálního slovníku, nedostatky při sestavování souvislých vět a zvláštnostmi v užívání gramatických kategorií. Tyto problémy jsou často doprovázeny poruchami v oblasti čtení, psaní, popřípadě apraxií (Neubauer 1997).

Afázie znamená ztrátu vyvinuté řeči, v praxi je však možné se setkat s pacienty, kteří mají řeč částečně zachovanou, nebo částečně funkci řeči obnovenou (Novák 1997).

Jelikož je v současné době předponou dys- označována vždy porucha vývojová, v afaziologii se setkáváme s termínem dětská afázie. Není zatím jiný vhodný termín vystihující tuto problematiku. V porovnání s dětskou dysfázií jde u dětské afázie vždy o získané postižení s lokalizovanou lézí (Čecháčková in Škodová, Jedlička a kol. 2003).

Cséfalvay (2003) uvádí, že afázii charakterizují tyto atributy. Jde o získané narušení komunikační schopnosti týkající se poruch symbolických procesů, které vzniká při ložiskových poškozeních mozku jako důsledek systémového vlivu mozkové léze na vyšší psychické funkce člověka.

## 1.2. Etiologie a symptomatologie afázie

### 1.2.1. Etiologie afázie

Porucha fatických funkcí vzniká na základě organické léze mozku. Poškození centrální nervové soustavy (CNS) může být ložiskové (ohraničené) nebo difuzní (rozptýlené). Sovák (1978) uvádí, že afázie vzniká na podkladě orgánového poškození mozkové tkáně dominantní hemisféry (Čecháčková in Škodová, Jedlička a kol. 2003).

Příčinou vzniku afázie bývají stavy po operacích mozkových nádorů, stavy po úrazech, ale především cévní mozkové příhody (Neubauer 1997).

Klinický obraz afázie záleží na lokalizaci léze. Rozlišujeme dvě základní skupiny. Cévní příhody hemoragické (krvácení) a cévní příhody ischemické (ischemický infarkt).

Nejčastější příčinou cévní příhody hemoragické je hypertenze (vysoký krevní tlak). Při prasknutí aneurysmatu (tepenná výduť) dochází ke krvácení do mozku. Také mozkový nádor se může projevit nejprve krvácením. Po úrazu hlavy může vzniknout hematom, který pokud je velký a nevstřebá se, utlačuje okolní tkáň. Krvácení může vzniknout v kterékoli oblasti mozku. Jsou ale oblasti, kde je výskyt krvácení častější. Je to především krvácení do bazálních ganglií, krvácení do mozkových laloků, mozkového kmene a mozečku. Dále intermeningeální (subarachnoideální) krvácení, což je výlev krve mezi mozkové pleny při prasknutí aneurysmatu.

Jsou známy tři příčiny cévní příhody ischemické. Za prvé je to systémová hypoperfuze, kdy je průtok krve snížen. Příčinou je snížení krevního tlaku či srdeční choroba. Druhou příčinou cévní příhody ischemické je trombóza mozkových cév, což je srážení krve v cévách, které se vyvíjí pozvolna; příčinou bývá arterioskleróza. Třetí příčinou je embolie. Jedná se o uzavření mozkové tepny uvolněnou krevní sraženinou. Na rozdíl od trombózy je průběh především v začátku rychlý, vmetek se může rozpadnout, anebo jeho částičky uzavřou drobnější cévy (Čecháčková in Škodová, Jedlička a kol. 2003).

Při zachování alespoň 10% průtoku krve postiženou oblastí dochází k funkčním poruchám, které se po odeznění postižení spontánně upravují. Mozková tkáň totiž zůstává

obnovy schopná. Ale po více než čtyřech minutách nulového zásobení krví vykazují postižené části mozkové tkáně známky nevratného poškození. Takto vzniklé poruchy přetrvávají a vyžadují speciální rehabilitační postupy pro obnovení porušených funkcí mozku (Neubauer 1997).

Mezi další příčiny afázie můžeme zahrnout úrazy a poranění mozku, mozkové nádory, zánětlivá onemocnění mozku, degenerativní onemocnění CNS a intoxikace mozku.

Zatímco komoče (otřes) mozku je jen krátká ztráta vědomí, která většinou fatickou poruchu nezpůsobí, kontuze (zhmoždění) mozku již mezi příčiny afázie zahrnout můžeme. Zhmoždění mozku může mít podobu středně těžkého poranění, kdy afázie bývá přítomna, mívá ale dobrou prognózu.

U mozkových nádorů (tumorů) nezáleží na jejich histologické povaze. Vliv má jeho lokalizace.

Původcem zánětu mozku (encefalitidy) je nejčastěji virus, jedná se většinou o akutně probíhající onemocnění postihující mozkovou tkáň.

Nejčastěji se vyskytující degenerativní onemocnění CNS je Alzheimerova nemoc. Začíná poruchami paměti a končí závažným postižením dalších kognitivních funkcí.

V poslední době se zvyšuje nárůst poškození mozku v souvislosti s užíváním drog a alkoholu, objevují se otravy CNS jedovatými plyny. Intoxikace má vliv na poruchy komunikace i deteriorizaci celé osobnosti (Čecháčková in Škodová, Jedlička a kol. 2003).

### **1.2.2. Symptomatologie afázie**

Kortikální poruchy zahrnují celý komplex symptomů.

Parafázie je základní charakteristický symptom u afázií. Jde o deformaci slov různého typu a stupně. Důležité je správně diagnostikovat typ parafázií a především akceptovat, v kterém stadiu onemocnění se vyskytují. Například pacient zpočátku vůbec nehovoří a po několika dnech se pokouší o produkci pomocí určitých slovních deformací, je vidět zlepšení. Ale pokud se mění kvalita parafázií na těžší stupeň, je nebezpečí progresu neurologického onemocnění, které afázii vyvolalo.

Jsou známy tři základní typy parafázií. Prvním typem parafázie je parafázie fonemická, dříve mnestická, kdy slovní tvar je deformovaný, ale obsahuje některé správné

prvky daného slova. Lze tedy porozumět jeho významu. Často se vyskytují záměny fonémů, odtud označení.

Při žargonové parafázii jde o těžkou slovní deformaci v takové míře, že slovům a tedy i celé produkované řeči nelze rozumět.

Pro sémantickou parafázii je typická náhrada slova, na které si pacient nemůže vzpomenout, slovem podobným anebo opsání významu daného pojmu.

Dalším symptomem afázie je parafrázie. Jde o sníženou schopnost až neschopnost větného vyjádření. Je charakteristická pro expresivní afázii. Stává se, že pacient má k dispozici pouze jediné slovo, které užívá v četných modulacích, je to tzv. slovní troska vyjadřující celou větu.

Poruchy rozumění, které jsou u afázií velmi častým průvodním jevem, nemusí být na první pohled rozpoznatelné. Jen málo afatiků má rozumění řeči neporušené. Tento fakt může být zavádějící při diagnostice, kdy pacient nemusí správně porozumět výzvě a tak může být hodnocení zkreslené. Podrobné prozkoumání rozumění je předpokladem pro další kroky ve vyšetření jedince s afázií.

Perseverace je ulpívání na předchozím podnětu i při dalších odpovědích.

Logorhea je symptom především percepční afázie, který se projevuje jako překotná rychlá mluva se sníženou srozumitelností pro velmi častý výskyt žargonových parafázií.

Neologismy jsou často se vyskytující chyby v gramatické stavbě slov, slabik i hlásek.

Součástí amnestické afázie bývá porucha pojmenování, anomie. Je to neschopnost označit adekvátním slovem předmět (Čecháčková in Škodová, Jedlička a kol. 2003).

### **1.3. Klasifikace a diagnostika afázie**

O afázii se vědělo poměrně hodně už v druhé polovině 19. století. První systematický popis afázie publikoval neurolog Paul Broca. Roku 1861 demonstroval lézi v levé posteriorní oblasti frontálního laloku u svého pacienta Tan-tan, kterého pojmenoval podle jediné slabiky, již dotyčný vyslovoval, a určil tak motorickou afázii.

Karl Wernicke zveřejnil v roce 1874 případ pacienta, který měl zejména poruchy porozumění mluvené řeči. Definoval tak další klasický typ, senzoryckou (percepční) fatickou poruchu.

Koncem 19. a začátkem 20. století se rozvinul velký zájem badatelů o typy řečových poškození a jejich klasifikace (Kulišťák 2003).

