

Univerzita Hradec Králové
Pedagogická fakulta
Katedra speciální pedagogiky

**Terénní logopedická péče u osob s afázií v okrese
Mladá Boleslav**
Diplomová práce

Autor: Bc. Tereza Nožičková
Studijní program: N7506 – Speciální pedagogika
Studijní obor: Speciální pedagogika – logopedie
Vedoucí práce: Mgr. Zuzana Truhlářová Ph.D.
Oponent práce: Mgr. Bohdana Voříšková



Zadání diplomové práce

Autor: Tereza Nožičková

Studium: P18P0867

Studijní program: N7506 Speciální pedagogika

Studijní obor: Speciální pedagogika - logopedie

Název diplomové práce: Terénní logopedická péče u osob s afázií v okrese Mladá Boleslav

Název diplomové práce AJ: Speech and language therapy in home environment for people with aphasia in the district of Mladá Boleslav

Cíl, metody, literatura, předpoklady:

Diplomová práce se zabývá terénní logopedickou péčí u osob s afázií v okrese Mladá Boleslav. Teoretická část této práce pojednává o současných poznatcích problematiky afázie. Definuje ji z hlediska etiologie a symptomatologie, zabírá se též její klasifikací. Dále zmiňuje určité složky logopedické intervence u této fatické poruchy. Následně zohledňuje psychosociální důsledky vyplývající z této poruchy řečové komunikace a možnost využití terénní logopedické péče.

Empirická část diplomové práce je realizovaná pomocí kvalitativně zaměřeného výzkumu. Za cíl si klade zjistit, zda a jakým způsobem je v okrese Mladá Boleslav poskytovaná služba terénní logopedické péče u osob s afázií. Také se získaných výzkumných dat vytvořit konkrétní model realizace terénní logopedické péče pro případné zvýhodnění dostupnosti této služby v tomto okrese.

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

LOVE, R. J., WEBB, W. G. (2009). *Mozek a řeč: Neurologie pro logpedy*. Praha: Portál

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

NEUBAUER, K., DOBIAS, S. (2014). *Neurogeně podmíněné poruchy řečové komunikace a dysfagie*. Univerzita Hradec Králové: Gaudeamus.

PALMER, S., PALMER, J. B. (2013). *Soužití s partnerem po mrtvici: jak pečovat o partnera, o sebe i o váš vzájemný vztah*. Praha: Portál.

ŠTĚTKÁŘOVÁ, I., HORÁČEK, J. (2015). *Léčba deprese u neurologických onemocnění*. Praha: Maxdorf.

VÁGNEROVÁ, M. (2014). *Současná psychopatologie pro pomáhající profese*. Praha: Portál.

Garantující pracoviště: Katedra speciální pedagogiky,
Pedagogická fakulta

Vedoucí práce: Mgr. Zuzana Truhlářová, Ph.D.

Oponent: Mgr. Bohdana Voříšková

Datum zadání závěrečné práce: 5.1.2019

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem tuto diplomovou práci vypracovala pod vedením vedoucí diplomové práce Mgr. Zuzany Truhlářové Ph.D. samostatně a uvedla jsem všechny použité prameny a literaturu.

V Hradci Králové dne

.....

Poděkování

Ráda bych touto cestou poděkovala své vedoucí diplomové práce, paní Mgr. Zuzaně Truhlářové Ph.D. za její odborné vedení a užitečné připomínky při realizaci diplomové práce.

Dále bych chtěla velmi poděkovat klinickým logopedkám a rodinám s osobami s afázií podílejících se na mém výzkumném šetření.

Těž si velké díky zaslouží má rodina a přátelé za velkou podporu v průběhu zpracování této diplomové práce.

Anotace

NOŽIČKOVÁ, Tereza. *Terénní logopedická péče u osob s afázií v okrese Mladá Boleslav*. Hradec Králové: Pedagogická fakulta Univerzity Hradec Králové, 2020. 101s. Diplomová práce.

Diplomová práce se zabývá realizací terénní logopedické péče u osob s afázií v okrese Mladá Boleslav.

Teoretická část diplomové práce vymezuje současnou terminologii pojmu afázie a zaobírá se též etiologií, symptomatologií, klasifikačním dělením a prognózou této fatické poruchy. Dále popisuje aktuální systém a složky logopedické intervence z hlediska prevence, diagnostiky a terapie u osob s afázií. Také se věnuje psychosociálním důsledkům, plynoucím z poškození mozku a afázie, a rodinnému životu s osobou mající tuto diagnózu. Následně pojednává o možnostech využití terénní logopedické péče u osob s afázií, zejména v České republice.

Empirická část je vedena formou kvalitativního výzkumu. Pomocí analýzy pěti polostrukturovaných rozhovorů provedených s dvěma klinickými logopedkami a třemi rodinami osob s afázií zjišťuje způsob praktické realizace, přínos a dostupnost poskytování terénní logopedické péče u osob s afázií v okrese Mladá Boleslav. Na základě těchto zjištění představuje konkrétní model realizace této péče v tomto okrese.

Klíčová slova: afázie, logopedická intervence, rodina osoby s afázií, terénní logopedická péče

Annotation

NOŽIČKOVÁ, Tereza. Hradec Králové: *Speech and language therapy in home environment for people with aphasia in the district of Mladá Boleslav*. Faculty of Education, University of Hradec Králové, 2020. 101pp. Thesis.

This master's thesis deals with the implementation of field speech therapy for people with aphasia in the district of Mladá Boleslav.

The theoretical part of the thesis defines the current terminology of the term aphasia and deals with the etiology, symptomatology, classification, and prognosis of this language disorder. The thesis also describes the current system and components of speech therapy intervention in terms of prevention, diagnosis, and therapy for people with aphasia. Further, it deals with the psychosocial consequences of brain damage and aphasia, and family life with a person diagnosed with it. Subsequently, the thesis discusses the possibilities of using field speech therapy for people with aphasia, especially in the Czech Republic.

The empirical part is conducted in the form of qualitative research. Using the analysis of five semi-structured interviews conducted with two clinical speech and language therapists and three families of people with aphasia, the thesis investigates a method of practical implementation, the benefits and availability of providing field speech therapy for people with aphasia in the district of Mladá Boleslav. Based on these findings, it presents a specific model of implementation of this type of care in this district.

Keywords: aphasia, speech therapy intervention, family of person with aphasia, speech and language therapy in home environment

Obsah

| | |
|--|----|
| Úvod | 8 |
| 1 Současné poznatky o afázii | 10 |
| 1.1 Terminologické vymezení afázie | 10 |
| 1.2 Etiologie a symptomatologie afázie | 12 |
| 1.2.1 Etiologie..... | 12 |
| 1.2.2 Symptomatologie | 15 |
| 1.2.3 Přidružené poruchy symbolických funkcí | 16 |
| 1.3 Klasifikace afázie | 18 |
| 1.4 Prognóza afázie | 20 |
| 2 Logopedická intervence u osob s afázií | 22 |
| 2.1 Systém logopedické intervence u osob s afázií..... | 22 |
| 2.2 Možnosti prevence příčin afázie | 24 |
| 2.3 Logopedická diagnostika afázie | 26 |
| 2.3.1 Orientační vyšetření, screening afázie | 27 |
| 2.3.2 Komplexní vyšetření afázie | 28 |
| 2.3.3 Speciální testy afázie | 30 |
| 2.4 Terapie | 30 |
| 2.4.1 Problematika intenzity terapie u osob s afázií | 32 |
| 2.4.2 Terapeutické přístupy, metody a specifické techniky u afázie | 33 |
| 3 Psychosociální důsledky afázie a systém terénní logopedické péče u osob s afázií 36 | |
| 3.1 Psychosociální důsledky afázie a poškození mozku..... | 36 |
| 3.1.1 Přidružené psychické a sociální obtíže u afázie | 39 |
| 3.2 Rodina osoby s afázií | 40 |
| 3.3 Terénní logopedická péče u osob s afázií | 42 |
| 4 Výzkumné šetření..... | 47 |
| 4.1 Výzkumné cíle | 47 |
| 4.2 Metodologie výzkumného šetření..... | 49 |
| 4.3 Transformace dílčích cílů..... | 50 |
| 4.3.1 Charakteristika polostrukturovaných rozhovorů výzkumného šetření ... | 52 |
| 4.4 Výběr a charakteristika výzkumného vzorku..... | 59 |
| 4.5 Charakteristika místa výzkumného šetření | 62 |
| 4.6 Realizace výzkumného šetření a jeho etická dimenze | 63 |

| | | |
|-----|--|-----|
| 5 | Interpretace výzkumného šetření..... | 66 |
| 5.1 | Interpretace DC1 | 66 |
| 5.2 | Interpretace DC2 | 69 |
| 5.3 | Interpretace DC3 | 76 |
| 5.4 | Interpretace DC4 | 84 |
| 5.5 | Zhodnocení výzkumných cílů, diskuze a doporučení pro praxi | 88 |
| | Závěr | 94 |
| | Seznam použité literatury | 96 |
| | Seznam příloh | 101 |

Úvod

Poškození mozku, vzniklé v průběhu života, může zapříčinit vznik jedné z nejzávažnějších získaných poruch řečové komunikace nazývajících se afázie. Pro jedince s touto diagnózou se jeho rodný jazyk stává cizím a v různém rozsahu je snížena jeho schopnost komunikovat s okolím. Prognóza afázie bývá individuální, závislejší na anamnéze daného jedince a dalších faktorech, zejména sociálních a psychických.

V mnoha případech lze ale u této poruchy zmírnit její negativní dopady intenzivní logopedickou péčí poskytovanou klinickým logopedem. Nejlépe ve spolupráci s rodinou osoby s afázií. Praxe ale ukazuje, že pro některé osoby s afázií, zejména po ukončení rehabilitačního pobytu, zůstává logopedická péče nedostupná. Vlivem různých důvodů (např. imobilita, zdravotní stav, absence rodiny apod.) nedokážou pravidelně navštěvovat ambulantní logopedické pracoviště.

Za těchto okolností by bylo ideální, aby tyto osoby s afázií mohli využívat tzv. terénní logopedickou péči, tedy logopedickou péči poskytovanou nejlépe klinickým logopedem v přirozeném (nejčastěji domácím) prostředí klienta.

Terénní logopedická péče ale patří v českém systému k méně podporovaným činnostem. Mnoho klinických logopedů ji nezvládá z časových či finančních důvodů poskytovat, některým to nedovoluje zaměstnavatel a jsou i tací, jenž tento způsob logopedické péče odmítají. Též v české odborné logopedické literatuře se stále nevyskytuje komplexnější specifikace o principech jejího fungování. V důsledku toho mohou mít kliničtí logopedi, ale i potenciální klienti této péče, rozdílné představy o její realizaci.

Proto se diplomová práce zabývá problematikou terénní logopedické péče u osob s afázií a klade si za cíl sjednotit principy fungování této péče v okrese Mladá Boleslav.

Cílem teoretické části práce bude představit současné poznatky o terminologii, etiologii, symptomatologii, klasifikaci a prognóze afázie. Dále bude popisován aktuální systém a složky logopedické intervence z hlediska prevence, diagnostiky a terapie u osob s afázií v České republice. Následně bude pozornost věnována

psychosociálním důsledkům poškození mozku a vzniklé afázie, ovlivňujících nejen život člověka s afázií, ale i jeho rodiny, a možnostem terénní logopedické péče využívané často vlivem těchto důsledků.

Empirická část práce si formou kvalitativního šetření klade za hlavní cíl zjistit míru dostupnosti terénní logopedické péče u osob s afázií v okrese Mladá Boleslav a získat názor klinických logopedů a rodin osob s afázií vyskytujících se v tomto okrese na přínos, potřebnost a konkrétní způsob realizace této péče.

Názory a zkušenosti klinických logopedů a rodin osob s afázií budou získány pomocí polostrukturovaných rozhovorů. Na základě analýzy těchto zjištění bude následně vytvořen konkrétní model realizace terénní logopedické péče v okrese Mladá Boleslav.

1 Současné poznatky o afázii

U každého intaktního člověka dochází od narození k rozvíjení tzv. individuálního jazykového systému neboli ke schopnosti přirozeně si osvojovat systém určitého jazyka či více jazyků a jejich užití formou řeči a psaní. Individuální, neboť rozumění jazykovému kódu, rozvíjení vlastní aktivní a pasivní slovní zásoby, užití syntaktického systému daného jazyka je u všech jedinců odlišné a závislé na mnoha faktorech - např. věk, sociokulturní prostředí, vzdělání, zájmy, apod (Neubauer, 2018).

Pokud ale v průběhu života dojde k závažnému poškození mozku, mohou být tyto schopnosti významně oslabeny či ztraceny. Tento stav značí vznik fatické poruchy, tzv. poruchy týkající se mluvy, nazývající se afázie.

1.1 Terminologické vymezení afázie

Termín afázie vychází z řeckého slova *phasis* = řeč, písmeno a vyjadřuje zápor. Slovem *aphatos* je označován nemluvící. Dříve se v neurologické literatuře vyskytoval pojem *dysfázie* jako částečné poškození. Dnes se předpona *dys* využívá pouze u vývojových poruch a předpona *a* u získaných (Čecháčková in Škodová, Jedlička, 2007, Kejkličková, 2011). Vitásková a Mlčáková (2013) ale upozorňují, že v zahraniční literatuře stále *dysfázie* značí částečné a *afázie* úplné poškození fatických funkcí bez ohledu na to, zda se jedná o vývojovou či získanou poruchu.

Definice afázie mohou být mírně odlišné, neboť záleží, jakým odborníkem je tato fatická porucha pojímána. Neboť afázie vyžaduje interdisciplinární přístup a na tuto problematiku lze totiž nahlížet z pohledu logopedie, neurologie, neurolingvistiky, psycholingvistiky atd. (Klenková, 2006).

Z hlediska neurologie vysvětluje Koukolík (2000) afázií jako získanou poruchu vyjadřování a chápání jazyka podmíněnou poškozením určitých mozkových oblastí. Stejně tak Rosenbek, LaPointe, Wertz in Love a Webb (2009) udávají, že se jedná o postižení schopnosti jazykové produkce a percepce vzniklé vlivem získaného poškození centrálního nervového systému, přesněji ložiskovým poškozením mozku zasahujícím do funkce kortikálních (korových) a/nebo subkortikálních (podkorových) jazykových mechanismů dominantní hemisféry.

V oblasti psychologie definuje Krejčířová (2001) afázií jako ztrátu či určitou deformaci již osvojených jazykových schopností mající negativní vliv na produkci a chápání verbálního sdělení. Dle psychologického slovníku (Hartl, Hartlová, 2010, str. 14) se jedná o *“poruchu řeči nervového původu, projevující se obtížemi nebo neschopností pojmenovat jevy či rozumět slovům při zachovaném sluchu”*.

V rámci logopedie někteří autoři (Lechta 2003; Klenková 2006; Kejklíčková 2011) uvádějí, že afázie je porucha řeči, při níž dochází ke ztrátě či narušení již osvojených komunikačních schopností především produkci a porozumění mluvené či psané formě řeči vlivem poškození mozku.

Peutelschmiedová (2005) upozorňuje, že v zahraničí nebývá afázie řazena mezi poruchy řeči (speech disorders), ale poruchy jazykové (language disorders). To potvrzují definice zahraničních neziskových organizací, **Association Internationale Aphasia a National Aphasia Association**, vysvětlující, že afázie je jazyková porucha (language disorder) způsobující ztíženou produkci a porozumění řeči a většinou neschopnost číst i psát při “nesníženém” intelektu vlivem poranění mozku. (What is aphasia?; Aphasia Definitions, © 2020)

Z tohoto zahraničního pojetí vychází Neubauer (2018, str. 442, 443) vymezující afázii jako získanou neurogeně podmíněnou komunikační poruchu, jež zasahuje individuální jazykový systém člověka projevující se náhle vzniklou ztrátou schopnosti mluvené řeči a rozumění mluvené a psané řeči.