V současnosti je téměř nemožné podat kompletní přehled koncepcí a přístupů k chápání afázie. Definování afázie taktéž značně ovlivňuje úhel, z něhož se na tuto problematiku pohlíží. Z pohledu neurologie, neuropsychologie, psycholingvistiky, logopedie aj. (Cséfalvay in Lechta 2003).

### **1.3.1. Klasifikace afázie**

Do roviny třídění afázie se promítá názorová nejednotnost.

Podle názoru Caramazzy, Badeckera a Darleyho je symptomatologie afázie u každého pacienta natolik variabilní, že není možné její zatřídění do klinicky relevantních kategorií.

Na druhé straně Kertesz (1979) tvrdí, že většina afaziologů souhlasí s názorem, že fatické poruchy představují určitý komplex klinických obrazů, do něhož lze zařadit převážnou většinu afatiků. A právě ve velkém množství rozličných klasifikací se odráží skutečnost, že ještě nebyl vytvořen uspokojivý klasifikační systém. (Cséfalvay in Lechta 2003).

Systémů, které dělí projevy afázie do skupin, je celá řada. Reprezentují hlavní afaziologické školy a směry (Neubauer 1997).

Kaganová a Saling (1992) uvádějí charakteristiku různých klasifikačních přístupů ve třech bodech. Jako první bod uvádějí symptomově orientovaný přístup. Ten je typický pro ty klasifikační systémy, které konkrétní typy afázie charakterizují podle určitých lingvistických kritérií. Vychází z toho, že afázie je generalizovaná porucha řeči s různými variacemi poruch řečových modalit.

Druhým bodem je klasifikace typu afázie podle topiky léze. Tento klasifikační systém reprezentuje bostonská afaziologická škola.

Za třetí je to klasifikace typu afázie podle topiky léze prostřednictvím identifikace primárního defektu. Jde o Lurijův přístup podobný bostonské klasifikaci tím, že klade důraz na vztah mezi symptomem a různými oblastmi léze mozku. Liší se však v tom, že Lurija upozorňuje na fakt, že ložiskové poškození mozku rezultuje primární defekt, který se manifestuje typickou symptomatologií.

Klasifikaci, kterou reprezentuje bostonská afaziologická škola, položili základy již v 19. století Broca a Wernicke. Z původního označení jednotlivých typů afázií se příliš mnoho nezměnilo, ale změnil se podstatně jeho obsah. Jde o vnitřní diferenciaci afázie založenou na silných a slabých stránkách jednotlivých řečových modalit. To je pojmenování, fluence konverzační řeči, porozumění mluvené řeči a opakování. V tabulce podle Damasia (1992) je přehledný souhrn uvedených charakteristik základních řečových funkcí u jednotlivých řečových modalit. Amnestická afázie jako samostatný typ není v tabulce uvedena, autor považuje poruchy nominativní funkce za příznak, který je přítomen u všech typů afázie (Cséfalvay in Lechta 2003).

<b><u>Typ afázie</u></b>	<b><u>Spontánní řeč</u></b>	<b><u>Porozumění řeči</u></b>	<b><u>Opakování</u></b>
<b><i>Brocova</i></b>	nonfluentní	intaktní, resp. částeč. zachované	narušené
<b><i>Wernickeho</i></b>	fluentní, melodická, dobře artikulovaná	narušené	narušené
<b><i>Konduktivní</i></b>	fluentní, špatně artikulovaná	intaktní, resp. lehce narušené	narušené
<b><i>Globální</i></b>	chybějící, resp. nonfluentní	narušené	narušené
<b><i>Transkortikálně – motorická</i></b>	nonfluentní, explozivní	intaktní, resp. částeč. zachované	intaktní, resp. částeč. zachované
<b><i>Transkortikálně – senzorická</i></b>	fluentní	narušené	intaktní, resp. částeč. zachované

U Brocovy afázie je nejnápadnějším symptomem těžce utvářená mluva s četným výskytem parafrází i parafrází. Časté jsou tzv. opravné artikulační pokusy. Typické jsou agramatismy a nonfluentní projev, obtíže činí i opakování věty, v těžších případech i slova. Může se vyskytnout dysartrie.

Oproti tomu je mluva většinou fluentní u Wernickeho afázie, výrazně narušena nebývá ani artikulace. Vyskytují se ale neologismy, parafrázie, přítomna je logorhea. Nápadná je porucha rozumění smyslu a zvuku slova či věty.



Konduktivní (převodovou) afázií označoval Wernicke poruchu řeči, která vzniká lézí mezi motorickým a senzorickým centrem řeči. Potíže se objevují při opakování slov a vět, zatímco spontánní řečový projev je intaktní.

Amnestická (anomická) afázie představuje klinicky nejméně závažný typ afázie. Percepce řeči je neporušena, nonfluence řeči je způsobena hledáním správného výrazu.

S transkortikálními afáziemi je možné se v praxi setkat přechodně. Typickým znakem je schopnost opakovat slova, avšak často bez porozumění. U transkortikální motorické afázie je spontánní řeč značně narušena, je tvořena obtížně, je agramatická. Opakování a rozumění řeči zůstává dobré. Pro transkortikální senzorickou afázií je typické dobré zopakování věty, ale bez porozumění. Spontánní řeč je fluentní, lexie je nenarušena. Řeč je ale bezobsažná, čtení je bez porozumění.

Nejtěžším typem afázie je globální (totální) afázie. Spontánní řečová produkce je nulová, pacient nereaguje na mluvenou ani psanou řeč. S obrazem globální afázie je možné se setkat na jednotkách intenzivní péče. Po několika dnech by se globální afázie měla změnit v některý z předchozích typů. Pokud klinický obraz zůstává i za několik měsíců od počátečního stadia, jde o tzv. nezvratný afatický syndrom se špatnou prognózou (Čecháčková in Škodová, Jedlička a kol. 2003).

Klasifikace afázie, kterou popsal Lurija (1982), je založena na koncepci funkčních bloků a kortikálních zón mozku. Přístup je oproti jiným orientován i na definování primárního defektu. Tímto Lurija vysvětluje charakter symptomů vzniklých při lézích daných oblastí mozku.

V tabulce sestavené Kaganovou a Salingem (1992) na základě původních prací A. R. Lutriji je dělení afázií na základní dva typy. Za prvé to jsou afázie vznikající při lézích předních oblastí mozku. Sem patří dynamická afázie a eferentní motorická afázie. Druhým typem jsou afázie vzniklé při poškození zadních oblastí mozku. Jsou to aferentní motorická afázie, akusticko – mnestická, senzorická, sémantická a amnestická afázie (Cséfalvay in Lechta 2003).

<u>Typ afázie</u>	<u>Primární defekt</u>	<u>Kortikální oblast</u>	<u>Blok</u>	<u>Zóna</u>
<i>Dynamická</i>	iniciace řeči	frontální lalok	III	terciární
<i>Eferentní motorická</i>	porucha kinetické organizace	precentrální	III	sekundární
<i>Aferentní motorická</i>	porucha kinestetické aferentace	postcentrální	II	sekundární
<i>Senzorická</i>	porucha fonematické diferenciacie	horní zadní temporální	II	sekundární
<i>Akusticko-mnestická</i>	porucha sluchově řečové paměti	střední temporální	II	sekundární
<i>Ssémantická</i>	porucha simultánní syntézy inf.	TPO	II	terciární

### 1.3.2. Diagnostika afázie

I pro diagnostiku afázie je typické, že postup odráží koncepci a chápání poruchy. V diagnostice se střetávají dva přístupy. Mikulajová a Rafajdusová (1993) popisují v současné neuropsychologii východní a západní filosofii. Východní se orientuje převážně kvalitativně, zatímco pro západní je charakteristický psychometrický přístup. Podle některých autorů, např. Kaganová a Saling, 1992, se tyto dva přístupy v určitém slova smyslu navzájem vylučují. Snahu kvantifikovat testy, které se původně zakládají na kvalitativní analýze poruch, považují za omyl.

Každá afaziologická škola (může se dokonce říci že každé významnější afaziologické centrum) si vytvořila vlastní přístup, nebo alespoň modifikaci některých používaných testových baterií nebo testů. Můžeme vidět řadu nových testů, které odrážejí nové pohledy na danou problematiku. Můžeme také pozorovat značný posun orientace na pragmatickou rovinu komunikace.