Dále zmiňuje, že *“vzhledem k šíři vlivu na CNS člověka je afázie vždy vícemodálním jevem ovlivňujícím percepci mluvního projevu, verbální expresi, lexické a grafické dovednosti i verbálně mnesitkové funkce.”*

To potvrzuje i Čecháčková (in Škodová, Jedlička, 2007) řadící afázii do souboru poruch vyšší kortikální činnosti, zahrnujícího též symbolické poruchy – alexii, agrafii, agnózii a apraxii. Přičemž vysvětluje, že vyšší kortikální činnosti jsou specificky lidskou aktivitou zajišťující nervově psychickou činnost člověka, koordinující a řídící vnitřní funkce organismu i jeho komunikaci s vnějším prostředím. K tomu dodává, že strukturu této vyšší nervové činnosti tvoří vývojově nejmladší část CNS – kortex (mozková kůra, kortikální) u obou mozkových hemisfér v kooperaci s vývojově staršími podkorovými oblastmi (subkortikálními).

Cséfalvay (2003, s. 203) shrnuje podstatu této poruchy do čtyř základních atributů: je to: “ 1) získané narušení komunikační schopnosti, 2) týkající se symbolických procesů, 3) které vzniká při ložiskových poškozeních mozku, 4) jako důsledek systémového vlivu mozkové léze na vyšší psychické funkce člověka.”

Vzhledem ke složité a rozsáhlé problematice afázie vznikla **afaziologie** jakožto specifický a vysoce interdisciplinární podobor logopedie. Včetně logopedie zahrnuje i další disciplíny a to lékařské, zdravotnické, lingvistické a psychologické (Vitásková, Mlčáková, 2013).

1.2 Etiologie a symptomatologie afázie

Z předchozího terminologického vymezení afázie vyplývá, že tato porucha vzniká při poškození mozku. Takové poškození mohou způsobit různé příčiny, o kterých pojednává podkapitola *Etiologie (1.2.1)*.

Další podkapitola *Symptomatologie (1.2.2)* shrnuje, jak se afázie projevuje a čím omezuje schopnost komunikovat.

1.2.1 Etiologie

Mezi nejčastější příčiny získaného poškození mozku, při nichž může dojít ke vzniku afázie, řadí Neubauer (2018) cévní mozkovou příhodu, traumatická poškození centrální nervové soustavy (CNS), nádorová onemocnění a neurodegenerativní choroby. Čecháčková (in Škodová, Jedlička, 2007) včetně výše uvedených dále zmiňuje zánětlivá onemocnění intoxikaci mozku. Obereingerů (2013) doplňuje k těmto příčinám také fokální epilepsii znamenající ložiskové záchvatovité onemocnění mozku (Vokurka, Hugo, 2004).

Nejčastější příčinou afázie je **cévní mozková příhoda (CMP)** známá též pod názvem iktus či mozková mrtvice nebo u laické veřejnosti pod pojmem “mrtvička” se vyznačuje poškozením určité části mozkové tkáně vlivem poruchy mozkového krevního oběhu (Kalita a kol., 2006; Neubauer, 2007).

Veškeré příčiny vedoucí ke vzniku této mozkové příhody mají za následek nedostatečné krevní zásobení mozku (Feigin, 2007). Cévní mozkové příhody se dělí podle mechanismu svého vzniku na dva základní typy – ischemické a **hemoragické** (Ambler, 2011; Čecháčková, 2007).

Ischemie (nedokrvení) je způsobena buď **hypoperfuzí**, tzv. snížením průtoku krve do mozku vlivem srdeční choroby či nízkého krevního tlaku, nebo **trombózou**, tedy postupným srážením krve v mozkových cévách, či **embolem** neboli uvolněno krevní sraženinou uzavírající mozkovou tepnu. Tím se omezí přísun kyslíku do mozkové tkáně, která je následně poškozena (Čecháčková, 2007; Kalita a kol. 2006).

K **hemoragii** (krvácení) dochází méně zhruba u 20 % případů. Jedná se o krvácivý stav oblasti mozkové tkáně v důsledku ruptury (protržení) cévy v dané oblasti (Kalina, 2008). Hemoragickou CMP dále dělíme na **intracereberální**, kdy krvácení probíhá uvnitř mozkové tkáně a na **subarchnoidální**, při němž se krvácení dostane do oblasti mozkových blan (Ambler, 2011; Kejklíčková, 2011).

CMP je akutní stav, který může vést k úmrtí, proto je potřeba vyhledat okamžitou lékařskou pomoc (Kalita a kol., 2006). Podle místa a velikosti poškození se může a nemusí mozková mrtvice projevovat klinickými příznaky, jenž mohou být tělesné i duševní (Foreign, 2007).

Pro snadnější zapamatování a rozpoznání nejčastějších symptomů CMP může sloužit zkratka **“FAST”**. První písmeno **“F”** znamená **face** (tvář), neboť lze pozorovat pokles očního či ústního koutku jedné poloviny obličeje při úsměvu u dané osoby. **“A”** označuje **arm** (ruka) kvůli jednostranné poruše hybnosti horní (někdy i dolní) končetiny. **“S”** jako **speech** (řeč) upozorňuje na obtíže v řeči a **“T”** jako **time** (čas) zdůrazňuje nutnost rychlého přivolání lékařské pomoci při vyzpozorování výše zmíněných obtíží (Act Fact, © 2018).

Incidence (výskyt) CMP v České republice se odhaduje přibližně na 400 onemocnění na 100 000 osob ročně, z toho jedna třetina nemocných umírá do jednoho roku (Bauer in Šišmová, 2019). Nejčastěji se vyskytuje ve věku 60–75 let, zároveň ale přibývají případy vzniku mozkové mrtvice již ve věku 45 let i níže. Šišmová (2019) uvádí, že CMP patří mezi hlavní příčiny úmrtí a invalidity u nás i ve světě.

Následky mozkové mrtvice jsou určeny lokalizací léze. Mezi ty nejzávažnější patří těžké poruchy hybnosti, především hemiparéza (omezení hybnosti poloviny těla) a ztráta schopnosti řečové komunikace. Zhruba 60 % osob (v ČR i v USA) má po prodělání CMP určitý stupeň poruchy hybnosti, mentálních funkcí, zejména řeči a komunikace (Neubauer, 2007).

Mezi druhou nejčastější příčinu afázie patří **traumatická poškození mozku** neboli úrazy, a to především v důsledku rostoucího počtu dopravních nehod (Neubauer, 2007). Ambler (2011) dělí poškození mozku vlivem úrazu na **primární a sekundární**. Mezi primární řadí **otřes mozku (komoce)** projevující se krátkou ztrátou vědomí nezpůsobující fatickou poruchu (Čecháčková, 2007). Dále uvádí **zhmoždění mozku (kontuze)** znamenající strukturální poškození mozkové tkáně spojené vždy se ztrátou paměti (amnézií). Dle stupně závažnosti může být zhmoždění lehké až smrtelné.

Sekundární poškození vznikají jako poúrazové komplikace primárních poškození. Patří sem **nitrolební krvácení, mozkový edém (otok) a ischemicko – hypoxické poškození mozku**, při němž dochází k nedostatečnému okysličení mozku (Ambler, 2011). Neubauer (2007) zmiňuje, že příčinou afázie nejvíce bývají mozková zhmoždění a krvácivé stavy spojené s tvorbou hematomů (krevních výronů).

K afázii může dojít při vzniku **tumoru (nádoru) mozku**. Záleží, kde se daný nádor nachází a zda tlačí na mozkovou tkáň v oblasti mající vliv na řečové schopnosti člověka. Afázie se pak stává jedním ze symptomů značící nádorové onemocnění (Čecháčková, 2007; Obereignerů, 2013).

Dalším rizikovým faktorem vzniku této fatické poruchy mohou být **zánětlivá onemocnění mozku** zahrnující encefalitidu a myelitidu. Při jejich komplikovaném průběhu může dojít k následnému chronickému postižení v oblasti řečové komunikace a verbální paměti (Neubauer, 2007).

Čecháčková (2007) dále upozorňuje na vyšší výskyt poškození mozku, a tím i afázie, vlivem **intoxikace** v důsledku nárůstu užívání drog a konzumace alkoholu. K otravě také často dochází po styku s omamnými látkami např. kysličníkem uhelnatým.

Též může být afázie součástí onemocnění spojených s úbytkem (atrofií) mozkové tkáně, tzv. **degenerativních onemocnění**. Objevuje se především u Alzheimerovy choroby, která je hlavní příčinou demence ve stáří a jejímž vlivem dochází k progresivnímu odumírání nervových buněk v mozkové hemisféře (Čecháčková, 2007; Love a Webb, 2009).

I když afázie bývá spojována s dospělým a seniorským věkem, lze se setkat i s **dětskou afázií**, kdy dojde k narušení procesu zrání CNS a rozvoje řečových schopností náhle vzniklým traumatem na bázi úrazu mozku, nejvíce vlivem

infekčního nebo onkologického onemocnění a méně často vlivem cévní mozkové příhody.

1.2.2 Symptomatologie

Klinický obraz afázie je velmi individuální a ovlivňuje ho několik faktorů, především lokalizace, rozsah i povaha poškození mozku. Včetně toho se také odvíjí od věku daného jedince, jeho psychiky, charakteru, sociálního zázemí atd. (Kejlíčková, 2011, Klenková 2006; Peutelschmiedová, 2005). *“Lze tedy právem říci, že existuje tolik afází, kolik je afatiků.”* (Sovák, 1978, s. 292).

Pro všechny typy afázie ale platí, že mají negativní dopad na fluenci (plynulost) mluvního projevu. Buď se tato porucha projevuje **nonfluentní (neplynulou) řečí** tvořenou krátkými větami či izolovanými slovy s převahou substantiv (podstatných jmen) a často s narušenou **prozodií** (melodie a intonace řeči, kladení větného a slovního důrazu), nebo sice **fluentním (plynulým) projevem**, ale vyznačujícím se většinou dlouhými větami s velkým množstvím parafrází a neologismů. V některých případech dochází až ke zrychlenému, překotnému tempu mluvy bez obsahu informací, nazývaný pojmem **logorhea** (Cséfalvay, Klimešová, Košťálová, 2003, Obereingerů, 2013).

Dle Neubauera (2018) patří mezi nejčastější specifické symptomy afázie dysnomie a parafrázie (parafázie). Pojem **dysnomie** značí obtíže v pojmenování určitého pojmu, váhání, hledání slov. Nejedná se o ztrátu paměťové informace, ale o potíže spojené s vybavováním adekvátních výrazů ze své sémantické jazykové sítě (Neubauer, 2018; Obereingerů, 2013).

Při poruchách ve vybavování si pojmů z jazykového systému může docházet k **parafrázii (parafázii)**, kdy určitý pojem bývá nahrazen jiným. Ta se dělí na *fonemickou*, při níž jsou zaměňovány fonémy (hlásky) slov – papír *x* patír. Dále na *semantickou*, kdy je místo daného pojmu užito významově blízké slovo – židle *x* stolička. Tento opis cílového slova bývá také označován jako **cirkumlokuce** a v souvislosti s ní se někdy vyskytují také **embolofrázie** (slovní vmetky) neboli osamocené, nadbytečné hlásky, slabiky nebo slova: “Tak tedy ano, no” (Cséfalvay in Obereingerů, 2013).

K nejzávažnějším parafrázím se řadí *žargonová*. Jedná o těžkou slovní deformaci. Slova jsou změněná k nepoznání a mnohdy dochází až ke vzniku **neologismů** (tzv. novotvarů), kterým nelze porozumět – židle *x ždruchl* (Čecháčková in Škodová, Jedlička, 2007, Neubauer, 2018). Čecháčková (in Škodová, Jedlička, 2007) vysvětluje parafrázi také jako neschopnost až nemožnost vyjádřit se celou větou (*Dáte si vodu? x Vodu?*).

V mluvním projevu osob s afázií se též mohou objevovat **stereotype**, označující opakování určitého jazykového fragmentu, jak zvuků, slabik, slov či jednoduchých větných celků při iniciaci řeči, nebo **automatismy**, tedy spontánně opakovaná různá zvolání, výkřiky, pozdravy, vlastní jména, vulgarismy, jenž se frekventovaně vyskytují v běžné řeči (“Jak se jmenujete?” “Jo, jo, jo...”).

Mezi další symptomy této fatické poruchy patří **perseverace**, znamenající ulpívání na předchozím podnětu v dalších odpovědích, kdy daný podnět již nepůsobí. Daný jedinec například při vyjmenování měsíců v roce stále opakuje dny v týdnu z předchozího úkolu. Objevovat se též mohou **echolálie**, které se od perseverace liší tím, že subjekt neopakuje slova či jejich části po sobě samém, ale po druhých.

Některé typy afázie se vyznačují hlavně **poruchou porozumění mluvené řeči**, tedy neschopností dekodovat a poté reagovat na obsah přijaté informace. Tuto poruchu lze odhalit z projevů chování dané osoby, kdy reakce na naše verbální pokyny nejsou odpovídající.

V mluvním projevu osob s afázií lze často zaznamenat nedodržování gramatických pravidel, většinou skloňování a časování slov při tvorbě vět, tzv. **agramatismus**. U fluentních typů afázie se také vyskytuje **paragramatismus**, označující nesprávné pořadí normálních či zkomolených slov ve větě (Čecháčková in Škodová, Jedlička, 2007, Obereingerů, 2013).

1.2.3 Přidružené poruchy symbolických funkcí

Již z terminologického vymezení této fatické poruchy vyplývá, že včetně výše zmíněných symptomů ji mohou v různých formách provázet získané poruchy symbolických funkcí, do nichž patří alexie, agrafie, apraxie, agnózie a akalkulie.

Alexii se označuje porucha nebo ztráta schopnosti číst nebo rozumět psané řeči. Mnohdy se alexie pojí s **agrafií**, tedy s úplnou či částečnou ztrátou schopnosti vyjadřovat se formou písma (Obereingerů, 2013)

Alexie bývá dále dělena (Love, Webb 2009; Kertesz in Kulišťák, 2011):

- *alexie bez agrafie* – vzácný syndrom, kdy řečové funkce a schopnost psát (spontánně i na diktát) jsou zachovány, ale daný jedinec nedokáže přečíst celá slova, ani jednotlivá písmena;
- *alexie s agrafií* – může být jako samostatný syndrom či jako důsledek afázie, narušeno je čtení (slova, písmena, číslice i hudební noty) i psaní;
- *afatická alexie* – nejedná se o samostatnou přidruženou alexii, ale hlavní symptomy afázie většinou způsobí tolik poruch, že čtení je postiženo sekundárně;
- *hemialexie* – obtíže při čtení textu v levém zorném poli;
- *pseudoalexie* – potíže se vyskytují při hlasitém čtení, ale porozumění čtenému je zachováno;
- *unilaterální paralexie* – porucha čtení části slov.

Dle Hécaena et al. (in Kulišťák 2011) se agrafie také člení do několika typů:

- *agrafie s expresivní afázií* – paragrafie písma, paragramatismy s používáním podstatných jmen a sloves v infinitivu, psaní slov, jména a adresy zachováno, ale delší spontánní psaní není možné, opisování nebývá narušeno;
- *senzorická agrafie* – psaní zkomolenin a nesmyslných slov;
- *parietální agrafie* – též paragramatismy, dále obtíže s hledáním slov, perseverace, porucha opisování;
- *agrafie při konduční afázií* – psaní podle diktátu je lepší než spontánní.

Společně s agrafií se mohou vyskytovat poruchy grafomotorických funkcí projevujících se například potížemi s identifikací písma, čmáranicemi, špatná úprava formální stránky a vzhledu písma, nečitelnost písma, snížené tempo psaní, perseverace, neschopnost psát rukou i na počítači atd. (Obereingerů, 2013).