Pro diagnostiku afázie je důležité, která otázka má být vyšetřením zodpovězena. Jestli pacient má či nemá afázii, jaká je míra této poruchy, které roviny řeči jsou narušeny apod. Podstatný je cíl, který se vyšetřením sleduje. A tím by mělo být získání dostatku informací

pro volbu adekvátní strategie terapie. Diagnostika by měla obsahovat kvantitativní i kvalitativní analýzu, ale měla by také hodnotit pragmatickou rovinu komunikace. Toto se však ještě nepodařilo dokonale skloubit, proto je pro komplexní diagnostiku nutné použití několika specifických testů nebo testových baterií.

Ve struktuře afaziologických testů, tj. v otázce, které oblasti řečové exprese a imprese se mají vyšetřovat, se většina autorů shoduje. Vyšetření řeči afatika by se tedy mělo zaměřovat na vyšetření a hodnocení spontánní řeči, porozumění řeči, opakování a pojmenování. Hodnocení je však kompletní teprve tehdy, zahrne-li se do diagnostiky také vyšetření psané formy řeči, tedy psaní a čtení a počítání (Cséfalvay in Lechta 2003).

Schopnost čtení a psaní by se měla vyšetřovat jako spontánní projev, psaní podle diktátu, opisování. Kalkulické schopnosti se vyšetřují od vyjmenování číslic až po složité početní úkoly. U vyšetřované osoby je vhodné vyšetřit také schopnost kresby. Nakonec je vhodné vyšetřit schopnosti praxe a schopnosti gnostické. Pro správné zhodnocení terapie se doporučuje provádět podrobnou diagnostiku s odstupem dvou až tří měsíců, v počátečních stádiích i častěji (Novák 1997).

Při vyšetření vyšších kortikálních funkcí je základním předpokladem empatie do pacientových pocitů. Vždy je potřeba dostatek ohleduplnosti a taktu. Je třeba akceptovat náhle vzniklou částečnou nebo i úplnou izolovanost od pacientova okolí. V některých případech je vhodné začít vyšetřením grafie. Je to tehdy, pokud pacient nemůže nebo se bojí hovořit. Tento postup pomůže pomoci navázat kontakt a zároveň získat informace o schopnosti pacienta porozumět instrukcím, o praxi apod. (Čecháčková in Škodová, Jedlička a kol. 2003).

Neubauer (1997) uvádí u diagnostiky afázie rozdělení na neuropsychologické a psychologické diagnostické metody, lingvistické diagnostické metody a logopedickou diagnostiku.

Ze široké škály neuropsychologických metod a testových baterií uvádí dvě komplexní testovací baterie, které jsou v našich podmínkách nejčastěji využívány. Je to Lurijovo neuropsychologické vyšetření a Neuropsychologická baterie Halstead – Reitan.

Lurijovo neuropsychologické vyšetření obsahuje předběžný rozhovor s pacientem o jeho schopnostech orientace, vzdělání, postojích, potížích a také dalších jedenáct testů, které jsou rozděleny do dvou až čtyř subtestů. Jsou zaměřeny na oblasti vyšetření dominance mozkové hemisféry, motorické funkce, akusticko – motorickou koordinaci, vyšetření vyšších

zrakových funkcí, expresivní i impresivní řeči, psaní, čtení, počítání, paměti a intelektových funkcí. Provedení testu trvá okolo dvou a půl hodiny a nejdůležitější částí je stanovení neuropsychologického deficitu a pravděpodobné lokalizace léze CNS, která jej způsobuje. Výsledky není možné zpracovat psychometricky. Golden a kol. v roce 1979 sestavili testovou baterii Lurija – Nebraska Neuropsychological Battery umožňující zpracování výsledků psychometricky. Je využívána především v USA.

V roce 1991 publikovali Preiss a Hynek překlad do češtiny testové baterie, která je jako základní používaná v anglické jazykové oblasti, neuropsychologické baterie Halstead – Reitan. Baterie obsahuje testy měřící vstupy do CNS, míru pozornosti, koncentrace paměti, verbální schopnosti, prostorové, sekvenční a manipulační dovednosti, schopnosti abstrakce, dedukce, logické analýzy atd. Součástí je také vyšetření inteligence Wechslerovou intelektovou škálou a dotazník zaměřený na vyšetření osobnosti. Provedení trvá dvě až tři hodiny.

Psychologické testové metody jsou užívány jako součást komplexních neuropsychologických a jazykových diagnostických metod proto, že jsou nepostradatelné pro jasné definování intelektové úrovně a paměťových schopností vyšetřované osoby.

Dalším důležitým směrem v diagnostice afázie jsou zkoušky zaměřené na oblast pragmatického využití komunikace v životních situacích, jsou to lingvistické diagnostické metody. Snaží se zobrazit jazykové schopnosti osoby v běžných situacích a definovat oblasti jejich možného rozvoje a stimulace. Jsou to Profilig Linguistic Disability a Communicative Abilities in Daily Living (CADL).

Logopedická diagnostika afázií je diagnostikou terapeutickou. To znamená, že slouží ke stanovení počátku a plánu přiměřené logopedické péče. Opírá se o výsledky lékařských a psychologických vyšetření. Logopedická diagnostika by měla plnit některé základní úkoly. Je to především navázání pozitivního kontaktu s vyšetřovanou osobou, vytvořit tak pocit vzájemné důvěry. Dále provést podle možností a stavu pacienta vyšetření, v těžkém postakutním stadiu vyšetření alespoň orientační, a později, dovoluje-li to stav pacienta, provést vyšetření podrobné. Měla by definovat typ afázie a stupeň postižení řečové komunikace, stanovit plán terapeutického působení a iniciovat působení dalších odborníků a případná další odborná vyšetření. V neposlední řadě je důležité motivovat ošetřující personál a rodinu ke spolupráci.

Kritéria, která mají splňovat komplexní testy afázie, shrnul Kertesz (1988). Podle něj mají testy afázie detekovat každou narušenou modalitu řeči a obsahovat subtesty ke spolehlivé diferenciaci jednotlivých typů afázie. Měly by být administrovatelné při jednom sezení a mají měřit i úspěšnost komunikace v reálných situacích.

V anglické jazykové oblasti, zejména v USA a Kanadě, se v posledních letech rozšířily podrobně strukturované testy afázie. Jsou používány logopedi, psychology, lingvisty a lékaři nejen v klinické praxi, ale i k výzkumným účelům (Cséfalvay in Lechta 2003).

### *1.3.2.1. Diagnostické testy*

Jedna ze zakladatelek americké afaziologie H. Schuellová je autorkou testové baterie Minnesota Test for Differential Diagnosis of Aphasia (MTDDA). Test se zaměřuje na zjištění silných a slabých článků jazykových funkcí ve všech jeho modalitách a na získání co nejpřesnějších informací pro výběr adekvátní terapie. Konstrukci testové baterie ovlivnilo autorčino chápání afázie, test se nezaměřuje na diferenciální diagnostiku jednotlivých typů. Je to jedna z nejrozsáhlejších testových baterií afázie vůbec. Tvoří ji 595 položek zařazených do šesti částí, které hodnotí auditivní poruchy, vizuální a čtecí poruchy, řečové a jazykové poruchy, vizuomotorické poruchy a poruchy psaní, numerické a aritmetické poruchy a orientaci na vlastním těle.

V testu Porch Index of Communication Ability (PICA) jsou použity předměty denní potřeby, jako jsou cigareta, hřeben, vidlička, klíče, nůž, zápalky, pero, tužka, mince a kartáček na zuby, které jsou rozloženy na stole. Test má 18 subtestů, které nejsou tříděny dle jazykových modalit. Úlohy jsou řazeny od nejtěžších po nejlehčí, což je naopak než ve většině ostatních testů. Test je hodnocen 16 bodovou škálou, která podle autora respektuje míru správnosti citlivěji než hodnocení typu plus/minus. Jako negativum testu uvádí Kertesz (1979) fakt, že PICA neobsahuje vyšetření spontánní řeči.

Boston Diagnostic Aphasia Examination (BDAE) je test, který publikovali Goodglas a Kaplanová (1972) jako diagnostický test bostonské afaziologické školy. I když do dnešní doby vyšlo už několik revidovaných vydání BDAE, jeho základní rysy se ani po revizích podstatě nezměnily. Metoda se zaměřuje především na identifikaci klinických syndromů afázie, popis a strategii chování pacienta. Test lze administrovat za jednu až tři hodiny. Úvodní konverzační rozhovor a spontánní řeč pacientů se hodnotí jednoduchou stupnicí,

škálou míry afázie. Ostatní části testu se zaznamenávají ve škálovém profilu řečových charakteristik. Tyto části se týkají porozumění mluvené řeči, motoriky artikulačních orgánů, produkce automatických řad, recitace a zpěvu známé písně, reprodukce rytmu, opakování slov a vět, čtení slov i delších vět, krátkých odpovědí, pojmenování, vyšetření porozumění psané řeči a vyšetření psaní. V manuálu testu jsou uvedeny typické profily řečových charakteristik pro jednotlivé typy afázií.