Apraxii vysvětluje De Renzi (in Obereingerů, 2013) jako “ztrátu nebo poruchu schopnosti vykonávat účelné pohyby, nacvičené pohybové úkony, pohybové

stereotypy či napodobovat předvedené pohyby druhé osoby.” Love a Webb (2009) ji dělí na:

- *ideomotorickou apraxii* – narušena jsou jednotlivá motorická gesta, nikoliv motorické plány;
- *ideatorní apraxii* – potíže ve vykonávání jednotlivých kroků komplexnějších motorických plánů;
- *konstrukční apraxii* – narušení schopnosti plánování pohybu v prostoru;
- *řečovou apraxii* – neschopnost sladit řečové pohyby a správnou artikulaci hlásek tak, aby řečový projev byl srozumitelný, porozumění řeči zachováno; (Kulišťák, 2011)
- *orální (bukofaciální) apraxii* – porucha neřečových pohybů orálního svalstva.

Porucha vizuálního, sluchového či taktilního rozpoznávání předmětů či jiných prvků ze zevního prostředí nebo vlastního těla, jenž není způsobena smyslovou, řečovou či kognitivní poruchou, se nazývá **agnózie**. K agnózii se váže *Gerstmannův syndrom* zahrnující poruchu poznávání jednotlivých prstů na ruce, pravo – levé orientace, akalkulii a agrafii. **Akalkulie** znamená poruchu početních operací (Ambler in Obereignerů, 2013; Love a Webb, 2009).

Dle Kejklíčkové (2011) se výskyt a závažnost zmíněných symptomů může proměňovat vzhledem k délce trvání afázie. Při akutní fázi, zhruba 4–6 týdnů od vzniku poškození, daný jedinec mnohdy nemluví, reaguje pouze stereotypními nebo sténáním. Až u čtvrtiny afázií se po delší době začnou řečové schopnosti zlepšovat. Pokud afázie trvá déle než jeden rok, stává se chronickou.

1.3 Klasifikace afázie

V současné době stále není vytvořený jednotný systém klasifikace afázie. Tato nejednost vyplývá ze vzniku různých afaziologických škol a z variability symptomů této fatické poruchy (Čecháčková in Škodová, Jedlička; Love, Webb, 2009). Klenková (2006) doplňuje, že tato rozdílnost může být určena tím, ve které oblasti (medicína, lingvistika, psychologie atd.) daný odborník zabývající se touto problematikou působí.

Syndromy afázie jsou mnohdy pojmenované na základě osobní názorové zaujatosti badatele. To může vést k tomu, že stejný název v odlišných klasifikačních

systemech vyjadřuje jiné syndromy afázie s rozdílnou lokalizací léze (Love, Webb, 2009). Obereignerů (2013) ale dodává, že při globálním pohledu na klasifikace afázie zjistíme, že podstatné klinické symptomy jsou zahrnuty vždy.

O **první známé klasifikační dělení** se zasloužili v devatenáctém století dva francouzští lékaři **Paul Pierre Broca a Karl von Wernicke**. To vychází z předpokladu, že určitá lokalizace léze v mozku způsobuje specifické typy afázie. Podle toho vymezili Brocovu afázii, odvozenou od poškození Brocovy oblasti v mozku zodpovědné za motorickou realizaci řeči, a Wernickeho afázii při poškození Wernickeho oblasti v mozku obstarávající porozumění řeči. Postupně přibývaly další typy jako transkortikální, amnestická atd.

V současnosti se již opouští od pohledu, že určitá léze způsobuje konkrétní typ afázie, neboť byly zjištěny případy, kdy stejný typ afázie byl způsoben při poškození v různých oblastech mozku. V dnešních klasifikacích se sice stále objevují klasické názvy syndromů afázie z devatenáctého století (Brocova, Wernickeho, transkortikální, amnestická afázie), ale jejich obsah se liší (Cséfalvay, 2007).

V praxi se také stále používá, především před provedením komplexnější diagnostiky, **dichotomická klasifikace**. Ta dělí afázii na **expresivní (motorickou)**, projevující se zhoršenou produkcí řečového projevu a **percepční (senzorickou)** vyznačující se sníženým porozuměním řeči. Vzhledem k tomu, že obtíže v expresi se objevují v různé míře u každé afázie, je tato klasifikace považovaná za nepřesnou i svým názvem (Cséfalvay, 2007; Love, Webb, 2009).

Proto je uznávanější **modernější dichotomické dělení afázie**, které tuto fatickou poruchu nepohlíží z hlediska exprese, ale zaměřuje se na fluenci spontánního řečového projevu. Na základě toho vyčleňuje dva typy afázie – **fluentní a nonfluentní** (Love, Webb, 2009).

Cséfalvay (2007) udává, že v dnešní době logopedi i lékaři mnohem více užívají k dělení syndromů afázie **Bostonskou klasifikaci** pomáhající zlepšovat interdisciplinární komunikaci mezi těmito odborníky. Obereingerů (2013) blíže popisuje, že se tato klasifikace zaměřuje na hodnocení čtyř základních percepčně – kognitivních schopností: *pojmenování na základě zrakové percepce, fluenci spontánního řečového projevu, porozumění mluvené řeči, schopnost opakovat verbální projev*. Slabou stránkou této klasifikace je opomíjení zhodnocení dalších

funkcí jako zrakově – prostorové orientace, pravo – levé orientace, gnozie, praxie, atd. Dle výše zmíněných kritérií vymezuje Bostonská klasifikace osm typů afázie, které jsou blíže specifikovány v příloze A.

K dalším často zmiňovaným klasifikacím patří zejména Lurijova neuropsychologická klasifikace afázie, Kimlova klasifikace afázie, Hrbkova klasifikace afázie a na ní navazující Olomoucký klasifikační systém afázie (viz příloha B).

I přes klasifikační dělení afázie nelze opomíjet individuálnost každé osoby s afázií. Zmíněné symptomy se mohou u každého objevovat v různé míře oproti jiné osobě se stejným typem afázie. Existují dokonce názory zmiňující, že symptomatologie je natolik variabilní a není možné tuto fatickou poruchu třídit do relevantních kategorií (Csfévalavay 2007, Obereingerů, 2013).

Cfévalvay (2007, s. 16) ale dodává, že většina afaziologů se shoduje, že *“navzdory této poměrně značné interindividuální (mezi dvěma osobami s toutéž afázií) a intraindividální (změny afázie u jedné osoby i po krátkém čase) variabilitě je možné, aby byli osoby s afázií řazeni do základních syndromů afázie”*.

1.4 Prognóza afázie

Stejně jako klinický obraz afázie i její **prognóza je velmi individuální**. V některých případech může dojít k rychlému vymizení symptomů či přechodu na mírnější typ afázie, někdy ale naopak trvale zůstává závažný stav. Vždy **záleží na typu a stupni afázie**. Příznivější prognóza bývá častěji u expresivního typu afázie oproti percepčnímu, a především globálnímu typu (Čecháčková in Jedlička, Škodová, 2007; Neubauer, 2018).

Následující průběh afázie se též může odvíjet od její **příčiny**, kdy například hemoragická CMP mívá závažnější následky než ischemická (Tyrliková, Bareš, 2012). U zánětlivých onemocnění majících vliv na fatické funkce, bývá prognóza příznivější, občas s přetrvávajícími mnestickými (paměťovými) obtížemi. Nejistý průběh rehabilitace přináší úrazy mozku, neboť často obdobný typ poranění má sice stejný klinický obraz, ale následky na konečný stav jedince jsou různě závažné.

Vliv na prognózu afázie může mít také **věk** osoby s afázií, neboť výhodou dětského organismu, oproti dospělému, je jeho větší schopnost reverzibility neboli

schopnosti uzdravovat se, a reedukace probíhá v dětském věku také lépe (Čecháčková in Škodová, Jedlička, 2007).

Cséfalvay (2007) také zmiňuje, že akutní afázie nemusí vždy přecházet do chronického stádia, neboť vlivem **plasticity mozku** se může tato fatická porucha spontánně upravit a její projevy mohou úplně či částečně vymizet. Plasticitu mozku vysvětluje Kulišťák (2003) jako schopnost neuronálních sítí mozku vytvářet nová spojení, včleňovat je do propojení vzniklých dříve, budovat zpětné vazby a udržovat vše na vysokém stupni funkčnosti. Po poškození mozkové tkáně, ať už cévním, traumatickým, infekčním či jiné etiologie, začnou fungovat mechanismy plasticity umožňující reparaci nervové tkáně.

Brookshire (in Neubauer, 2018) ale na základě svých výzkumů upozorňuje, že příznivou prognózu může zlepšit nejen uzdravování nervové tkáně, ale také kvalitní terapeutický program vedený kvalifikovaným specialistou v oblasti klinické logopedie.

Neubauer (2018) dodává, že velmi důležitým faktorem majícím vliv na prognózu osoby s touto fatickou poruchou je její osobní anamnéza a postoj ke své diagnóze. Rizikem může být počáteční závažný stav s obrazem těžké fatické poruchy, přidružené zdravotní komplikace, a především nízká motivace ke spolupráci při rehabilitaci či nepříznivé sociální prostředí.

2 Logopedická intervence u osob s afázií

Z první kapitoly vyplývá, že při afázii dochází k poruše v oblasti individuálního jazykového systému a následné ztrátě či snížení řečových a komunikačních schopností. Na základě těchto faktů je logopedická intervence stěžejní složkou péče o osoby s touto fatickou poruchou.

2.1 Systém logopedické intervence u osob s afázií

Logopedická intervence vychází ze dvou odborných termínů. Tím prvním je **logopedie** označující obor zaměřující se na poruchy řečových, jazykových a celkově komunikačních schopností. Druhým je **intervence** znamenající dle *Logopedického slovníku* (Dvořák, 2001) zasáhnutí do určitého jevu či procesu za účelem ovlivnit jej.

Logopedickou intervenci lze vysvětlit jako komplex specifických aktivit, které logoped koná za určitým cílem. Jedná se o multifaktoriálně podmíněný proces prolínající se do třech úrovní: **logopedická diagnostika, logopedická terapie a logopedická prevence**. Dnes tento termín nahrazuje pojmy jako “logopedická péče”, “výchova řeči” či “logopedická činnost” atp. (Klenková, 2006; Lechta in Škodová, 2007).

V České republice je logopedická intervence zajišťovaná rezorty Ministerstva školství, mládeže a tělovýchovy (dále MŠMT), Ministerstva zdravotnictví (dále MZ) a Ministerstva práce a sociálních věcí (dále MPSV). Na její poskytnutí mají nárok osoby všech věkových kategorií (Neubauer, 2014, 2018; Klenková; 2006).

V oblasti MŠMT je logopedická intervence určena dětem a žákům s poruchou řečové komunikace a také dětem intaktním v rámci prevence a dochází k ní v programech nebo pracovištích základních a speciálních škol logopedických, v předškolních zařízeních, ve speciálně pedagogických centrech pro děti s vadami řeči či v pedagogicko – psychologických poradnách.

Dle *Metodického doporučení k č.j. 14 712/2009-61 zabezpečení logopedické péče ve školství* může v tomto rezortu vykonávat logopedické činnosti pouze **logoped** s magisterským vzděláním zakončeným závěrečnou zkouškou z logopedie. Pod jeho vedením, především v mateřských školách, působí také **logopedický asistent**, jenž dosáhl své odborné způsobilosti buď vysokoškolským studiem (nejčastěji

bakalářským) zakončeném státní zkouškou z logopedie nebo v rámci celoživotního vzdělávání zaměřeného na speciální pedagogiku – logopedii či absolvováním kurzu logopedické prevence akreditovaného MŠMT.

U dospělých a osob v seniorském věku s diagnózou afázie je logopedická intervence poskytovaná v rámci MZ a také pod MPSV. Logopedičtí pracovníci konající svou praxi v **rezortu MZ** mají označení **klinický logoped**. Dle zákona č. 96/2004 Sb. o *podmínkách získávání a uznávání způsobilosti k výkonu nelekářských zdravotnických povolání a k výkonu činností souvisejících s poskytováním zdravotní péče a o změně některých souvisejících zákonů (zákon o nelekářských zdravotnických povolání)* musí klinický logoped získat odbornou a specializovanou způsobilost pro své povolání absolvováním bakalářského a následně magisterského studia se státní závěrečnou zkouškou z logopedie a surdopedie a poté absolvováním specializačního vzdělávání v délce 3 let ukončeném atestační zkouškou.

Před získáním této odborné a specializované způsobilosti je logoped povinen pracovat u poskytovatele zdravotních služeb pod odborným dohledem klinického logopeda způsobilého k výkonu povolání bez odborného dohledu. Také nyní dle novely č. 201/2017 Sb. tohoto zákona bude potřeba, aby logoped po ukončení magisterského studia a před zahájením specializačního vzdělávání absolvoval akreditovaný kvalifikační kurz *Logoped ve zdravotnictví* prováděný vysokou školou podle zvláštního právního předpisu.

Po splnění všech daných podmínek se logoped stává *klinickým* a může vykonávat činnost v rámci diagnostické, rehabilitační, preventivní, posudkové a dispenzární péče v oboru klinická logopedie. Mezi jeho hlavní kompetence poté patří diagnostická a terapeutická práce u dětí, adolescentů, dospělých a seniorů s různými poruchami řečové komunikace. Často spolupracuje s praktickými lékaři, otorinolaryngology, neurology, foniatry, s psychiatry a jinými odborníky (Neubauer, 2014, 2018).

Logopedickou intervenci poskytuje klinický logoped buď v logopedických ambulancích nebo v logopedických pracovištích lůžkových zařízení (např. v nemocnicích, léčebnách nebo rehabilitačních ústavech) či výjimečně u imobilních klientů v jejich domácím prostředí. Péče klinického logopeda je hrazená ze zdrojů zdravotních pojišťoven. Pouze pokud jeho zdravotní zařízení nemá smlouvu

s pojišťovny, musí si klient péči hradit sám (Logopedická péče – kdy, kde, jak, © 2020).

V oblasti MPSV bývá logopedická intervence jako součást komplexní rehabilitace uskutečňovaná v zařízeních typu ústavů sociální péče či v zařízeních pro stárnoucí osoby, dále v občanských spolcích či ve střediscích rané péče. Nejvíce si na ní zakládají zařízení určené pro děti a mládež s tělesným a mentálním postižením, které mnohdy disponují logopedickými pracovišti na úrovni rezortu školství pro svou kvalitní diagnostickou a terapeutickou činnost.

Neubauer (2018) konstatuje, že poskytování logopedické péče dospělým a stárnoucím osobám v tomto rezortu je u nás velmi podceňované a systémy aktivní terapeutické činnosti se teprve rozvíjí díky spolupráci s odborníky z oblasti zdravotnictví či se speciálními pedagogy s logopedickou kvalifikací, pokud jsou v daném zařízení zaměstnáni. Stále častěji se také volí možnost docházení klinického logopeda do daného zařízení, v němž zajišťuje terapeutická sezení a instruování personálu o možnostech podpory svých klientů z hlediska komunikace.

Nejvíce ale v rámci MPSV poskytují logopedickou intervenci speciální pedagogové – především se zaměřením na logopedii a surdopedii. Jejich kvalifikační předpoklady se mohou lišit dle typu zařízení a náplně jejich práce (Fukanová in Škodová, Jedlička, 2007).

V obou zmiňovaných rezortech (MZ a MPSV) by logopedická intervence u dospělých a stárnoucích osob měla vést k obnově či udržení jejich řečových a komunikačních schopností a k zachování kvalitního sociálního kontaktu s okolím.

2.2 Možnosti prevence příčin afázie

Prevence obecně označuje soubor určitých opatření vedoucích k předcházení nežadoucích jevů. V oblasti logopedie lze využívat metody primární, sekundární i terciální prevence.

Primární prevence se v logopedii týká dětské populace. Dělí se na **nespecifickou** zaměřenou na podporu vhodných stimulů zkvalitňujících celkový vývoj dítěte včetně správného rozvoje řečové komunikace, a **specifickou** zacílenou na předcházení konkrétních jevů, které se často v populaci vyskytují - např. odchylky ve vývoji artikulace, specifické poruchy učení... (Lechta in Škodová, Jedlička, 2007).

Sekundární a terciární prevence se váže i na dospělou populaci. Cílem **sekundární prevence**, konkrétně u afázie, je na základě včasného odhalení přítomnosti a příčiny této poruchy a vymezení efektivní terapie zamezit zhoršování jejich projevů. V ideálním případě vede k jejímu odstranění. Proto k nejvýznamnějším sekundárně preventivním aktivitám klinického logopeda patří provedení komplexní, interdisciplinární diagnostiky a určení vhodné terapeutické pomoci. (Lechta in Škodová, Jedlička, 2007; Neubauer, 2018)

Snahou **terciární prevence** je u osob s afázií eliminovat následky této fatické poruchy, které mají negativní vliv na kvalitu jejich života, zejména ztížený kontakt se sociálním okolím, psychické následky a omezené možnosti pracovního uplatnění. Při snižování těchto negativních jevů se řadí mezi účinné postupy rozvoj skupinových aktivit, svépomocných skupin či uplatňování psychoterapeutického přístupu. Mnohdy tyto postupy vyžadují mezioborovou spolupráci, především se sociálními pracovníky či organizacemi zaměřenými na podporu osob s afázií, jejich rodin a blízkých osob (Neubauer, 2018).

Z výše uvedeného vyplývá, že z hlediska logopedie nelze preventivně působit proti vzniku afázie. Prevence ale může spočívat ve snaze předcházet příčinám, kvůli nimž k této fatické poruše dochází. Například CMP nemusí vznikat pouze vlivem věku, dědičnosti, pohlaví či z meteorologických faktorů. Naopak její příčinou mohou být rizikové faktory, které lze v rámci primární prevence ovlivnit. Mezi ně patří hypertenze, onemocnění srdce, vysoká hladina cholesterolu, diabetes, kouření, syndrom spánkové apnoe, obezita spojená s nedostatkem fyzické aktivity či nadměrná konzumace alkoholu (Amber, 2011; Kalita, 2006; Kejkličková, 2011).

Dle Spence (2008) dokáže kvalitní primární prevence snížit riziko vzniku CMP až od 75 %. K tomu může pomoci správná životospráva zahrnující především vhodnou stravu, dostatek pohybu, zákaz kouření, omezení stresových situací a konzumace alkoholu, též správnou léčbu hypertenze a diabetu.

U osob, jež prodělali CMP, je nezbytná sekundární prevence zacílená na minimalizaci rizika recidivy tohoto onemocnění. Ta spočívá nejen ve správné životosprávě, ale také v nastavení vhodné farmakologické léčby ovlivňující vlastnosti krve a režimová opatření. V některých případech může pomoci i chirurgické zákroky zlepšující průchodnost cév (Cévní mozková příhoda – iktus, © 2020).

V současné době je také většina osob účastníky silničního provozu, kde vlivem dopravních nehod přibývají závažné poškození mozku. Proto je důležité dbát na dodržování silničních pravidel, používat bezpečnostní pásy a přilbu při jízdě na kole či motocyklu (Krvácení do mozku: Vše co potřebujete vědět, © 2019).

Dle Čecháčkové (in Škodová, Jedlička, 2007) si přes dostatečné povědomí o správné životosprávě řada osob uvědomí svou nedůslednost, až když dojde k poškození jejich centrální nervové soustavy. Z těchto důvodů doporučuje, aby osobám s afázií bylo připomínáno, že svůj psychický i fyzický stav mohou také sami aktivně ovlivnit.

2.3 Logopedická diagnostika afázie

Diagnostika označuje rozpoznávání určitého jevu. Z hlediska logopedie se jedná o zachycení celkového stavu řečových a komunikačních schopností, odhalení poruchy řečové komunikace, její závažnosti, nejlépe i její příčiny a zpracování návrhu následné logopedické intervence. Nelze opomenout diferenciativní diagnostiku, jejímž cílem je rozlišit od sebe určité poruchy řečové komunikace mající podobné symptomy (Lechta in Škodová, Jedlička, 2007; Neubauer, 2018).

Dle Neubauera (2018) by logopedická diagnostika u afázie měla být v současnosti nedílnou součástí komplexní diagnostiky realizované víceoborovým týmem složeným zejména z neurologa, klinického psychologa, neuropsychologa a sociálního pracovníka. Cséfalvay (2007, str. 34) řadí mezi základní cíle diagnostiky afázie:

- posouzení, zda se v klinickém obraze skutečně vyskytuje afázie;
- diagnostika afázie v akutním stádiu onemocnění;
- vymezení typu a stupně afázie, zjištění mechanismu narušení;
- diagnostiku tzv. funkční komunikace osob s afázií – zjištění úrovně každodenní komunikace (v běžných situacích) osoby mající afázií;
- analýzu některých specifických symptomů afázie (pojmenování podstatných jmen a sloves) nebo vyšetření specifické populace (bilingvní osoby).

V počátku diagnostického procesu nelze opomíjet vyšetření sensorických (smyslových) a motorických schopností a seznámit se s kompletní zdravotně – sociální anamnézou dané osoby. Pokud je to možné, měl by také logoped od nejbližšího sociálního okolí zjistit, jaká byla úroveň řečových a komunikačních schopností dané osoby před poškozením mozku, (Vitásková, Mlčochová, 2013).

Obereignerů (2013) též doporučuje během diagnostiky zaměřené na odhalení přítomnosti afázie alespoň orientačně zhodnotit, zda a do jaké míry se podílejí na narušení řečové komunikace i jiné “neafatické” příčiny, které mohou výsledky vyšetření významně ovlivnit. Mezi tyto příčiny řadí: změněný stav vědomí, orientační poruchy, přítomnost deliria, možnost přítomnosti syndromu demence či těžkého stupně mentálního deficitu, poruchy zraku, sluchu či hlasu, narušená funkce mluvidel (fonace a artikulace) a jiné neurologické poruchy.

Csfélvay (2007) dodává, že diagnostika afázie by měla být vždy dlouhodobý proces, často prolínající se již s tím terapeutickým, neboť projevy afázie se mohou měnit v závislosti na době od poškození mozku. Proto se má diagnostický proces skládat z orientačního vyšetření, které může provést i lékař (nejčastěji neurolog), a komplexního vyšetření patřícího do kompetencí klinického logopeda.

2.3.1 Orientační vyšetření, screening afázie

K orientačnímu vyšetření dochází již v akutním a subakutním stádiu, tedy v krátkém čase po poškození mozku. Zaměřuje se na zhodnocení aktuálního stavu řečové komunikace a zachycení zachovaných komunikačních schopností využitelných pro počátek terapeutického procesu. Konkrétně se jedná o posouzení přítomnosti afázie, snaze určit typ a stupeň afázie zejména na základě vyšetření spontánní produkce a porozumění řeči a následně pomocí vyšetření orientujících se na schopnost pojmenovávání, opakování a na lexii a grafii.

V průběhu i při vyhodnocování orientačního vyšetření by měl klinický logoped respektovat, že pacienti v akutním a subakutním stádiu jsou rychle unavitelní, nedokážou se dlouho koncentrovat, mohou mít bolesti a užívat léky ovlivňující jejich výkonnost při testování afázie (Cséfalvay, 2007; Neubauer, 2018).

Z těchto důvodů se pro zjištění přítomnosti poruchy fatických funkcí a jejího celkového charakteru používají krátká screeningová vyšetření. V českém prostředí se

jedná zejména o patnáctiminutový *Mississippi Aphasia Screening Test* (MAST) skládající se z devíti subtestů hodnotících automatickou řeč, pojmenování, opakování, fluenci při popisu fotografie, psaní na diktát, rozumění alternativním otázkám, rozumění slovu – identifikace objektů, rozumění mluvené a čtené instrukci (Cséfalvay, 2007; Košťálová, 2012).

Dále se užívá desetiminutový *Aphasia Screening Test* – AST zjišťující nejen stav individuálních jazykových schopností, ale také odhalující další poruchy vzniklé poškozením mozku jako je vizuální opomíjení zrakového pole, dyspraxie, poruchy pravo – levé orientace či poruchy vnímání svého tělesného schématu (Preiss a kol. in Neubauer, 2018).

Neubauer (2007) dodává, že orientační vyšetření by měla následně doplňovat diferenciální diagnostika odlišující afázií od jiných poruch řečové komunikace vzniklých na bázi poškození mozku. K tomu může například sloužit právě Neubauerovo *Vyšetření získaných neurogenních poruch komunikace* (VZNPŘK).

2.3.2 Komplexní vyšetření afázie

Komplexní vyšetření se provádí zhruba po několika týdnech, měsících, kdy bývá klinický obraz afázie ustálen a přechází do chronického stádia. V tomto stádiu již většinou osoba s touto fatickou poruchou dokáže lépe a déle spolupracovat. Cílem tohoto vyšetření je zhodnocení veškerých oblastí podílejících se na komunikačním procesu. (Cséfalvay, 2007; Neubauer, 2018; Obereignerů, 2013).

Cséfalvay (2007) dělí komplexní testy do třech typů. Prvním typem jsou **kvantitativně orientované testy** afázie pomáhající přesněji vymezit symptomy afázie a její rozsah. Poté na základě přesně určených kritérií hodnocení výkonů osoby s afázií u jednotlivých řečových funkcí umožňují klasifikovat tuto fatickou poruchu do klinických syndromů.

V praxi se objevují zejména dva kvantitativní testy, které se odkazují na Bostonskou klasifikaci afázie. Tím prvním testem je *Boston Diagnostic Aphasia Examination* (BDAE). Druhým, strukturou velmi podobným, ale celosvětově více používaným, je *Western Aphasia Battery* (WAB). Tento test má i českou verzi a skládá se celkem z osmi subtestů zaměřených na expresivní a receptivní složky řeči,

spontánní řeč, verbální porozumění, opakování, pojmenování, lexii, grafii, apraxii, kalkulií a vizuoprostorovou orientaci (Cséfalvay, 2007; Obereignerů, 2013).

Dalším typem jsou **kvalitativně orientované testy** posuzující způsob a kvalitu řešení dané úlohy. Nehodnotí pouze, zda osoba s afázií umí danou úlohu vyřešit, ale především, jaké jsou její odpovědi. Analýza těchto odpovědí je stěžejním aspektem těchto vyšetření. Do této kategorie spadá *Lurijovo vyšetření* (Cséfalvay, 2007).

Dle Neubauera (2018) se ale v současné klinické praxi velmi často užívá kvalitativní komplexní test *Vyšetření fatických funkcí* (VFF). VFF slouží k určení klinického syndromu afázie podle Bostonské klasifikace. Zároveň sleduje úroveň komunikace po vzniku poškození mozku a detekuje intaktní (neporušené) a narušené komponenty jazykového systému umožňující realizaci porozumění a produkci slov, čtení a psaní. Celý test se obsahově skládá z šesti částí – vyšetření spontánní řečové produkce, porozumění mluvené řeči, schopnosti produkovat slova a věty, nominativních funkcí řeči, čtení a psaní. Každá část má ještě své podoblasti (Košťálová a kol.; 2013).

Třetím typem komplexních testů jsou **testy orientované na funkční komunikaci osoby s afázií**. Jejich cílem není hodnotit jednotlivé řečové funkce, ale to, jak úspěšně dokáže daná osoba komunikovat s okolím i přes projevy afázie. Dle Holanda (in Cséfalvay, 2007) totiž některé výzkumy jasně potvrzují, že osoby s afázií často zvládají dobře komunikovat v běžných denních situacích i s těžkým stupněm této poruchy.

V současnosti se v České republice používá *Dotazník funkcionální komunikace* sledující stav pragmatické komunikace osoby s afázií ve čtyřech oblastech – bazální komunikace, sociální komunikace, čtení a psaní, orientace a čísla v životě. Výkony v jednotlivých oblastech hodnotí rodinní příslušníci, žijící s osobou s afázií v jedné domácnosti, ve spolupráci s klinickým logopedem (Košťálová a ko.. 2015; © Dotazník funkcionální komunikace, 2020).

2.3.3 Speciální testy afázie

V rámci diagnostiky afázie lze využít i další různorodé speciální testy umožňující zaměřit se na vyšetření jen některých jazykových deficitů, především pokud jsou v nějakých testových bateriích opomenuty.

Speciálních testů je velká řada (např. *Boston Naming Test*, *Bilingual Aphasia Test*, atd.), ale v českém prostředí mezi často používané patří *Token test* (TT), který někdy slouží i jako screeningové vyšetření afázie. Principem tohoto testu je na základě instrukce ukázat geometrický tvar (malý či velký) se správným určením barvy (5 barev). Osoba s afázií například plní úkol: *“Vezměte malý bílý kruh”*. TT sleduje zejména úroveň porozumění řeči, ale také krátkodobou paměť. V závislosti na tomto testu vznikl *Reporter’s Test* hodnotící také expresivní řeč osob s afázií, které musí nahlas komentovat, co vyšetřující dělá s geometrickými tvary různé barvy a velikosti (Cséfalvay, 2007; Obereignerů, 2013).

Neubauer (2018) doplňuje, že pro lepší orientační posouzení úrovně kognitivních a percepčních schopností lze v české praxi využít *Zkoušku vizuální pozornosti* (ZVP) a *Mini Mental State Examination* (MMSE).

2.4 Terapie

V oblasti logopedie se terapie zaměřuje na rozvoj a maximalizaci komunikačního potenciálu osoby s poruchou řečové komunikace. Dle diagnózy směřuje vždy k jednomu z realistických cílů, mezi něž patří odstranění poruchy či omezení a potlačení jejích projevů, nebo co nejdříve stabilizace stávajících projevů poruchy a u afázie se jedná zejména o částečnou či úplnou obnovu narušených funkcí.

Dle Čecháčkové (in Škodová, Jedlička, 2007) by terapeutický proces u této fatické poruchy měl být dlouhodobý a systematický s udržení kontinuity od akutního stádia až po období stabilizace. Neubauer (2018) doplňuje, že v rámci terapie afázie, jakožto jazykové poruchy, by měla převažovat stimulace centrálních jazykových a kognitivních funkcí nad zaměřením se hlavně na artikulaci a orofaciální motoriku. Tedy soustředit se především na podporu dorozumívacích schopností než pouze na formální stránku řeči.

Detailněji lze rozdělit terapii afázie do tří rovin, ze kterých následně vychází terapeutické přístupy. V první rovině (tzv. **funkční restituci**) je cílem obnovit nejdříve narušené jazykové funkce jako např. pojmenování, psaní, čtení apod. Další (tzv. **funkční kompenzace**) se zaměřuje na podporu kompenzačních mechanismů, kdy jsou neobnovitelné části komunikačních schopností nahrazeny jinými postupy vyjadřování – např. mluva doplněná gesty či kresbou. V rámci třetí (tzv. **funkční adaptaci**) dochází ke snaze zmírnit co nejvíce psychosociální důsledky afázie (Cséfalvay, 2007; Kejklíčková, 2011).

Čecháčková (in Škodová, Jedlička, 2007) a Neubauer (2018) upozorňují, že během terapie mají být využívány terapeutické techniky a materiály přizpůsobené pro dospělou populaci a terapeut by nikdy neměl k osobě s afázií přistupovat jako k dítěti.