Autorem testové baterie Western Aphasia Battery (WAB) je A. Kertesz. Test se skládá z částí, v nichž se vyšetřuje spontánní řeč, porozumění řeči, pojmenování, opakování, psaní, čtení, praxie, kalkule a konstrukční schopnosti. Tato baterie je svou podstatou, skladbou i cíli velmi podobná BDAE. Rozdíl spočívá ve způsobu kvantifikace. Jde o sumární skóre, které se skládá z kvocientu afázie (AQ), jazykového kvocientu (LQ) a indexu kortikálního poškození (CQ). Tím se stává pro odborníky velmi atraktivním, byl přeložen do řady jazyků. Základem pro vypočítání AQ je skóre získané ze subtestů spontánní řeči, porozumění řeči, opakování a pojmenování. Při standardizaci autor zjistil, že výkon normální populace se pohybuje od 93,7 do 100 bodů, kdy maximum možných získaných bodů v prvních čtyřech částech je 100 bodů. Z toho plyne, že hranice určující afatiky od neafatiků je právě 93,7 bodu. Jednotlivé typy afázie lze určit podle získaného skóre. Klasifikace je velmi jednoduchá, v každém subtestu je totiž možné získat pouze 10 bodů a tak už i při pohledu na skóre v jednotlivých modalitách řeči lze určit typ afázie.

V roce 1962 vyvolal mezi afaziology velký ohlas Token test, který publikovali italští neuropsychologové De Renzi a Vignolo. V době publikování testu se používaly rozsáhlé testové baterie a jednodimenziálnost testu proto vyvolala odmítavé reakce. Původní verze obsahovala více než 100 instrukcí a byla jí kromě jiného vytýkána i časová náročnost (Cséfalvay in Lechta 2003).

V současnosti se jeví jako vhodnější využívání revidované zkrácené formy testu, poprvé uveřejněné v roce 1978. Tato verze obsahuje 36 vybraných položek. Intaktní výkon v položce se hodnotí jedním bodem, při opakování instrukce půl bodem. Maximální počet bodů je tedy 36 a je upravován podle korelační tabulky podle vzdělání vyšetřované osoby. Provedení testu je založeno na manipulaci s geometrickými obrazy různého tvaru, barvy a velikosti. K úspěšnému vyřešení úkolu je potřeba přesné pochopení všech slov v pokynech terapeuta. Pacient však nesmí vykazovat gnostické potíže v rozpoznávání barev a tvarů. Pokyny obsahují pojmenování obrazců, slovesa, příslovečná určení především místa a prostorové vztahy mezi obrazci („Dejte modrý kruh pod bílý čtverec.“). Provedení trvá zhruba

20 až 30 minut a test je v současné době oblíbeným diagnostickým vodítkem mnoha českých klinických logopedů na doplnění komplexní diagnostiky afázie (Neubauer 1997).

### ***1.3.2.2. Diferenciální diagnostika***

Nejčastější chybou z neznalosti je záměna afázie a dysartrie. U dysartrie nebývají porušeny fatické funkce jako je grafie, lexie, kalkule, gnozie atd. Lze sice najít porušení grafomotoriky, což se projevuje například třesem, ale nikoli grafie, která znamená změnu kvality obsahu psaného textu. U dysartrie také není narušeno porozumění řeči, nikdy se nevyskytují parafázie a mluva je i přes poruchu mluvní motoriky, fonace a respirace plynulá.

S globální nebo percepční afázií lze zaměnit různé typy apraxií. Neadekvátní provedení úkolu není způsobeno neporozuměním.

Podobně u agnózií. Pacientova nulová reakce není zapříčiněna afázií, ale neschopností rozpoznat daný předmět (Čecháčková in Škodová, Jedlička a kol. 2003).

## **2 Terapie afázie**

### **2.1. Terapie fatických poruch**

Tragické události 20. století, především první i druhá světová válka, přinesly kromě jiného i velký počet pacientů s lokálním poškozením mozku, tudíž i lidí se ztrátou schopnosti komunikovat. To vedlo k rozvoji zájmu o poskytnutí terapie osobám s fatickými poruchami. Po druhé světové válce vznikla po světě centra, ze kterých se později vyvinuly jednotlivé afaziologické školy. Bylo to především v USA, tehdejším Sovětském svazu a Německu.

Rozvoj terapie významně ovlivnil i fakt, že se do péče o afatiky zapojili logopedi, neuropsychologové, psycholingvisté apod.

Jak u diagnostiky fatických poruch tak i u jejich terapie se pohled měnil vždy v závislosti na autorovi dané koncepce (Cséfalvay in Lechta 2005).

#### **2.1.1 Terapie afázie**

Pro aktivity terapeuta za účelem obnovení komunikačních schopností u pacienta s afázií bývají používány termíny jako reedukace, cvičná léčba, rehabilitace řeči, logopedická terapie nebo jen terapie afázie. Terapie afázie by měla být systematická, strukturovaná, adaptovaná a intenzivní.

V akutní fázi, zejména na jednotkách intenzivní péče, je terapie intenzivnější a je prováděna individuálně. Je zaměřena na restituci fatické poruchy. Důraz je také kladen na psychickou stabilitu pacienta.

Terapie afázie v chronickém stadiu je zaměřena více na obnovu sociálních kontaktů. Zde je možné kombinovat individuální a skupinovou terapii (Čecháčková in Škodová, Jedlička a kol. 2003).

Odborníci, především kliničtí logopedi, si kladou otázku, zda-li terapie, kterou u určitého pacienta s afázií realizují, je účinná, kdy s terapií afatika začít a jak dlouho má terapie trvat. Dále které intervenční techniky jsou neúčinnější a které u konkrétního pacienta



využívat. Z hlediska pacienta je však zřejmě nejdůležitější, bude-li po terapii schopen zůžítkovat získané zručnosti i mimo laboratorní podmínky logopedovy ordinace (Cséfalvay in Lechta 2005).

Neubauer (1997) uvádí, že základem pro efektivní terapii fatických funkcí jsou především poznatky tří afaziologických terapeutických směrů. Jsou to Lurijova neuropsychologická koncepce, anglo-americká terapeutická koncepce Aphasia Therapy a česká logopedická metodika terapie afázie.

Základním východiskem Lurijovy neuropsychologické školy je akceptování skutečnosti, že řeč při afázii je obnovitelná jen prostřednictvím speciálního, správně organizovaného, obnovovacího restitučního učení. U reedukace tedy jde o přestrukturování funkčních systémů metodou obnovovacího učení. Základním úkolem tohoto obnovovacího učení je obnovit řeč jako psychickou funkci a neadaptovat pacienta na řečovou poruchu, obnovit komunikaci jako celek, nikoli jen izolované konkrétní senzomotorické operace, neobnovovat jen jednotlivé aspekty řeči, ale její komunikativní funkci. Dále je úkolem vrátit pacienta do normálního sociálního prostředí bez zjednodušování podmínek, zaměřit se tedy na dosažení praktických výsledků v maximální možné míře.

Při terapii jednotlivých typů afázie by měla být prvním krokem podrobná diagnostika, která určí typ obtíží a jejich příčinu (Neubauer 1997).

V posledních letech odborníkům pomáhají moderní zobrazovací techniky používané ve výzkumech mozku. Jsou to pozitronová emisní tomografie (PET), funkční magnetická rezonance (fMRI) a regionální průtok krve mozkiem (rCBF). Nové výzkumy ukazují, že neuronální síť CNS mají i v dospělosti značnou plastičnost, která může být podporována fyziologickou manipulací (Cséfalvay in Lechta 2005).

Podle Lurijovy neuropsychologické koncepce hraje dominantní úlohu při výběru terapeutických metod typ afázie.

Hlavním úkolem u eferentní motorické afázie je překonat patologickou inertnost, potlačit, nejlépe odstranit perseverace a obnovit plynulost řeči. Využívá se převod řeči na volní úroveň metodou opakování a doplňování slovních řad, dokončováním vět, a podpora sloves ve významovém kontextu. Důraz je kladen na prozódii a tempo projevu. Využívá se též cílené komentování činností a dějů na obrázcích.

U aferentní motorické afázie je prvotním úkolem odtlumení řeči a odvedení pozornosti od artikulace a snah o její opravování. Po této fázi však nutně musí následovat zvukově – artikulační analýza jednotlivých artikulačních celků. Při terapii je využíváno automatizovaných forem projevu jako je zpěv, recitace, pozdravy, řady čísel. Dále to jsou rytmicko – intonační cvičení projevu s vyklepáváním rytmu, artikulace s napodobením u zrcadla. Práce se slovním pojmem jako východiskem pro obnovení pojmové stavby, práce s větami jako přirozeným pojmovým systémem. Překonání dysgramatismů a dalších poruch jazykové stavby projevu.

Pro dynamickou afázii je typické selhávání ve spontánní řeči, u které nestačí využití stereotypních a šablonovitých vět. Prvotním úkolem je tedy překonání poruch vnitřní řeči, jejího plánování a programování. Pro to se využívá obnovování slovníku, rytmicko – intonační cvičení vět, dokončování vět a sestavení řad vět v dějové linii.

U percepční afázie se vychází od globálního pochopení kontextu, poznávání jednotlivých pojmů, po práci s aktivním řečovým projevem. Dosáhne se toho potlačením neproduktivní řeči, pochopením kontextu vyprávěného a výběrem obrázku k ději. Důležité jsou činnosti na základě slovní instrukce, magnetofonové nahrávky s opravováním chyb v projevu a nakonec tvorba koherentního projevu na základě řady obrázků, textu či vyprávění.

Cílem u amnestické afázie je rozšíření aktivního slovníku a obnova předmětných obrazů slov. Využívá se fonemických nápovědí a dokončování vět.

Afází, pro níž jsou typické problémy plynoucí z poruch operativní verbálně – akustické paměti a gnostických zrakových představ, je akusticko – amnestická afázie. Cílem je tedy obnova těchto zrakových představ a jejich vztahu k předmětům, využívá se třídění předmětů, jejich kategorizace, analýza a syntéza slovních celků, pojmenovávání.

Jelikož se u sémantické afázie obtíže týkají prostorového vnímání, pravolevé orientace a poruch vztahů mezi předměty i slovy, terapie je zaměřena na práci s geometrickými obrázky, orientací na těle. Důležité je pochopení gramatických tvarů slov a tvorba gramaticky správných vět, pochopení funkce předložek, vytváření pojmových skupin. Snahou je, aby afatik pochopil logicko – gramatickou strukturu řeči.

Anglo – americká Aphasia Therapy vychází především z neurologických a neurolingvistických poznatků a dělení afázie. Vytváří u každého pacienta individuální plán práce, který vychází ze stanovené úrovně jazykových poruch. Upřednostňuje a sledává efektivnější individuální terapii oproti skupinovým formám. Terapii netvoří jako reedukační proces, ale pokouší se o zlepšení, reorganizaci a maximalizaci výkonnosti porušeného

jazykového systému. Jde tedy o učení jazykovým vzorům, pro těžce postižené pacienty se snaží vytvořit systém alternativní a augmentativní komunikace i neverbálními prostředky.

Třetím afaziologický terapeutickým směrem je česká logopedická metodika terapie afázií. Jsou to efektivní a prakticky osvědčené formy terapie afatiků v našich podmínkách. Důraz je kladen na obnovování všech součástí složek řečové komunikace, kdy se vychází z přirozených jazykových pojmových prvků. Cílem terapie je snaha využít vzájemného kladného působení jednotlivých složek řečové komunikace a přiblížit k sobě úroveň mluveného projevu, rozumění, čtení a psaní. Využívá se obrazový a názorný materiál, který vychází z frekventované slovně – pojmové zásoby (Neubauer 1997).

#### ***2.1.1.1. Systematická terapie***

Terapie afázie by měla být dlouhodobá a cílená. Měla by být zachována kontinuita od počátečního ošetření v akutním stadiu až do období stabilizace. V průběhu hospitalizace v akutním stadiu je potřeba poskytnout nejen kvalitní terapii, ale také zajistit návaznost péče pro období po ukončení pobytu ve zdravotnickém zařízení.

Reedukace řeči je ovlivňována následujícími faktory. Prvním faktorem je rozsah a lokalizace mozkové léze a z toho vyplývající typ a stupeň fatické poruchy. Další faktor je socioekonomický status pacienta, někdy se sem zahrnuje i věk. A nakonec velice důležitým faktorem je časové stadium poruchy. Je třeba vědět, zda-li je stadium akutní, následné, stabilizované nebo chronické.

Akutní stadium afázie se vyskytuje především u pacientů na jednotkách intenzivní péče při neurologii. Zde se afatik většinou již druhý den po vzniku cévní mozkové příhody dostává do péče logopeda. S pacientem lze ale začít pracovat teprve tehdy, jsou-li neporušeny vitální funkce a pacient je neurologicky vyšetřen. Pacienti s poškozením mozku vlivem tumoru se do péče logopeda dostávají většinou až po jeho odstranění a reedukace může probíhat během onkologické léčby. V raných fázích onemocnění se doporučuje také psychoterapie. V posledních letech se k nám dostávají prvky tzv. body therapy, léčby těla. Ta spočívá ve využití taktilních podnětů. Lze tak současně s cíleným slovním doprovodem stimulovat určité lokality těla. Zejména u velmi těžkých postiženích je to jedna z cest podpůrné stimulace. Důležitým faktorem je mentální spoluúčast terapeuta, nejde jen o

mechanickou rehabilitaci. Určitá zkušenost terapeuta je také potřebná pro překonání bariéry, která může být způsobena nekontaktností pacienta.

Podle kvalitativní i kvantitativní poruchy vědomí lze pacienty v akutním stadiu rozdělit do tří skupin.

Do skupiny A patří pacienti komatózní a soporózní. Jsou to nejtěžší pacienti, u kterých se doporučují taktilní podněty na končetiny s patřičnou slovní stimulací, ale i na oblasti kraniální a sakrální, které jsou významné z hlediska ontogeneze.

Do skupiny B patří pacienti somnolentní, u nichž se dá využít předchozí metoda, ale také dechová cvičení. Důležité je, aby si pacient uvědomoval své tělo v prostoru. Je podněcován verbálně i doteky. Správné dýchání je velmi důležité, nejen pro pacienty po cévních mozkových příhodách.

Skupinu C tvoří pacienti s adekvátní odezvou na mluvní podnět či dotek. Tato skupina vylučuje komatózní, soporózní a somnolentní stavy.

Logoped by si měl uvědomovat specifčnost práce s dospělým a její odlišnost od práce s dítětem. A přestože afatik může v některých projevech dítě připomínat, je nepřípustné chovat se k dospělému pacientovi jako k dítěti.

Terapie afázie v chronickém stadiu je dlouhodobou záležitostí. Je třeba stanovit si reálné cíle. Forma terapeutických sezení se volí jak podle potřeb afatika, tak i podle potřeb terapeuta.

V chronickém stadiu lze volit terapii individuální nebo skupinovou (Čecháčková in Škodová, Jedlička a kol. 2003).

### ***2.1.1.2. Skupinová terapie***

Navzdory tomu, že v historii terapie afázie převládala individuální terapie, v poslední době je znát výrazný posun směrem k terapii skupinové. Pragmaticky orientované terapie se totiž nejlépe realizují ve skupině. Důležitý je také fakt, že ve skupině se pacient s afázií necítí tak izolovaně. Sociální izolovanost jako důsledek afázie se tak stává menší.

Skupinová terapie přirozeným způsobem stimuluje interakci mezi členy skupiny, iniciuje komunikaci. Nabízí také mnohem větší množství komunikačních partnerů než při individuální terapii. Někteří odborníci také poukazují na finanční hledisko, skupinová terapie je finančně výhodnější.

Afatici mají často strach z některých situací, do kterých se během dne mohou dostat. Nakupování, návštěva lékaře, vyřizování na úřadech apod. může vyvolávat strach. Tenzi lze snížit tím, že se tyto předpokládané interakce mohou nacvičit ve skupině. Dále diskuse ve skupině přirozeně stimuluje její členy k zapojení se do argumentace a vyjádření svého názoru. Možné je také využití speciálně upravených společenských her pro podporu komunikace především u těžších stupňů afázie. Pokud se afatik soustředí na pravidla hry, má často menší potíže při vyjádření se, protože veškerá pozornost se nesoustřeďuje na řeč. Platí to i pro pacienty s globální afázií.