Kejklíčková (2011) navrhuje začít s terapií již v **akutním stádiu** onemocnění. Dle Čecháčkové (in Škodová, Jedlička, 2007) ji ale lze zahájit pouze po dohodě s lékařem a pokud nejsou u osoby s afázií narušeny vitální funkce.

Význam logopedické péče v tomto stádiu spočívá včetně diagnostiky, zejména v poradenství a v zahájení stimulačních technik aktivizujících řeč. Logoped by se měl především snažit pomoci překonat komunikační bariéru mezi osobou s afázií a jeho okolím. Též je důležité informovat osobu s afázií a její rodinu, že se počáteční závažný stav afázie může během několika dní změnit (Cséfalvay, 2007).

V **chronickém stádiu** je cílem obnova sociálních kontaktů a zapojení osoby s afázií do sociálního prostředí. Změny v klinickém obraze afázie v tomto stádiu nebývají již tak výrazné, proto je nutné stanovit si reálné cíle, kterých lze dosáhnout.

Osoba s afázií v chronickém stádiu může využívat nejen individuální i skupinovou formu terapie. Během té **individuální** dochází především ke stimulaci porušených funkcí, které daná osoba potřebuje ke komunikaci a u nichž je možné předpokládat zlepšení (Čecháčková in Škodová, Jedlička, 2007).

Skupinová forma umožňuje komunikační interakci s ostatními osobami s afázií a snižuje tak jejich sociální izolaci. Cílí na zlepšení komunikace v běžném životě. Častou aktivitou je hraní rolí v různých situacích jako například nakupování, návštěvy u lékaře apod. (Cséfalvay 2011, Kejklíčková, 2011).

V tomto stádiu mohou být pro osoby s afázií prospěšné též déle trvající **rehabilitační pobyty**, kde se na terapii podílí řada odborníků, mezi něž patří nejen

kliničtí logopedi, ale také kliničtí psychologové, fyzioterapeuti a ošetřující zdravotnický personál (Čecháčková in Škodová, Jedlička, 2007).

2.4.1 Problematika intenzity terapie u osob s afázií

Efektivitu terapie u osob s afázií ovlivňuje řada faktorů, mezi něž patří rozsah a lokalizace mozkové léze a z toho odvíjející se typ a stupeň afázie, socioekonomický status (někdy i věk) osoby s afázií, časové stádium poruchy (akutní, chronické) a celkové sociální zázemí osob s touto fatickou poruchou. Dále může příznivě terapii ovlivňovat spontánní úprava afázie, ke které dochází vlivem uzdravování poškození mozku. Též je důležitý vhodný výběr terapeutického přístupu a konkrétních technik (Čecháčková in Škodová, Jedlička, 2007, Cséfalvay, 2007).

Velký vliv na úspěšnost terapie u osob s afázií v chronickém stádiu může mít **intenzita terapie**. Ukazuje se, že čím je terapie intenzivnější (např. téměř každodenní), tím se zvyšuje její úspěšnost. V praxi je ale pro řadu osob s afázií intenzivní terapie nedostupná. U některých z nich dochází k terapii pouze jedenkrát do měsíce, jiní dlouho čekají, než je klinický logoped přijme do své péče a v některých případech k logopedické péči vůbec nedochází. Častým důvodem „neintenzivní“ terapie může být imobilita osob s afázií zabraňující jim samostatně se dostavit do ambulance, absence logopedického pracoviště v blízkém okolí či přeplněné kapacity klinických logopedů a rehabilitačních zařízení (Cséfalvay, 2007; Hoidekrová in Zatloukalová, 2019; Neubauer, 2018; Zatloukalová 2019).

Proto se řada odborníků (např. Cséfalvay, 2007; Čecháčková in Škodová, Jedlička, 2007, Neubauer, 2018, aj.) shodují, že pro zachování intenzivnější terapie je nezbytná spolupráce s rodinou či nejbližším okolím osob s afázií. Velmi potřebné je, aby se někdo z těchto nejbližších stal v terapii komunikačním partnerem.

Komunikační partner (tzv. facilitátor komunikace) po zaškolení klinickým logopedem provádí, nejlépe každý den, určité terapeutické postupy s osobou s afázií v jejím přirozeném prostředí a podává zpětnou vazbu logopedovi o úspěšnosti daného postupu (Cséfalvay, 2007).

Mimo to patří mezi jeho úkoly stimulace a korigování mluveného (či psaného) projevu osoby s afázií, aby nedocházelo k nesprávnému užití a špatnému zafixování terapeutických prvků a postupů. Dále také zlepšení komfortu osoby s afázií a snížení

jejího strachu z řečového projevu, a především pomoci dané osobě vyjádřit svůj komunikační záměr. Facilitátor by měl respektovat požadavky komunikačního a sociálního prostředí osoby afázií a brát na vědomí její komunikační limity a charakteristiku jejího komunikačního projevu. Osoba s afázií musí úlohu komunikačního partnera akceptovat, jinak by mohlo docházet ke vzniku kontraproduktivních, pro obě strany nepříjemných a stresujících obtíží (Vitásková, Mlčochová, 2013).

Cséfalvay (2007) dle svých zkušeností hodnotí, že získat příbuzné pro denní intenzivní spolupráci je velmi těžké. Často jejich motivace upadá, když se u osoby s afázií zmírní tempo zlepšování se. Na základě toho by doporučoval inspirovat se od jiných zemí (zejména USA), kde na specializovaných pracovištích pracují dobrovolníci či studenti logopedie nebo léčebné pedagogiky, kteří po absolvování odborného kurzu a při následné spolupráci s logopedem – afaziologem zastupují rodinné příslušníky, jež se nemohou z různých důvodů podílet na intenzivní terapii, v rolích komunikačních partnerů.

K zachování intenzivní terapie bez nutnosti opouštět své přirozené prostředí dále může pomoci využití informačních technologií nebo také logopedická péče v domácím prostředí osoby s afázií prováděná zejména klinickým logopedem (Neubauer, 2018; Rejmanová, 2019; Zatloukalová, 2019).

2.4.2 Terapeutické přístupy, metody a specifické techniky u afázie

Terapie afázie může být ovlivněna **kognitivně – neuropsychologickým přístupem** zaměřujícím se primárně na obtíže ve funkci některé modalitě kognitivních procesů - např. poruchy rozumění řeči. Jeho základem je na základě diagnostiky vytvořit pracovní hypotézu o předpokládané funkční lézi a detekovat intaktní a narušené moduly v rámci modelu jazykových procesů. Od toho se následně odvíjí terapie, která krok po kroku stimuluje konkrétní narušené funkce (Cséfalvay, Košťálová, Klimešová, 2002).

Postupy a techniky, které jsou v tomto přístupu aplikovány, jsou facilitační a stimulační s cílem využití transferu, který umožní, že při zmírnění v určité kognitivní modalitě (např. pojmenování) selepší komunikace s okolím - např. pokud se osoba s afáziílepší v terapeutických aktivitách zaměřených na porozumění řeči,

zlepší se jeho výkon v konverzaci s lidmi (Cséfalvay; 2007; Neubauer, 2018, str. 458–459).

K dalším přístupům se řadí **pragmaticky orientovaná terapie** orientující se na zlepšení funkční komunikace osob s afázií v běžné každodenní komunikaci. Tedy nesnaží se stimulovat pouze izolované jazykové deficity, ale jejím cílem je především zmírnit důsledky těchto narušení na komunikaci jako celek (Cséfalvay, 2007).

V rámci ní se například využívá **konverzační trénink**, kdy se osoba s afázií za pomoci terapeuta učí krátký scénář (např. nakupování) a následně ho musí předvést před třetí nestrannou osobou, nejčastěji před příbuzným. V zahraničí se také využívá **program PACE**, kdy je cílem, aby osoba s afázií dokázala sdělit konkrétní informaci s možností vybrat si jakýkoliv způsob komunikačního sdělení (Cséfalvay, 2007; Neubauer, 2018).

K užívaným přístupům patří také **Lurijova neuropsychologická koncepce obnovovací terapie** vyzdvihující, že řeč se při afázii obnovuje především prostřednictvím speciální, vhodně organizované, obnovovací, restituční terapie. Dochází při ní k tvorbě nových funkčních systémů, které se předtím nepodílely na realizaci porušené funkce – například při obnově čtení využíváme hmat a kinestezii při obtahování trojrozměrných písmen apod. (Neubauer, 2018)

Zejména u osob s expresivním typem afázie, kdy produkce slov je výrazně oslabena, ale porozumění zůstává zachováno, se využívají **specifické terapeutické postupy** (Cséfalvay, 2007). Do nich lze zařadit **melodicko – intonační terapii**, kdy se jedná o strukturovaný program založený na stimulaci řeči formou intonování krátkých frází spojeného s tzv. tappingem (třukáním terapeutovým prstem do levé dlaně osoby s afázií na každou slabiku) nebo rytmickým hýbáním jedné horní končetiny (Nadeau, 2011; Norton a kol, 2009).

Dále lze aplikovat **vysoce automatizované formy řeči**, kdy je řečová produkce aktivizovaná opakováním – číselných řad, dnů v týdnu, měsíce, roční období, apod. Postup se užívá především u těžkých nonfluentních afázií. Pokud jsou tyto závažné afázie spojeny také s agrafií a alexií zařazuje se do terapeutického procesu **využití kresby při komunikaci** (Cséfalvay, 2007). Neubauer (2018) také zmiňuje metodu **tlumení perseverací**, během níž se dochází k prodloužení pauzy

mezi ukázáním stimulu a jeho pojmenováním zařazením jiné modalit (gesto, kresba, počáteční písmeno atd.).

U osob s globálním typem afázie či s těžkou perzistentně přetrvávající motorickou afázií je vhodné využívat **terapii s využitím neverbálních komunikačních prostředků**, při které se ke komunikaci používají různá gesta a symboly - např. komunikační knihy složené s lehce vnímatelných černobílých piktogramů. Jedná se tedy o poskytnutí vyhovující formy augmenativní (doplňující, usnadňující) komunikace pro afatika a jeho komunikačního partnera (Neubauer, 2018).

Obecně je vhodné během terapie užívat pestrý obrazový materiál, propojovat mluvu, čtení a psaní pro co největší stimulaci produkce a porozumění řeči, snažit se slova vkládat alespoň do jednoduchých větných konstrukcí, tvořit dějové posloupnosti či využívat melodicko – rytmizační postupy atd. Terapie by vždy měla být přizpůsobena individuálním potřebám osoby s afázií a podporovat jeho schopnost komunikovat v běžných každodenních situacích (Cséfalvay, 2007; Neubauer, 2018).

3 Psychosociální důsledky afázie a systém terénní logopedické péče u osob s afázií

Dle Lechty (2005) patří ke specifickým principům v logopedické intervenci (především v terapii) *princip celostního (holistického) přístupu*. Na základě něhož by měl terapeut přistupovat k člověku s narušenou komunikační schopností jako k bio - psycho - sociální bytosti. Tedy zohledňovat jeho speciální potřeby i specifika jeho životního prostředí a nesoustředit se pouze na jeho narušenou komunikační schopnost.

Z toho vyplývá, že u osob se získanou poruchou řečové komunikace vzniklou vlivem poškození CNS je nutné při rozhodování o možnostech logopedické péče brát v potaz veškeré následky způsobené tímto poškozením.

Proto třetí kapitola shrnuje některé možné psychosociální důsledky spojené s afázií a poškozením mozku mající vliv na život člověka a jeho blízkých. Z hlediska logopedie mohou být totiž tyto důsledky příčinou nedodržení potřebné intenzivní terapie, zejména v ambulantním prostředí. Vlivem toho kapitola také pojednává o možnosti využití terénní logopedické péče, která je následně stěžejní tematikou empirické části této diplomové práce.

3.1 Psychosociální důsledky afázie a poškození mozku

„Řeč je základním nástrojem lidské myšlenky, kultury a pokroku, základním projevem osobnosti. Afázie je úraz osobnosti, trpí homo faber a homo loquens, pracující a hovořící, dorozumívající člověk.“ (Kiml, 1969, s. 9.)

Z předchozích kapitol vyplývá, že afázie vždy do určité míry omezuje jednu z nejpřirozenějších schopností lidské bytosti – schopnost komunikovat, tedy schopnost dorozumívat se mluvenou, psanou, čtenou formou či pomocí gest, mimiky a dalších neverbálních prostředků.

Osoba s afázií se musí smířovat s tím, že určitou dobu či po zbytek svého života, nedokáže přesně sdělovat své myšlenky, názory, potřeby nebo nerozumí tomu, co jí okolí sděluje. Včetně toho se musí často vyrovnávat s dalšími následky způsobenými vlivem poškození mozku, nejčastěji s poruchami hybnosti, poruchami kognitivních funkcí, s obtížemi v oblasti sebeobsluhy, dále s poruchami citlivosti,

inkontinencí, sexuální dysfunkcí a poruchami v oblasti chování a emocí atd. (Ambler, 2011; Kalina 2008; Vágnerová, 2014, Vondrášková, 2010).

U osob s afázií se také mohou projevovat poruchy spánku, které ztěžují regeneraci fyzických a duševních sil, podporu kognitivních funkcí a správný chod metabolismu. Nedostatečná regenerace sil může vést ke zvýšené únavě a podrážděnosti (Holeksová, 2002, Nevšimalová, 2006).

Všechny tyto následky mohou být následně zdrojem psychické traumatizace a sociální izolace, neboť jejich vlivem nelze vykonávat běžné každodenní činnosti a tzv. “žít plnohodnotně.” Dle Jobánkové (2004) se následně objevují stavy **deprivace**, způsobené dlouhodobým nedostatečným uspokojováním lidských (fyzických i psychických) potřeb z důvodu nedostatku smyslových, citových podnětů, spánku a sociálních vztahů, a **frustrace**, z nutnosti čelit neustále překážkám a nemožnosti dosahovat svých cílů.

V takto těžké životní situaci bývá frustrace dlouhodobá a neúnosná, čímž dochází k nadměrnému stresu (napětí) vedoucímu u osob s afázií ke vzniku **úzkostí a pocitů strachu**, tedy k emocím značícím stav ohrožení a nebezpečí. V některých případech se může objevovat i tzv. anticipační úzkost projevující se strachem z úzkosti a tělesných doprovodných změn přítomných během úzkosti (Jobánková, 2004; Powell, 2010).

Mezi závažné a časté reakce na vznik afázie patří také **deprese**. Jedná se o tzv. patologicky dlouhotrvající smutnou náladu neumožňující prožívat radost provázanou sníženou fyzickou aktivitou a celkově zpomaleným psychomotorickým tempem (Janečková in Vondrušková 2010).

Afázie mívá velmi **negativní dopad na vlastní sebereflexi** neboli sebepojetí. Osoba s afázií se často podceňuje a zažívá pocity méněcennosti vlivem konfrontace s určitými normami a požadavky společnosti a tendencí porovnávat se s intaktní společností (Libigerová, Müllerová, 2001).

Vágnerová (2014) též zmiňuje riziko **sociální stigmatizace** osob s touto fatickou poruchou, neboť na laickou veřejnost mohou působit jako osoby s nižší inteligencí kvůli jejich nápadnému řečovému projevu vzbuzujícímu u ostatních pozornost, v nejhroších případech i posměch. Osoby s afázií se pak často nachází v nepříjemných situacích, kdy jejich řečové nápadnosti a neschopnost vyjádřit se jim

nedovoluje uplatnit jejich znalosti a zkušenosti a postupně u nich mohou vyvolávat větší strach z mluvení na veřejnosti - tzv. logofobii. Řada z nich se poté ocitá v **sociální izolaci**.