Kromě skupin pro afatiky je též vhodné vytvářet skupiny pro jejich rodinné příslušníky, jsou to tzv. podpůrné skupiny. Jejich cílem je přiblížení informací o afázii a efektivního způsobu komunikování příbuzným afatika (Cséfalvay in Lechta 2005).

### **2.1.1.3. Muzikoterapie**

Užití hudby se osvědčilo nejen jako prostředek na odstranění únavy, ale také jako prostředek utišující a zklidňující.

Dobré výsledky užití receptivní muzikoterapie se ukazují u pacientů s dysartrií. Stejně je to i u afázií, tedy že užití této metody stabilizuje svalový tonus a tím napomáhá dechovým a fonačním cvičením.

U nás jsou známé a v praxi užívané postupy, které využívají melodii k reedukaci komunikačních schopností. Mnoho afatiků je schopno vybavit si dle melodie text známé písně a poté jsou schopni slova aplikovat do spontánní řeči (Čecháčková in Škodová, Jedlička a kol. 2003).

### **2.1.2. Terapie agrafie a alexie**

Alexie je porucha porozumění čtenému, je obvykle přidružená k afázii a může se vyskytovat v různých formách. Je to alexie bez agrafie, alexie s agrafií, afatická alexie, hemialexie. Dále se setkáváme s termíny pseudoalexie a unilaterální alexie.

Alexie bez agrafie, jinak též čistá alexie nebo čistá slovní slepota, je charakteristická zachovanými řečovými funkcemi a psaním na diktát. Čtení jednotlivých písmen může být zachováno, ale jedinec nepřečte celá slova. Při alexii s agrafií je porušeno čtení i psaní a často

ji provází i akalkulie. Afatická alexie doprovází afázii ve většině případů. Hemialexie se projevuje obtížemi při čtení v levém zorném poli. Při unilaterální paralexii, již vyčlenili Kinsbourne a Warringtonová, je nesprávně čtena část slov věty. V nepoškozeném zorném poli čtou postižené osoby předložený text bezchybně (Kulišťák 2003).

Agrafie je ztráta nebo porucha schopnosti psát i přes zachovanou motorickou funkci ruky (Čecháčková in Škodová, Jedlička a kol. 2003).

Agrafie je další poruchou, která se běžně vyskytuje s afázií.

K agrafii vznikala v průběhu let řada třídění a existuje rozsáhlá literatura. Hécaen at al. (1963) vyčlenil agrafii s expresivní afázií charakterizovanou paragrafiemi písmen a paragramatismy, kdy opisování obvykle nebývá narušeno. Dále senzoricou agrafii, která způsobuje psaní zkomolenin a nesmyslů, parietální agrafii, kdy se vyskytují paragrafe, paragramatismy a obtíže při hledání slov. Přítomna bývá perseverace, nepoměr je mezi těžkým postižením psaní a jen lehkým postižením řeči. Nakonec uvádí agrafii při kondukční afázii, která je charakteristická lepším psaním diktátu než spontánně (Kulišťák 2003).

Zatímco čtení a psaní je produktem cílevědomého učení, řeč je produktem přirozeného vývoje mezilidské komunikace. Metody tzv. restitučního učení proto vždy vycházejí z obnovování konkrétních operací s hláskami a písmeny, na které navazuje využívání významové stránky řeči, významu slova.

Agrafie se dělí na různé formy doprovázející afázii. Dle druhu volíme formy analýzy slov na písmena, poté jejich zpětnou syntézu a diferenciacní cvičení s doplňováním hlásek.

Alexie je vždy svázána s řečovými funkcemi. V terapii se používají metody, které využívají globálního čtení slov pomocí obrázků, analýzy a diferenciacie písmen, techniky okénka na dělení slov a vět na elementy a metoda ozvučeného čtení, která je pokládána za komplexní přístup k poruchám mluvené i psané řeči zapojováním zrakového i sluchového vnímání řeči ve významových souvislostech (Neubauer 1997).

## **2.2. Prognóza afázie**

U prognózy afázie je důležité neopomenout poškození mozku a podstatu patologického procesu. Tak jako u terapie afázie je i pro prognózu důležitý socioekonomický

status a vzdělání pacienta. Velmi důležitým a někdy opomíjeným faktem je samotný postoj afatika k onemocnění.

Prognóza závisí na stupni a typu afázie. Lepší prognózu mají pacienti s expresivní afázií, hůř na tom potom jsou pacienti s poruchou percepční, nejhůře s globální.

Po zánětlivém onemocnění mozku je prognóza poměrně dobrá.

U úrazů a poranění mozku je nutná dlouhodobá rehabilitace, stanovení prognózy bývá obtížné.

Lepší reverzibilita dětského organismu je pozitivním faktorem, díky němuž je u dětí často prognóza u stejného typu poškození mozku lepší než u pacientů dospělých. Při adekvátní léčbě a reedukaci je prognóza často velice příznivá. Reedukace afázie v dětském věku probíhá daleko rychleji a efektivněji než u afatiků v pokročilejším věku, dětské afázie tedy mají vždy dobrý vývoj (Čecháčková in Škodová, Jedlička a kol. 2003).

### **2.3. Psychologická stránka afázie**

Při porušení řeči je více či méně porušeno i myšlení, sociální kontakt, a tím zařazení nemocného do společenských vztahů. Afatici svou poruchu samozřejmě velmi těžce nesou. Neschopnost dorozumět se je zbavuje jistoty, cítí se velmi méněcenní (Morávek 1969)

Náhle vzniklá částečná nebo i úplná izolovanost může být příčinou psychických problémů afatiků. Terapie afázie by tedy měla zahrnovat i psychoterapii. Zkušený psychoterapeut by měl umět pomoci afatikovi i jeho rodině vyrovnat se s nově vzniklou situací. Vhodné je také zařazení afatika do skupinové terapie, kde se dá sociální izolovanost eliminovat. Také muzikoterapie se jeví jako vhodný prostředek například pro celkové zklidnění a relaxaci.

Pozitivní přístup a akceptace afázie pacientem i jeho okolím jsou důležitým předpokladem pro dobrý psychický stav afatika. (Čecháčková in Škodová, Jedlička a kol. 2003).

### 3 Logopedická intervence u afatiků v Domově důchodců

#### 3.1. Cíle a metody výzkumu

Při souvislé praxi specializace logopedie jsem se s klinickou logopedkou Mgr. Veselou setkala s afatiky v Domově důchodců Nopova Brno - Židenice. Mgr. Veselá se zde mimo jiné věnuje důchodcům po mozkových příhodách. V rámci logopedické intervence jsou afatikům zadávány i „domácí úlohy“, které by měly být vypracovávány za pomoci ošetřujícího personálu. Od klientů jsme se dozvídal, že v některých případech s nimi sestry sice pracují, ne však v takovém rozsahu, jak o to byly požádány. Zajímalo mě proto důvod, proč tomu tak je.

Domnívám se, že logopedická intervence poskytovaná afatikům ve sledovaném Domově důchodců přidává sestřím navíc práci, kterou nejsou schopny vykonat s dostatečnou odbornou kvalifikací. Hypotézou tedy je, že postoj sester k poskytované intervenci je spíše negativní.

Cílem tohoto výzkumu je tedy zjistit, jestli sestřím logopedická péče v Domově důchodců Nopova spíše přidává práci a shledávají ji negativní nebo ji naopak vítají jako zvýšení komfortu a péče pro klienty.

Jako nástroj ke zjištění dat jsem vypracovala anketu. Po dohodě s ředitelkou Domova důchodců, RNDr. Jitkou Mazánkovou, (které bych ráda poděkovala za ochotu a spolupráci?), odpovídaly sestry na anketu písemně.

Anketa obsahuje 17 otázek. Vzhledem k faktu, že byla vytvořena pouze pro zdravotní sestry, nebylo třeba rozlišit respondenty dle pohlaví ani zkoumat jejich vzdělání. Na otázky bylo možné odpovědět buď ano nebo ne, u pěti otázek byl navíc ještě prostor pro rozepsání vlastního názoru.



### 3.2. Stručná charakteristika výzkumného projektu.

Respondentkami jsou zdravotní sestry pracující v Domově důchodců Nopova Brno - Židenice.

Rozdáno bylo 33 anketních lístků. Návratnost byla sice stoprocentní, ale správně vyplněných bylo jen 30 anketních lístků. Tři ankety jsem vyřadila z důvodů nezodpovězení všech otázek.

### 3.3. Výsledky výzkumu a jejich analýza

Pro větší názornost presentovaných výsledků mého výzkumu bude na konci této kapitoly následovat přehledná tabulka

**Otázka číslo 1: Dostávám se do styku s těmi klienty, kterým je v našem domově důchodců poskytována logopedická péče.**

Na první otázku odpovědělo jen 6 respondentek ne, ostatních 24 odpovědí je kladných. Z toho vyplývá, že 80% dotazovaných sester přichází do styku a těmi klienty, kterým je poskytována logopedická péče. Tento výsledek se dal očekávat proto, že ne na všech odděleních tito klienti bydlí.

**Otázka číslo 2: S těmito klienty na žádost logopedky cvičím já.** Pokud ano, myslíte si, že s klientem cvičíte dostatečně?

Z odpovědí vyplývá, že s afatiky cvičí 14 sester, což je 46%. Pokud porovnám výsledky z otázek č. 1 a č. 2 tak zjistím, že z těch sester, které přicházejí s afatiky do kontaktu, s nimi cvičí 58%. 42% sester se tak s těmito klienty setkává, ale necvičí s nimi.

Na doplňující otázku sestry většinou odpovídaly ano. Takže ze 14 sester, které s klienty cvičí, odpovědělo 8 ano. To je 57% ze 14. 3 dotazované, tedy 21%, odpověděly nevim. Zbylé 3 sestry, opět 21%, odpovědělo ne. 2 sestry navíc uvedly, že si nemyslí, že by cvičily

dostatečně, protože neví, jak cvičit s klienty správně a efektivně a 3 ještě přiznaly, že na cvičení nemají dostatek času.

### **Otázka číslo 3 : Myslím si, že i jiní klienti by potřebovali logopedickou péči**

15 sester, tedy 50% se domnívá, že i jiní klienti by potřebovali logopedickou péči a druhá polovina, tedy opět 15, si myslí opak. Odpovědi nejsou závislé na předchozích odpovědích. Kladné odpovědi se vyskytují jak u sester, které přichází do styku s klienty, kterým je poskytována logopedická péče, tak i u těch, které s těmito klienty do styku nepřicházejí. A naopak. Odpovědi tedy nejsou ovlivněny stykem s afatiky.

Faktem také je, že střední zdravotnický personál není kvalifikovaný k tomu, aby mohl hodnotit stav pacientů a navrhnout terapii afázie. Zřejmě i proto je výsledek nerozhodně.

### **Otázka číslo 4: Poskytování logopedické péče seniorům je skvělý nápad**

Většina, tedy 28 respondentek odpovědělo kladně. 93% odpovědí bylo ano, jen 7% odpovědí bylo ne.

**Otázka číslo 5: U klientů chodících na logopedii sleduji změny. Pokud ano, jsou tyto změny pozitivní nebo negativní ?**

22 dotazovaných sleduje u klientů změny, 8 žádné změny nezaregistrovalo. Těchto 8, tedy 26% sester, které si žádné změny nevšimly, patří mezi 14 sester (viz otázka č. 2), které s afatiky necvičí. Sestry, které s klienty cvičí, sledují tedy ve 100% změny.

Podívám-li se na podotázku, jsou změny, které sestry pozorují, ve všech případech pozitivní.

### **Otázka číslo 6: U těchto klientů sleduji zlepšení v oblasti řeči**

Na tuto otázku, vztahující se k otázce předchozí, odpovědělo kladně stejných 22 respondentek. 8 sester tedy zlepšení v oblasti řeči nesleduje.

Otázka číslo 7: **Je možné sledovat změny i v jiných oblastech?** Pokud ano, zkuste prosím některé napsat

Toto je otázka, která se také vztahuje k otázce číslo 5. O 4 sestry méně, tedy 18, (z celkového počtu 60%) sleduje u klientů změny i v jiných oblastech. Kromě dvou případů to jsou opět ty sestry, které s klienty cvičí.

Jako oblasti zlepšení sestry nejčastěji uváděly zlepšení v komunikaci jak s personálem, tak i s ostatními klienty, snahu o navazování komunikace, zlepšení při společných aktivitách jako je rehabilitace, sledování televize, zpěv. V devíti případech sestry napsaly zlepšení v psychice klientů. Dále při čtení novin, při kreslení a psaní. Zmínily také zvýšené sebevědomí a větší jistotu nejen při komunikaci a jednou se objevilo zlepšení v orientaci.

Otázka číslo 8: **Poskytování logopedické péče se mi u některých klientů zdá zbytečné**

22 sester odpovědělo ne, 8 sester se domnívá, že je poskytování logopedické péče u některých klientů zbytečné. Ačkoli jsem u této otázky nedala prostor k rozepsání vlastního názoru, 2 sestry mi na okraji nechaly poznámku. Jsou to sestry, které s afatiky cvičí a poznámka se týkala toho, že si myslí, že ve stadiu, ve kterém se klienti nacházejí, již nemá cenu s nimi cvičit. Jedna sestra si není jistá, zda-li s klientem cvičí správně, jestli má práce vůbec nějaký efekt.

Otázka číslo 9: **Logopedi by se měli spíše zaměřovat na děti. Proč?**

Z odpovědí vyplývá, že 21 dotazovaných, tedy 70%, si nemyslí, že by se měli logopedi zaměřovat spíše na děti. Uvádí, že i u seniorů po CMP je potřeba logopedická péče.

9 odpovědí (30%) je pozitivních. Jako argumenty respondentky uvádí, že „je v tom větší smysl“, „děti jsou budoucnost národa“ a „je potřeba, aby děti měly správnou výslovnost“.

**Otázka číslo 10: Klienti v našem domově důchodců se na logopedku vždy těší**

23 kladných odpovědí jsou příjemným potvrzením toho, že klienty logopedická péče baví. 7 záporných odpovědí je od těch sester, které s klienty necvičí, nepozorují zlepšení v řeči ani v jiných oblastech. Jejich ne jsem tedy očekávala.

**Otázka číslo 11: Myslím si, že vím ještě o některých klientech, kteří by potřebovali logopedickou péči. Pokud ano, zkuste prosím krátce vyjádřit proč**

80% dotazovaných zvolilo odpověď ne a 20% zvolilo odpověď ano. Důvodem kladných odpovědí byl argument lepší komunikace.

Pouze 6 kladných odpovědí mě překvapilo. Jak už jsem ale zmínila u otázky číslo 3, zdravotní sestra není schopna adekvátně posoudit stav klienta a rozhodnout, jestli je třeba logopedické intervence.

**Otázka číslo 12: Jsem ráda, že náš domov důchodců rozšířil své služby i o logopedickou péči**

Drtivá většina respondentek, tedy 93%, je ráda, že se v Domově důchodců poskytuje také logopedická péče. Shledávám v tomto zjištění pozitivní přístup sester a jejich snahu o zkvalitnění péče o klienty.

**Otázka číslo 13: Poskytováním logopedické péče mi přibývá práce navíc**

Jen 8 dotazovaných odpovědělo, že jim logopedická péče přidává práce. Pokud se ale podívám na otázku číslo 2, zjistím, že si 6 sester protiřečí. Téměř dvakrát tolik (14) jich totiž tvrdí, že s klienty na žádost logopedky cvičí.

73% respondentek uvedlo zápornou odpověď, což znamená, že jim poskytováním logopedické péče nepřibývá práce navíc.

**Otázka číslo 14: Poskytováním logopedické péče mi přibývá práce navíc, která mě nebaví**

U této otázky se shodlo všech 30 dotazovaných. 100% odpovědělo záporně. Je to otázka související s otázkou předchozí. Z odpovědí vyplývá, že ačkoli některým sestrám logopedická péče přidává práci navíc, neshledávají ji nezábavnou.

**Otázka číslo 15: Pohled, který jsem na logopedii měla, se za dobu působení logopedky změnil**

30% sester uvedlo, že se jejich pohled na logopedii změnil v důsledku působení logopedky v Domově důchodců. Z tohoto počtu 9 patří jen 3 sestry do skupiny, která cvičí s klienty. 70% pohled nezměnilo.

**Otázka číslo 16: Logopedickou péči shledávám jako zvýšení komfortu a péče pro klienty**

Kladně odpovědělo 28 sester. Jen 2 sestry neshledávají logopedickou péči jako zvýšení komfortu a péče pro klienty.