Martínková (2007) ve svém výzkumu také poukazuje na sociální obtíže osob s afázií. Na základě dotazníkového šetření, kterého se zúčastnilo 62 osob s afázií v dospělém i seniorském věku, potvrzuje nižší účast těchto osob na společenském životě vlivem vzniku této fatické poruchy. Řada z nich uvedla, že kvůli svým komunikačním obtížím se již neúčastní kulturních akcí a nesetkává se tolik se svými vrstevníky. Dále výzkum upozorňuje na riziko pracovního uplatnění těchto osob, neboť všichni dotazovaní, jež byli před vznikem afázie zaměstnaní, museli poté přestat pracovat.

Ke stejným výsledkům dospěl nizozemský výzkum (Dalemans a kol., 2010), provedený se 150 osobami s afázií. Z odpovědí dotazovaných se ukázalo, že vznik afázie způsobil menší participaci těchto osob na sociálním životě. Dále výzkum zmiňuje, že většina těchto osob potřebuje jinou osobu, která jim pomáhá nebo je zcela zastupuje při vykonávání různých každodenních činností v domácnosti. Stejně jako výzkum Martínkové (2007) udává jako velmi rizikové pracovní uplatnění a vzdělávání osob s afázií, jelikož 62 % dotazovaných potvrdilo, že po vzniku afázie přestalo pracovat, nevykonává ani žádnou dobrovolnickou práci a dále se nevzdělává.

Psychosociální důsledky afázie a poškození CNS se mohou také odvíjet od toho, v jaké fázi vyrovnávání se vzniklou závažnou situací se daná osoba nachází. Vágnerová (2014, s. 72–74) mezi **nejčastější fáze zpracovávání zátěže** řadí:

- *fáze nejistoty před stanovením diagnózy;*
- *fáze šoku, popření* – diagnóza je již určena, daný jedinec si ji nechce připustit;
- *fáze generalizace negativního hodnocení* – jedinec přemýšlí “proč zrovna já?”, vše hodnotí negativně, obavy z budoucnosti, objevují se buď emoce vzteku, nebo naopak apatie a deprese;
- *fáze postupné adaptace* – smíření se s daným stavem, snaha zaměřit se na zlepšení nebo alespoň snížit riziko zhoršení;
- *fáze zhoršení stavu* – k této fázi může a nemusí dojít, pouze při návratu obtíží, jedinec opět zažívá stres spojený buď se vztekem či smutkem;

- *fáze smíření x fáze rezignace* – buď se jedinec smíří s danou situací a přizpůsobuje tomu svůj život nebo přílišnou zátěž neunes a nedokáže se s ní vyrovnat.

Trvání těchto fází je individuální. Může docházet k jejich prolínání, či k návratu k předchozím fázím nebo ke stagnaci. Samozřejmě je nutné zohledňovat, že proces vyrovnání a závažnost psychosociálních důsledků se bude u každé osoby s afázií lišit. Záleží vždy na mnoha faktorech, mezi něž patří například věk, celkový zdravotní stav a charakter jedince, život jedince před vznikem poškození CNS a afázie, sociální prostředí, úspěšnost rehabilitace a prognóza atd.

3.1.1 Přidružené psychické a sociální obtíže u afázie

V přístupu k osobám s afázií nelze opomíjet, že některé jejich psychické i sociální obtíže nemusí být pouze reakcí na vzniklou závažnou situaci spojenou se vznikem této fatické poruchy. Tyto obtíže totiž mohou být, taktéž jako afázie, následkem poškození mozku a mohou dokonce konkrétně souviset s příčinou tohoto poškození.

To potvrzuje Brooks (in Kulišťák, 2003), který po pětiletém pozorování osob s poškozením mozku uvádí, že u většiny z nich došlo k osobnostním změnám týkajících se deprese, úzkostí, kolísání nálady a dětského chování. Stejně tak Kulišťák (2003) dle svých zkušeností zmiňuje, že u osob s poškozením mozku mnohem více dochází k rychlému psychickému vyčerpání i při nenáročných aktivitách (např. sledování televize), k afektivnímu chování způsobujícím partnerské a příbuzenské konflikty a také ke snížení sebedůvěry.

Vágnerová (2014) též řadí odchylky v emočním prožívání a nápadnosti v jeho vnějších projevech mezi časté následky poškození mozku. Především zmiňuje precitlivělost, výkyvy nálad, úzkosti, deprese, výbuchy vzteku nebo naopak ataky smíchu.

Vzniklé psychické a sociální obtíže se mohou přímo pojit s příčinou poškození mozku. Například třetím nejčastějším symptomem u CMP je, po poruchách hybnosti a afázii, **deprese označovaná jako post – stroke depression (PSD)**. Odhaduje se, že ji trpí 20–70 % osob po prodělání CMP (Štětkářová, Horáček, 2016).

Příčinou PSD jsou strukturální a metabolické poruchy mozkové tkáně způsobující nerovnováhu některých neurotransmiterů, zejména dopaminu a serotinu, neboli chemických látek podporujících dostatek energie v těle, pohyblivost a emoční stabilitu (především pocity radosti).

PSD negativně ovlivňuje průběh rehabilitace a celkovou kvalitu života dané osoby. Projevuje se výraznou apatií, ztrátou zájmu o sebe a okolí, nechutenstvím, poruchami spánku a neschopností plánovat a organizovat běžné denní činnosti. Dochází při ní také k prohloubení pohybových poruch, ke zhoršení komunikace s okolím a zejména k poklesu kognitivních funkcí projevujících se především poruchami paměti a pozornosti. Neléčená deprese u CMP způsobuje prohloubení nemoci a vyšší úmrtnost a výskyt sebevražd.

Důležité je, na základě včasné diagnostiky a odlišení PSD od demence, zahájit vhodnou farmakologickou léčbu, nejlépe spojenou s psychoterapií (Goldemund, Telecká, 2006; Štětkářová, Horáček, 2016).

3.2 Rodina osoby s afázií

Proces vyrovnávání se s tak závažnou diagnózou, jakou afázie bezesporu je, se ve většině případů netýká pouze dané osoby mající tuto fatickou poruchu, ale také její rodiny a nejbližšího okolí.

Ze začátku musí blízké okolí zvládnout období hospitalizace jejich milované osoby a smířit se s nejistou prognózou. Návrat dané osoby s afázií do domácího prostředí může být ale pro ostatní členy rodiny náročnější, neboť následky této fatické poruchy a poškození mozku se stávají ještě viditelnější. Chybí plnohodnotná komunikace a vzájemné porozumění. Často celou situaci komplikuje imobilita a depresivní stavy dané osoby. Též nedostatečná informovanost rodiny o této diagnóze může ztěžovat následnou péči (Palmer & Palmer).

Vlivem toho si rodinní členové, stejně jako osoba s afázií, též mohou procházet již zmíněnými fázemi vyrovnávání se se zátěží. Opět první reakcí na závažnou diagnózu bývá popření, které neslouží pouze jako obrana vlastní psychické rovnováhy, ale vyjadřuje potřebu chránit jedince postiženého afázií. Následné uvědomění si celé závažné situace často u rodinných příslušníků vyvolává deprese, pocity bezmocnosti a někdy i pocit viny. Mají strach z budoucnosti a mnohdy nevědí,

co přesně mají dělat. Někteří se poté snaží být co nejvíce aktivní a za každou cenu se vším pomáhat, i když ne vždy je jejich pomoc z objektivního hlediska přínosná. Jiní se naopak dostávají do stavu rezignovanosti a apatie (Vágnerová, 2014).

Rodina si také musí zvyknout na změnu rolí a nerovnost v partnerských vztazích. Mění se nejen postavení osoby s afázií, která se většinou proti své vůli dostává do role “závislého dítěte”, ale i obsahy rolí ostatních členů rodiny a vztahy mezi nimi. Většinou jeden člen rodiny se stává pro osobu s afázií hlavním pečovatelem, který mnohdy zastává nejen péči o ni, ale také plní velkou část povinností v domácnosti, živí rodinu a celkově udržuje chod rodiny a domácnosti (Palmer & Palmer, 2013; Payne 2015; Vágnerová, 2014).

Rodinného pečovatele definuje Evropská charta pro rodinné pečovatele (in Kurucová, 2016, s. 15) jako „*neprofesionální osobu, jež poskytuje primární pomoc při činnostech denního života částečně nebo zcela závislé osobě a jejímu bezprostřednímu okolí...*” Payne (2015) doplňuje, že rodinní pečovatele jsou opakem pečovatelů poskytující placenou péči a jejich úloha je životně důležitá pro rozšíření systému zdravotní péče. Bez nich mnoho osob propuštěných z nemocnice nemohlo v běžném životě fungovat.

Domácí péči zajišťují u dospělých a seniorů nejčastěji manželé/partneři, přátelé, sourozenci, děti či vnoučata. Palmer & Palmer (2013) zmiňují, že největší šanci na tuto péči mají ty osoby, které žijí v manželství než ti, co jsou již ovdovělí či svobodní. Dále uvádí, že přítomnost a podpora manžela/manželky vede ve většině případů k úspěšnějšímu zotavení a znovunabývání fyzických a společenských funkcí.

Nehledě na to, kdo zastává roli rodinného pečovatele, bývá vztah mezi ním a osobou vyžadující péči velmi hluboce osobní. Proto si mnoho pečovatelů cení možnosti pomáhat a trávit čas se svým milovaným, který jejich pomoc potřebuje. Řada z nich ale, často nevědomě, začne poskytovat péči na úkor svého vlastního fyzického a psychického zdraví (Palmer&Palmer, 2013; Payne, 2015).

Dle Payne (2015) není nadměrná péče, zejména přesahující 36 hodin týdně, již prospívající, a naopak přináší mnoho rizik nejen ohrožujících fyzické a duševní zdraví pečujícího, ale též negativně ovlivňujících ekonomickou stabilitu rodiny a rodinné vztahy. Vágnerová (2014) též upozorňuje, že příliš intenzivní a dlouhodobá péče, kdy pečovatel omezuje své běžné aktivity, své záliby a kontakt s ostatními lidmi může

v nejhorším případě způsobit negativní změny v citovém vztahu k opečovávanému a syndrom vyhoření (tzv. burn - out syndromu). Především pokud je péče méně uspokojující, neboť její efekt neodpovídá vynaloženému úsilí.

Aby rodina dokázala překonat úskalí spojené s domácí péčí, měla by mít podporu ze strany odborníků podílející se na rehabilitačním procesu osoby s afázií. V ideálním případě by tito odborníci měli rodinným příslušníkům vysvětlit, co taková diagnóza obnáší, jak pozitivně může rodina ovlivnit rehabilitaci, jak by nejlépe měli v domácím prostředí o svého blízkého pečovat a na jaké jiné odborníky se mohou případně obrátit (Worrall et. al., 2016).

Zejména u afázie je zapotřebí rodinu zaškolit v tom, jak by měli s danou osobou komunikovat a jak překonávat depresivní nálady. Tato intervence může pomoci rodině i osobě s afázií předcházet emočním dysbalancím a příznivě působit na zlepšení nálady a další oblasti psychiky. Praxe ale ukazuje, že odborníci nedokážou vždy takto rodinu plně zapojit a o všem je informovat, většinou vlivem nedostatku času. Někdy ale sami rodinní příslušníci nedbají na nutnost spolupráce s lékaři a terapeuty (Worrall et. al., 2016; Johansson, Carlsson, Sonnander, 2011)

Palmer & Palmer shrnují, že úloha rodiny a rodinného pečovatele je v rehabilitačním procesu nenahraditelná a jedna z nejdůležitějších, neboť jejich společenská a citová podpora může u osob s afázií přispět k většímu zotavení, k eliminaci stavů deprese a ke zlepšení rozumových funkcí. Celkově snižuje potřebu ústavní péče a také dlouhodobě zlepšuje kvalitu života po vzniklém poškození mozku. Zároveň doporučují, aby domácí péče měla vymezené hranice a pečovatel nikdy nezapomínal sám na sebe, nestránil se pomoci od ostatních a v případě ohrožujícího stavu vyčerpání se nebránil využít náhradní placené pečovatele.

3.3 Terénní logopedická péče u osob s afázií

V oboru logopedie stále není ustálený odborný výraz pro logopedickou péči prováděnou v přirozeném prostředí u osob s afázií. Proto byl v této diplomové práci pro tento způsob logopedické péče vybrán pojem dle Rejmanové (2019) *terénní logopedická péče*. Mimo to se v logopedické praxi užívá výraz *logopedická péče / intervence v domácím prostředí*.

Terénní péče je v České republice spojována především s oblastí sociálních služeb. Zákon č. 108/2006 Sb. o sociálních službách definuje terénní služby jako formu služeb poskytovaných osobě v jejím přirozeném sociálním prostředí a řadí mezi ně např. služby osobní asistenci, pečovatelské služby, terénní programy, sociálně aktivizační služby, tlumočnické a průvodcovské služby atd.

Z hlediska logopedie se jedná o logopedickou péči prováděnou zejména klinickým logopedem v přirozeném, nejčastěji domácím, prostředí dané osoby s poruchou řečové komunikace, u které z různých důvodů nelze dostatečně poskytovat logopedickou péči ambulantně.

V zahraničí, konkrétně v USA, patří terénní logopedická péče mezi nabízenou a podporovanou péči u osob s afázií. Tamní odborníci uznávají, že dané osoby se cítí v domácím prostředí pohodlněji, méně se stresují, nejsou vyčerpaní z cestování do ambulance a následně pak lépe spolupracují během terapie.

Logopedi za velký benefit této péče považují možnost zapojit do terapie rodinné pečovatele a názorně jim ukázat a vysvětlit, jakým způsobem mohou každý den s danou osobou provádět různé logopedické aktivity, čímž lze zachovat intenzivní terapii. Dále jako přínosné hodnotí využití konkrétních pomůcek z domácího prostředí (např. rodinné fotoalbum) pro navození přirozenější komunikace s jejich klientem.

Z hlediska financování bývá v USA terénní logopedická péče hrazena národní nebo soukromou pojišťovnou či přímou platbou klienta. Většinou ji osobám s afázií doporučuje přímo jejich ošetřující lékař nebo logoped (The Benefits of In-Home Speech Therapy, 2016; Getting Started in Home Care, © 1997-2019 ASHA).

S rozvojem informačních technologií se také v zahraničí začíná preferovat tzv. *Telepractice* (telerehabilitace), kdy klinický logoped může poskytovat logopedickou péči v reálném čase (online) pomocí zvukového a obrazového připojení klientovi v jeho domácím prostředí. Telerehabilitace přináší lepší dostupnost logopedické péče, časovou a finanční úsporu, možnost být ve svém přirozeném prostředí a zvýšit intenzitu terapie (Telepractice, © 1997-2019 ASHA; Zatloukalová, 2019).

V České republice, ale pouze na území Prahy, je stěžejním představitelem terénní logopedické péče nezisková organizace **Klub Afasie z.s.**, neboť mezi její hlavní projekty již osm let patří *Terénní péče – Logopedická terapie osob s afázií po*

cévních mozkových příhodách a jiném poškození mozku zajišťovaná ve vlastním sociálním prostředí.

Cílem tohoto projektu je zajistit osobám s afázií, jež jsou imobilní, logopedickou terapii poskytovanou klinickým logopedem v domácím prostředí. Organizace má pro tuto péči vyhrazenou kapacitu pro dvacet klientů, ale díky mírné fluktuaci klientů během roku (např. z důvodu přesunutí klienta do ambulantní péče, zhoršení či zlepšení stavu atd.) dokáže zajistit tuto péči i více osobám. Klienti zařazení do tohoto projektu mají poté terénní logopedickou péči hrazenou z rozpočtu hlavního města Prahy a podpory Výboru dobré vůle – Nadace Olgy Havlové a Nadace ČEZ (Terénní péče, © 2020).

Neubauer (2018) ale na základě své praxe udává, že domácí logopedická péče poskytovaná klinickým logopedem osobám s afázií není v České republice systémově podporovaná aktivitou. I přes prokázání, že může být u některých osob s afázií, zejména u těch trpících poruchami hybnosti, velmi důležitá pro možnost zachování potřebné intenzivní logopedické terapie.