Tento výsledek koreluje s výsledky z otázek číslo 10 a 4, kdy je logopedická péče hodnocena většinou jako pozitivní.

**Otázka číslo 17: Logopedickou péči bych zavedla i v dalších domovech důchodců. Proč?**

Respondentky odpověděly ve 27 případech ano, ve 3 případech ne. Zdůvodnění, proč by bylo dobré zavést logopedickou péči i v jiných domovech důchodců se opět většinou týkala komunikace. Smysl logopedické péče vidí sestry ve zlepšování komunikace klientů s afázií, tedy snadnější vzájemnou domluvu nejen s personálem..

Tabulka výsledků ankety

<b><u>Číslo otázky</u></b>	<b><u>Ano</u></b>	<b><u>Ne</u></b>
<b>1</b>	24	6
<b>2</b>	14	16
<b>3</b>	15	15
<b>4</b>	28	2
<b>5</b>	22	8
<b>6</b>	22	8
<b>7</b>	18	12
<b>8</b>	8	22
<b>9</b>	9	21
<b>10</b>	23	7
<b>11</b>	6	24
<b>12</b>	28	2
<b>13</b>	8	22
<b>14</b>	0	30
<b>15</b>	9	21
<b>16</b>	28	2
<b>17</b>	27	3

### **3.4. Závěry z výzkumu**

Sestry vidí největší přínos logopedické péče poskytované v Domově důchodců ve zlepšení komunikace afatiků s personálem ale i s ostatními klienty. Zároveň však sestry připouští, že si nejsou jisty, zda to jsou právě ony, kdo by měl s afatiky pracovat. Zdůrazňují proto nutnost dostatečně kvalifikovaného personálu – logopeda, který by afatikům mohl věnovat dostatek času a pracovat s nimi efektivně. Sestrám by tak ubyla práce navíc.

Z výzkumu vyplývá, že hypotéza byla falsifikována. Nespolupráce sester není zapříčiněna jejich negativním postojem k poskytované logopedické intervenci. Jak dokazuje výzkum, jejich postoj je velmi pozitivní. Příčinou je tedy nedostatečná kvalifikace sester, neznalost problému logopedie a velká časová vytíženost.

## **Závěr**

Za cíl bakalářské práce bylo vytyčeno shrnutí dosavadních poznatků o afázii. Práce měla navíc za úkol zjistit stanovisko zdravotních sester pracujících v Domově důchodců Nopova Brno - Židenice na logopedickou péči poskytovanou zdejšími afatikům.

Práce ve své teoretické části vychází z dosavadních poznatků logopedů, neurologů, neuropsychologů i jiných odborníků věnujících se afázii. V práci se lze setkat s vymezením pojmu afázie, se shrnutím některých klasifikací, diagnostických metod a metod terapií, které vychází z nejvýznamnějších afaziologických škol na světě.

Na základě ankety provedené mezi zdravotními sestrami ve sledovaném Domově důchodců byla v praktické části falsifikovaná hypotéza, že postoj sester k poskytované intervenci je spíše negativní. Z výzkumu vyplývá, že nespolupráce sester není zapříčiněna jejich negativním postojem k poskytované logopedické intervenci. Jejich postoj je naopak velmi pozitivní. Příčinou je tedy nedostatečná kvalifikace sester a jejich velká časová vytíženost. Samy sestry připouští, že si nejsou jisty, zda to jsou právě ony, kdo by měl s afatiky pracovat.

Jako řešení problému se nabízí zaměstnat v Domově důchodců Nopova logopeda, který by se mohl plně věnovat terapii afázie. Dostatečná kvalifikace logopeda a dostatek času, který by věnoval afatikům, by tak zajistili efektivní terapii. Logoped by zároveň se sestrami mohl konzultovat specifika práce a komunikace s afatiky.

## **Shrnutí**

Hlavním tématem celé bakalářské práce je afázie.

Práce ve své teoretické části vychází z dosavadních poznatků logopedů, neurologů, neuropsychologů i jiných odborníků věnujících se afázii. V práci se lze setkat s vymezením pojmu afázie, se shrnutím některých klasifikací, diagnostických metod a metod terapií, které vychází z nejvýznamnějších afaziologických škol na světě.

Ve své výzkumné části měla práce za úkol zjistit stanovisko zdravotních sester pracujících v Domově důchodců Nopova Brno - Židenice na logopedickou péči poskytovanou zdejšími afatikům. Hypotéza, že postoj sester k poskytované intervenci je spíše negativní byla na základě ankety provedené mezi sestrami falsifikována. Nespolupráce sester je způsobena jejich nedostatečnou kvalifikací a zejména nedostatkem času. Jako východisko se jeví ve sledovaném Domově důchodců zaměstnat logopeda.

## **Summary**

The main subject of the whole bachelor work results from records of logopaedists, neurologists, neuropsychologists and other specialists who devote to aphasia. In this work. It is possible to meet determinated conception of aphasia, summary of some classifications, diagnostic methods and methods of therapy which result from the most significant aphasiological schools in the world.

In its exploratory part the task of the work was to state the standpoint of nurses working in Rest Home Nopova Brno-Židenice in logopaedical care provided to local aphatics. Hypothesis that attitude of nurses towards provided innervation is more or less negative was falsificated by an enquiry made among nurses. Uncooperation of nurses is caused by their lack of qualification and primarily lack of time. As a way out appears, in this observed Rest Home, to employ a logopaedist.



## Použitá literatura

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

DVOŘÁK, J. *Vývojová verbální dyspraxie*. Žďár n. Sázavou: 2003, Logopaedica Clinica. 143 s.

DVOŘÁK, J. *Logopedický slovník*. 2. vyd. Žďár n. Sázavou: 2001, Logopaedica Clinica. 223 s. ISBN 80-902536-2-8.

HARTL, J. *Psychologický slovník*. 2. vyd. Praha: Budka, 1994. 301 s. ISBN 80-90 15 49-0-5.

KLIMEŠ, L. *Slovník cizích slov*. 6. vyd. Praha: SPN, 1998. 862 s. ISBN 80-04-26710-6.

KOUKOLÍK, F. *Mozek a jeho duše*. 2. vyd. Praha: Makropulos, 1997. 271 s. ISBN 80-86003-08-6.

KULIŠTÁK, P. *Neuropsychologie*. Praha: Portál, 2003. 336 s. ISBN 80-7178-554-7.

KULIŠTÁK, P., LEHEČKOVÁ, H., MIMROVÁ, M., NEBUDOVÁ, J. *Afázie*. Praha: Triton, 1997. 229 s. ISBN 80-85875-38-1

LECHTA, V. a kol. *Diagnostika narušené komunikační schopnosti*. Praha: Portál, 2003. 360 s. ISBN 80-7178-801-5.

LECHTA, V. a kol. *Logopedické repetitorium*. Bratislava: Slovenské pedagogické nakladateľstvo, 1990. 278 s. ISBN 80-08-00447-9

LECHTA, V. a kol. *Terapie narušené komunikační schopnosti*. Praha: Portál, 2005. 392 s. ISBN 80-7178-961-5.

MORÁVEK, M. *Lidská řeč*. Praha: Orbis, 1969. 168 s.

NAKONEČNÝ, M. *Encyklopedie obecné psychologie*. 2. vyd. Praha: Academia, 1997. 432 s.  
ISBN 80-200-0625-7

NEUBAUER, K. *Poruchy řečové komunikace u dospělých osob*. Asociace klinických logopedů České Republiky, 1997. 52 s.

NOVÁK, A. *Foniatrie a pedaudiologie*. Praha: Unitisk, 1997. 111 s.

PIPEKOVÁ, J. a kol. *Kapitoly ze speciální pedagogiky*. 2. vyd. Brno: Paido, 2006. 404 s.  
ISBN 80-7315-120-0

PRŮCHA, J., WALTEROVÁ, E., MAREŠ, J. *Pedagogický slovník*. 3. vyd. Praha: Portál, 2001. 322 s. ISBN 80-7178-579-2

ŠKODOVÁ, E., JEDLIČKA, I. A kol. *Klinická logopedie*. Praha: Portál, 2003. 616 s.  
ISBN 80-7178-546-6

TRUHLÁŘOVÁ, M. *Obrázkový slovník pro afatiky*. Praha: Avicenum.

VÍTKOVÁ, M. a kol. *Integrativní speciální pedagogika*. 2. vyd. Brno: Paido, 2004. 463 s.  
ISBN 80-7315-071-9