K podobným závěrům dochází Rejmanová (2019) na základě svého výzkumu, během něhož provedla dotazníkové šetření se 116 klinickými logopedy z celé ČR a rozhovory se třemi klinickými logopedkami poskytujícími terénní logopedickou péči a pěti osobami s afázií a jejich rodinnými pečovateli využívající tuto péči v Klubu Afasie. Z dotazníkového šetření totiž zjistila, že ze všech dotazovaných terénní logopedickou péči poskytuje pouze 26 klinických logopedů působících různě ve všech krajích ČR, kromě Ústeckého, Plzeňského kraje a kraje Vysočina. Ostatní tento způsob péče nenabízí zejména kvůli nedostatku času a financí či někteří z nich nemohou opustit areál pracoviště (nemocnice, rehabilitační centrum) nebo jim to nedovoluje zaměstnavatel.

Dotazníkovým šetřením též poukázala na nejednotnost a problematiku financování této péče, neboť někteří kliničtí logopedi ji vykazují přes kód pojišťovny, která jim ale neproplácí cestu za klientem. Jiní preferují přímou platbu klienta, především pokud logoped nemá navázanou smlouvu s jeho s pojišťovnou. Někdo také využívá grant a příspěvky sponzora.

Výsledky provedených rozhovorů Rejmanová (2019) nezobecňuje, ale též z nich vyvozuje, že terénní logopedická péče je pro osoby s afázií přínosná. Zejména

proto, že dle odpovědí tázaných o ní nejvíce žádají rodinní pečovatelé kvůli imobilitě osob s afázií či z důvodu nemožnosti dovážet danou osobu do ambulance klinického logopeda nebo absence ambulantní logopedické péče v blízkém okolí.

Dále zjistila, že v logopedické péči prováděné v domácím prostředí vidí dotazovaní stejné výhody jako již zmínění zahraniční odborníci. Rodinní pečovatelé, dle svých zkušeností, dokonce uznávají, že daná osoba s afázií lépe spolupracuje s terapeutem než s nimi. Kliničtí logopedi ale také připouštěli, že některé osoby s afázií raději preferují docházení do ambulance pro možnost snížení sociální izolace. Naopak negativně na této péči hodnotili všichni tázání její špatnou dostupnost a nižší časovou dotaci, neboť u většiny osob s afázií docházelo k setkávání pouze jedenkrát za deset dnů. Klinické logopedky ještě zpřesnily, že při plném úvazku jsou schopné dojíždět pouze v průměru za třemi klienty.

Výzkumné šetření Vajdíkové (2017), provedené na Brněnsku, též poukazuje na to, že některé rodiny pečující o osobu s afázií nemají již dostatek sil a času provádět s ní potřebné logopedické aktivity či je sice provádí, ale mnohdy si nejsou jistí, zda vše konají správně. Místo terénní logopedické péče, se ale rozhodli využívat **jiného komunikačního partnera** (vysokoškolského studenta speciální pedagogiky zaměřené na logopedii). Z popisu rodinných příslušníků vyplývá, že tento „náhradní“ komunikační partner dochází společně s osobou s afázií ambulantně na logopedickou terapii ke klinickému logopedovi a zároveň navštěvuje, minimálně jednou do týdne, tuto osobu v jejím domácím prostředí, kde s ní provádí různé logopedické aktivity. Zároveň po dohodě s klinickým logopedem vytváří pro danou osobu různé logopedické materiály a pomůcky vhodné pro domácí prostředí a zaškoluje rodinu v tom, jak mohou sami s danou osobou komunikovat a stimulovat u ní její řečové a komunikační schopnosti.

Vajdíková (2017) stejně jako Cséfalvay (2007) doporučuje, aby se pomoc „náhradních“ komunikačních partnerů stala v naší české praxi oficiálnější a vznikl registr komunikačních partnerů, se kterými budou kliničtí logopedi spolupracovat (viz podkapitola 2.4.1).

Z hlediska prostředí, ve kterém dochází k poskytování terénní logopedické péče, by se dle výsledků výzkumného šetření Horynové (2016) nemuselo jednat vždy o domácí prostředí. Z jejího dotazníkového šetření provedeného s 221 pracovníkem

domovů pro seniory po celé ČR vyplynulo, že některé starší osoby s afázií využívají nebo by ocenili docházení klinického logopeda do domova pro seniory. Především proto, že daný domov jim nemůže logopedickou péči poskytnout.

Z výše uvedeného lze shrnout, že v našich podmínkách stále není terénní logopedická péče poskytovaná klinickým logopedem samozřejmostí, i přes značné důkazy o její potřebnosti. Velké pozitivum je, že řada logopedů má zájem tuto péči poskytovat a dávají ostatním příklad, jak ji osobám s afázií umožnit. Také, že některé osoby s afázií a jejich rodinní příslušníci mají snahu hledat cestu, jak co nejvíce podpořit intenzivní logopedickou terapii i v přirozeném prostředí osoby s touto fatickou poruchou.

4 Výzkumné šetření

Z teoretické části vyplývá, že terénní logopedická péče může být z mnoha důvodů pro osoby s afázií přínosná, a to především u těch, jimž jejich imobilita nedovoluje docházet pravidelně do ambulance klinického logopeda. I přesto u nás tato forma logopedické péče není systémově podporovaná a stále ji poskytuje omezený počet klinických logopedů.

Též se v odborné české logopedické teorii nevyskytuje jednotná terminologie a přesné vymezení principů fungování pro logopedickou péči poskytovanou osobám s afázií v jejich přirozeném prostředí. Kliničtí logopedi tak mohou k této péči přistupovat rozdílně.

4.1 Výzkumné cíle

Empirická část této diplomové práce si klade za **hlavní cíl zjistit míru dostupnosti terénní logopedické péče (TLP) u osob s afázií v okrese Mladá Boleslav a získat názor klinických logopedů a rodin osob s afázií vyskytujících se v tomto okrese na přínos, potřebnost a konkrétní způsob realizace této péče.** Tyto zjištění budou sloužit pro vytváření konkrétního modelu realizace TLP nejen pro tento okres.

K naplnění stěžejního cíle práce byly stanoveny následující dílčí cíle (dále jen DC) uvedené níže:

DC1: Popis možností logopedické péče a dostupnosti TLP u osob s afázií v okrese Mladá Boleslav

K následnému zhodnocení jedné konkrétní formy logopedické péče, v tomto případě terénní, je potřeba si utvořit přehled o celkové logopedické péči pro osoby s afázií v daném okrese. Zjistit tedy, jakým způsobem a kolik klinických logopedů se v daném okrese věnuje osobám s afázií a jaké možnosti logopedické péče zná a využívá konkrétní oslovený vzorek osob s afázií.

DC2: Získat názory klinických logopedů na přínos, potřebnost a na konkrétní způsob realizace TLP

Druhý dílčí cíl se zaměřuje na kooperaci s klinickými logopedy, bez nichž by výzkumné šetření nemohlo probíhat. Druhá kapitola teoretické části zmiňuje, že klinický logoped, tedy logoped s atestací, je v oboru logopedie jako jediný kompetentní diagnostikovat afázií a rozhodovat o průběhu terapie u osob s touto fatickou poruchou. Proto pro zhodnocení a návrh realizace TLP pro osoby s afázií budou jejich znalosti a zkušenosti v dané problematice velmi přínosné a nezbytné.

DC3: Získat názory u konkrétních rodin osob s afázií na přínos, potřebnost TLP a na konkrétní způsob realizace TLP

Přestože TLP je určena především pro osoby s afázií, bude se u třetího dílčího cíle ubírat pozornost i na jejich rodiny. Třetí kapitola (viz podkapitola 3.2) této práce potvrzuje, že závažnost této fatické poruchy má dopad nejen na osobu s afázií, ale i na její nejbližší rodinné příslušníky, kteří mnohdy nejvíce hledají různé možnosti podpory. Též se předpokládá, že vést rozhovor pouze s obou s afázií by mohlo být náročné v důsledku jejich komunikačních obtíží. Zároveň nelze pro zhodnocení a návrh realizace TLP vynechat názory a potřeby klientů či potenciálních klientů využívajících tuto formu logopedické péče. Jejich postřehy mohou významně obohatit odborný pohled klinických logopedů.

DC4: Navrhnout konkrétní model realizace TLP u osob s afázií

V rámci čtvrtého dílčího cíle bude vytvořen na základě zjištění z předchozích dvou dílčích cílů konkrétní model realizace TLP, který bude zohledňovat názory a zkušenosti dotazovaných klinických logopedů a též nebude opomíjet potřeby konkrétních rodin osob s afázií. Snahou tohoto modelu detailněji vymezit a sjednotit cíle, principy, podmínky realizace TLP nejen pro okres Mladá Boleslav.

4.2 Metodologie výzkumného šetření

Z metodologického hlediska lze pro výzkumné šetření využít dva hlavní přístupy. Buď **kvantitativní přístup** pracující s matematicky zpracovatelnými číselnými údaji získanými na základě měření množství, rozsahu, frekvence či míry výskytu určitých jevů, nebo **kvalitativní přístup** zaměřující se na hlubší podrobnější popis z konkrétního prostředí vyjádřený slovně (nečíselně). (Gavora, 2010)

Pro toto výzkumné šetření byla zvolena varianta **kvalitativního šetření**, neboť se výzkum zaměřuje na získání přehledu a názorů o terénní logopedické péči v konkrétním prostředí okresu Mladá Boleslav od konkrétního užšího výzkumného vzorku, a to klinických logopedů a rodin s osobami s afázií vyskytujícími se v tomto okrese. Také se stejně jako kvalitativní zkoumání neopírá toto výzkumné šetření o stanovené základní proměnné, hypotézy a o již vybudovanou teorii.

Gavora (2010) zdůrazňuje, že cílem kvalitativního výzkumu je hluboké proniknutí do konkrétního případu, objevení nových souvislostí, a především porozumění si se zkoumanými osobami. To potvrzuje i Švaříček (2007) ve své definici: *„Kvalitativní přístup je proces zkoumání jevů a problémů v autentickém prostředí s cílem získat komplexní obraz těchto jevů založený na hlubokých datech a specifickém vztahu mezi badatelem a účastníkem výzkumu...“*

Mezi nejzákladnější metody kvalitativního výzkumu patří pozorování, rozhovor (interview) a analýza dokumentů. (Gavora, 2010; Hendl, 2016; Švaříček, Šedová, 2007). Pro sběr výzkumných dat v této diplomové práci byla zvolena metoda **rozhovoru**.

Rozhovor lze vysvětlit jako nestandardizované dotazování založené na dialogu mezi účastníkem výzkumu a výzkumníkem, jehož cílem je formou otevřených otázek zjistit a porozumět názorům dotazovaných.

Kvalitativní dotazování může mít řadu podob. Ke zjištění názorů klinických logopedů a rodin s osobami s afázií na terénní logopedickou péči byl zvolen jako nejvhodnější **polostrukturovaný rozhovor**, který se skládá s předem připravených otázek, jež lze v průběhu dotazování upravovat dle konkrétní situace.

4.3 Transformace dílčích cílů

Transformace neboli cesta vedoucí k naplnění dílčích cílů, je uvedena v tabulce níže.

V rámci předvýzkumné fáze bude pro **první dílčí cíl** z webových stránek Asociace klinických logopedů (AKL) dohledán počet klinických logopedů působících v okrese Mladá Boleslav. Ti budou následně kontaktováni, zda se věnují osobám s afázií a jaké možnosti logopedické péče jim poskytují. Konkrétnější popis logopedické péče pro osoby afázií v daném okrese se získá pomocí polostrukturovaných rozhovorů s účastníky výzkumného šetření.

Polostrukturované rozhovory, přesněji jeden určený pro klinické logopedy a druhý pro rodiny osob s afázií, budou též stěžejní pro dosažení následujících **dílčích cílů DC2 a DC3**. Analýzou odpovědí z těchto rozhovorů může být následně splněn poslední **dílčí cíl DC4**.

Tab. č.1 – Transformace dílčích cílů

| Dílčí cíl | Technika | Informanti |
|------------------|---|---|
| DC1 | předvýzkum, analýza web. stránek AKL, polostrukturovaný rozhovor 1,2 | kliničtí logopedi rodiny osob s afázií |
| DC2 | polostrukturovaný rozhovor 1 | kliničtí logopedi |
| DC3 | polostrukturovaný rozhovor 2 | rodiny osob s afázií |
| DC4 | analýza DC2 – DC3 | |

Pro **transformaci** obecněji definovaných dílčích cílů DC 1–3 na tazatelské otázky bylo potřeba vyčlenit konkrétnější zjištění – tzv. **indikátory**, z nichž byly tyto otázky vytvořeny. Tyto indikátory budou následně v rozhovorech zkoumány a pomohou zaručit ucelenost při zhodnocení těchto cílů.

První dílčí cíl zahrnuje indikátory:

- a) logopedická péče u osob s afázií v okrese Mladá Boleslav;
- b) poskytování TLP;
- c) dostupnost TLP v tomto okrese.

K dílčím cílům 2 a 3 se váže:

- d) názor na přínos TLP;
- e) potřebnost této péče.

Dále po konzultaci s klinickou logopedkou neúčastníci se tohoto výzkumného šetření vymezují následující indikátory vztahující se k těmto dvěma dílčím cílům, co by měl obsahovat konkrétní model realizace TLP:

- f) cíl/náplň,
- g) podmínky/důvody poskytování TLP,
- h) prostředí, v nichž dochází k poskytování TLP,
- i) poskytovatel,
- j) zprostředkovatel,
- k) žadatel této péče,
- l) intervaly setkávání,
- m) podmínky spolupráce mezi klientem a poskytovatelem TLP,
- n) etická doporučení,
- o) financování TLP.

Tazatelské otázky jsou rozděleny podle cílové skupiny a zkušeností informantů s TLP. Pro klinické logopedy slouží otázky označené **TOL a** pro ty, které z nich poskytují TLP jsou vyznačené **TOLP**. Rozhovory s rodinami osob s afázií budou tvořit otázky značené **TOR**, a pro ty, z nichž mají zkušenost s využíváním TLP jsou určené otázky **TORV**.

Proces transformace dílčích cílů na tyto otázky je pro lepší přehlednost uveden v následující tabulce. Čísla tazatelských otázek vychází tabulek č. 3 a 4 (viz podkapitola 4.3.1), kde jsou tyto otázky uvedené.

Tab č. 2 Transformace dílčích cílů na indikátory a tazatelské otázky

| Dílčí cíle | indikátor | TOL a TOLP | TOR a TORV |
|------------|-----------|----------------|---------------|
| DC1 | a-c | 1-2; 10- 11 | 1-3; 7 |
| DC2 | d-o | 3-9; 12- 23 | _____ |
| DC3 | d-o | _____ | 4 -6; 8-22 |

4.3.1 Charakteristika polostrukturovaných rozhovorů výzkumného šetření

Již z předchozích podkapitol vyplývá, že pro výzkumné šetření této diplomové práce jsou stěžejní dvě verze polostrukturovaných rozhovorů, jedna určená pro klinické logopedy a druhá pro rodiny osob s afázií.

Hendl (2016) uvádí, že mezi výhody tohoto typu rozhovoru patří možnost formulovat předem připravené otázky dle situace a zároveň provést strukturované dotazování s několika informanty, čímž se ulehčí porovnávání jejich odpovědí.

Oba rozhovory mají připravené dvě varianty otázek podle zkušeností dotazovaných s TLP. Také ačkoliv oba rozhovory směřují ke stejným zjištěním, mohou být otázky v nich přizpůsobené dané cílové skupině, tedy pro klinické logopedy budou více odborné než pro rodiny s osobami s afázií.

Polostrukturovaný rozhovor vždy tvoří otevřené tazatelské otázky, neboť dle Švaříčka (in Švaříček, Šedová, 2014) uvádí, že vedou tázané k více obsáhlým odpovědím a výzkumník může lépe porozumět jejich názorům na danou problematiku.

Dle Hendla (2016) byly k dotazování vybrány dva typy tazatelských otázek a to *otázky vztahující se ke zkušenostem nebo chování* a *otázky vztahující se k názorům*. První typ otázek se zaměřuje na to, co by tazatel zjistil, kdyby byl v konkrétních situacích v přítomnosti informanta a mohl pozorovat jeho konání. Tyto otázky převažují ve variantě rozhovoru, kde má tázaný zkušenosti s TLP a také u rodin osob s afázií. Druhý typ otázek se objevuje ve všech variantách rozhovorů a bude objasňovat, jak tázaní přistupují k problematice terénní logopedické péče.

Tabulka č. 3 obsahuje tazatelské otázky určené klinickým logopedům a tabulka č. 4 ukazuje otázky pro rodiny osob s afázií. Tyto připravené otázky slouží především pro názornost toho, jakým způsobem bude rozhovor veden, neboť budou vždy přizpůsobené konkrétnímu dotazovanému a situaci.

Začátek u obou rozhovorů se zaměřuje na zjištění o možnostech logopedické péče pro osoby s afázií v okrese Mladá Boleslav, a jestli mají informanti zkušenost s TLP. Snahou dalších otázek je získat názor obou cílových skupin na tento způsob péče a na to, zda a jak by TLP měla ideálně ve zmíněném okrese fungovat.

Tab. č. 3 – Tazatelské otázky určené klinickým logopedům (Polostrukturovaný rozhovor č.1)

| | TOL | TOLP |
|----|---|--|
| 1. | Co okres Mladá Boleslav nabízí z hlediska logopedie osobám s afázií? | |
| 2. | Jaké způsoby logopedické péče z hlediska místa a počtu klientů poskytujete osobám s afázií? | |
| 3. | Co je příčinou, toho, že neposkytujete tzv. terénní logopedickou péči neboli logopedickou péči v domácím prostředí u této cílové skupiny? | Co Vás přimělo poskytovat tzv. terénní logopedickou péči neboli logopedickou péči v domácím prostředí u této cílové skupiny? |
| 4. | Jak moc je podle Vás TLP v okrese Mladá Boleslav potřebná? | |

| | | |
|-----|--|---|
| 5. | Jaký přínos má podle vás domácí prostředí (přirozené prostředí) z hlediska logopedie ale i z psychosociálního pohledu? | Jaký přínos má podle vás domácí prostředí (přirozené prostředí) z hlediska logopedie ale i z psychosociálního pohledu? |
| 6. | Na jakých místech by mohla ještě TLP probíhat krom domácího prostředí? | |
| 7. | I přesto, že danou formu terapie neposkytujete, co je podle Vás cílem – náplní logopedické péče i oproti té ambulantní? | Co je pro Vás cílem – náplní terénní logopedické péče i oproti ambulantní péči? |
| 8. | Co by měla osoba s afázií nebo rodina s osobou s afázií splňovat, aby jim mohla být nabídnuta TLP? | Co pro Vás musí osoba s afázií nebo rodina s osobou s afázií splňovat, abyste jim nabídla TLP? |
| 9. | Z jakých důvodů by bylo lepší TLP vůbec nezahajovat? | Z jakých důvodů naopak raději TLP nezahajujete? |
| 10. | Jak hodnotíte celkovou dostupnost TLP v okrese Mladá Boleslav? | |
| 11. | Jak by se mohla dostupnost této formy logopedické péče pro osoby s afázií případně zvýšit? | |
| 12. | Pokud vy i jiný klinický logoped můžete poskytovat pouze ambulantní péči – Kdo a za jakých předpokladů (ve spolupráci s vámi) by podle Vás | Pokud již máte plnou kapacitu pro TLP a můžete poskytovat pouze ambulantní péči, nebo jiný klinický logoped vůbec tuto logopedickou |

| | | |
|-----|---|--|
| | mohl docházet ke klientům s afázií do domácího prostředí a poskytovat jim logopedickou péči z hlediska vzdělání, profese i osobnostních rysů? | péči neposkytuje – Kdo a za jakých předpokladů (ve spolupráci s Vámi) by podle Vás mohl docházet ke klientům s afázií do domácího prostředí a poskytovat jim logopedickou péči z hlediska vzdělání, profese i osobnostních rysů? |
| 13. | V čem by se měly lišit kompetence této osoby (bez atestace) od klinického logopeda? | |
| 14. | Kdo by měl klientům s afázií (či jejich rodinám) zprostředkovat kontakt na klinického logopeda či jinou osobu poskytující TLP? | Jak se Vaši klienti (či jejich rodiny) dozvídají, že poskytujete tuto formu péče a kdo by měl podle Vás zprostředkovávat kontakt na danou osobu poskytující TLP? |
| 15. | Kdo by měl být žadatelem o TLP? | |
| 16. | V jakých časových intervalech by podle Vás bylo ideální docházet ke klientům do jejich domácího prostředí, jak dlouho by mělo trvat společné setkání? | V jakých časových intervalech docházíte ke klientům do jejich domácího prostředí, jak dlouho trvá společné setkání? |
| 17. | Jak by podle Vás měla probíhat spolupráce mezi klinickým logopedem, klientem s afázií a jeho rodinou v terénním prostředí – tedy | Jak probíhá spolupráce mezi Vámi, klienty s afázií a jejich rodinami v terénním prostředí – tedy jak se s nimi domlouváte na termínech |

| | | |
|-----|---|---|
| | jak se společně domlouvát na termínech setkávání, náplni terapie a jak podávat informace o průběhu setkávání s klientem? | setkávání, náplni terapie a jak podáváte informace o průběhu setkávání s Vašimi klienty? |
| 18. | V případě, že bude TLP poskytovat jiná osoba než klinický logoped, jaká by měla být spolupráce mezi touto osobou, klinickým logopedem klienta a rodinou klienta? | |
| 19. | Jakým způsobem by měly být vymezené hranice v rámci logopedické péče v domácím prostředí, aby nebyl překročen profesionální vztah logoped – klient s afázií? | Jakým způsobem si vymezujete hranice v rámci logopedické péče v domácím prostředí, aby nebyl překročen profesionální vztah logoped – klient s afázií? |
| 20. | Jak byste zajistila, aby klienti s afázií nebo i jejich rodiny byli seznámeni s náplní, principy a vztahovými hranicemi v rámci TLP a měli k Vám důvěru pustit si Vás do jejich domácího prostředí? | Jak zajišťujete, že jsou vaši klienti s afázií nebo i jejich rodiny seznámeni s náplní, principy a vztahovými hranicemi v rámci TLP a že Vám dají tu důvěru pustit si Vás do jejich domácího prostředí? |
| 21. | Jak by to mělo být zajištěno, pokud tuto logopedickou péči poskytuje jiná osoba než klinický logoped? | |
| 22. | Jak by měla být TLP financována, především pokud by ji poskytovala jiná osoba než klinický logoped? | Jak si klienti u Vás financují TLP a jak by měla být financována, pokud by tuto péči poskytovala jiná osoba než klinický logoped? Jaká |

| | | |
|-----|--|------------------------------|
| | Jaká částka by měla být uhrazena? | částka by měla být uhrazena? |
| 23. | Co byste chtěla ještě doplnit k danému tématu? | |

Tab. č. 4 – Tazatelské otázky určené rodinám osob s afázií (polostrukturovaný rozhovor č. 2)

| | TOR | TORV |
|----|--|---|
| 1. | Když byla u Vašeho/Vaší... diagnostikovaná afázie, jaké možnosti logopedické péče Vám byly nabídnuty ve Vašem okrese či jinde? | |
| 2. | Jaké znáte další možnosti logopedické péče u osob s afázií v okrese Mladá Boleslav? | |
| 3. | Co z těchto možností jste již využili a využíváte nyní? | |
| 4. | Jaký je váš názor na možnost, že by k Vám docházel klinický logoped do Vašeho domácího prostředí – tedy na tzv. terénní logopedickou péči (dále jen TLP)? | Co Vás přimělo k rozhodnutí zařídit si, aby k Vám domů docházel klinický logoped (či jiná osoba) - tedy k využívání tzv. terénní logopedické péče (dále jen TLP)? |
| 5. | Jak moc je podle Vás tento způsob logopedické péče pro osoby s afázií (i jejich rodiny) potřebný (i v rámci vašeho okresu)? | |
| 6. | V čem by podle Vás mohlo pomoci být v domácím prostředí (přirozeném prostředí) Vašemu/Vaší... nebo jiným osobám s afázií při vykonávání různých logopedických úkolů? | V čem pomáhá Vaší/Vašemu. být v domácím prostředí (v přirozeném prostředí) při vykonávání různých logopedických úkolů? |
| 7. | Jak moc si myslíte, že by bylo náročné najít ve Vašem okrese logopeda poskytujícího TLP? | Jak moc pro Vás bylo náročné najít ve Vašem okrese logopeda/osobu poskytující TLP? |
| 8. | Co byste očekávali (jaký cíl) od TLP | Co očekáváte (jaký cíl) od TLP |

| | i třeba oproti té ambulanti péči? | i oproti té ambulanti péči? |
|-----|---|---|
| 9. | Z jakých důvodů by podle Vás měla být TLP poskytována? | |
| 10. | Z jakých případných důvodů byste Vy nebo jiné osoby s afázií či i jejich rodina mohla odmítnout využívání TLP? | |
| 11. | Pokud by Vám TLP nemohl poskytovat klinický logoped: Jak byste přijali možnost, že by Vám TLP poskytovala jiná osoba? | |
| 12. | Jaké byste od ní vyžadovali vzdělání, profesi? | |
| 13. | Jak byste chtěli, aby se ten, kdo poskytuje TLP choval (měl povahové vlastnosti, charakter)? | Jak jste chtěli, aby se ten, kdo poskytuje TLP choval (měl povahové vlastnosti, charakter)? |
| 14. | Od koho byste očekávali, že by Vás mohl informovat o možnosti využití TLP? | Od koho jste se dozvěděli o možnosti využívání TLP? |
| 15. | Kdo by měl žádat o využívání TLP u dané osoby s afázií? | Kdo ve Vašem případě žádal o využívání TLP pro Vaší/Vašeho...? |
| 16. | Jak často (do týdne, měsíce...) by mohlo Vám (či jiným rodinám s osobou s afázií) mohlo vyhovovat docházení klinického logopeda (osoby) poskytující TLP? | Jak často (do týdne, měsíce...) si domlouváte TLP a jak dlouho setkání trvá? |
| 17. | Jak byste chtěli, aby vás klinický logoped osoba poskytující TLP informovala o průběhu setkávání během TLP? (např. po ukončení setkání, měl by rodinu zapojit do setkání...)? | Jak Vás osoba poskytující TLP informuje o průběhu setkávání během TLP? (např. po ukončení setkání či jste jako rodina zapojení přímo do setkání, atd...)? |
| 18. | Pokud by TLP poskytovala jiná osoba než klinický logoped, jak byste požadovali, aby poskytovala informace o průběhu setkávání Vašemu | |

| | | |
|-----|--|---|
| | klinickému logopedovi? | |
| 19. | Za jakých podmínek byste s důvěrou pustili danou osobu (klinický logoped či jiná osoba) poskytující TLP k sobě domů? | Za jakých podmínek jste s důvěrou pustili danou osobu (klinický logoped či jiná osoba) poskytující TLP k sobě domů? |
| 20. | Jak by podle Vás měla být ideálně tato TLP financována? | Jak si hradíte TLP a jak by měla být ideálně financována? |
| 21. | Jaká maximální částka za jedno setkání by pro Vás byla přijatelná? | |
| 22. | Co byste ještě chtěli doplnit k danému tématu? | |

4.4 Výběr a charakteristika výzkumného vzorku

Výběr výzkumného vzorku v kvalitativním šetření má být záměrný a vyplývat z výzkumného tématu a cílů. Důvěryhodnost výzkumu tedy zvyšuje zkušenost informanta s daným zkoumaným jevem (Gavora 2000; Švaříček, Šedová 2014). V tomto výzkumu se tedy jedná o osoby mající zkušenost s diagnózou afázie a případně i s terénní logopedickou péčí. Proto jako účastníci tohoto výzkumného šetření byli vybráni kliničtí logopedi a rodiny osob s afázií, neboť z hlediska odborné literatury mají nejvíce kompetencí se k danému tématu vyjadřovat.

Vzhledem k tomu, že se výzkumné šetření týká okresu Mladá Boleslav, byli oslovení pouze informanti vyskytující se v tomto okrese. Zda oslovení kliničtí logopedi poskytují TLP či vybrané rodiny osob s afázií využívají tuto péči, bylo považované za výhodu, ale nikoliv za podmínku.

U klinických logopedů bylo stěžejní, aby se jejich pracoviště nacházelo v adresáři pracovišť klinické logopedie na webových stránkách Asociace klinických logopedů a aby měli zkušenosti s diagnózou afázie. Také pro toto výzkumné šetření byly vybírány pouze osoby s afázií, které měly tuto diagnózu určenou klinickým logopedem.

Mezi další kritéria výběru se vždy řadí ochota a časové možnosti informantů (Švaříček, Šedová, 2014). Proto na nikoho z výzkumného vzorku nebyl kladen důraz

povinné účasti na výzkumu. Všichni se mohli po důkladném seznámení s cíli této práce rozhodnout, zda mají zájem a čas se podílet na výzkumném šetření.

Podstatné je specifikovat, že rozhovory zaměřené na rodiny osob s afázií byly prováděné s jedním rodinným pečovatelem a vždy za přítomnosti osoby s afázií. Předpokládá se, že vybraný rodinný pečovatel dokáže nejlépe hájit zájmy rodiny a zná velmi dobře potřeby a názory dané osoby s afázií, na základě čehož se může vyjádřit k problematice TLP.

Výzkumného šetření se nakonec zúčastnilo pět informantů, kteří budou pro sníženou možnost identifikace označeny kódem. Přesněji se jedná o dvě klinické logopedky označené L1 a L2 a tři rodiny osob s afázií pod kódy R1 – R3. Přehledný popis informantů uvádí tabulka č. 5 a č. 6.

Jelikož v okrese Mladá Boleslav klinickou logopedii neposkytuje příliš početná skupina klinických logopedů, nebude zde uvedena jejich bližší charakteristika. Konkrétnější informace by mohly snížit jejich anonymitu. Pouze lze zmínit, že klinická logopedka označená **kódem L1** poskytuje TLP a její pracoviště se nenachází přímo v hlavním okresním městě Mladá Boleslav. Druhá logopedka pod **kódem L2** naopak TLP neposkytuje a působí přímo v Mladé Boleslavi.

U rodin s osobami s afázií bude v tabulce blíže specifikováno, s kým z rodiny bude prováděn rozhovor a konkrétnější charakteristika osoby s afázií obsahující pohlaví, věk a konkrétní logopedickou diagnózu.

Označení R1 bylo přiděleno mužovi ve středních letech, který je rodinným pečovatelem pro svoji manželku, u které byla před dvěma lety diagnostikována *Brocova afázie* spojená s apraxií po cévní mozkové příhodě. Z předvýzkumného šetření lze sdělit, že tento muž nyní živý finančně zajišťuje rodinu i chod domácnosti. Manželka se snaží pomáhat s úklidem, s vařením a úpravou zahrady. Z hlediska komunikace, manželka rozumí všem informacím, které jsou jí sdělovány pomalu. Sama dokáže jednoduchými slovy vyjádřit, co potřebuje. Běžná komunikace jí ale stále činí obtíže. Často popisuje, že ví, co chce vyjádřit, ale nedokáže to ani verbálně ani písemnou formou. Manželé žijí spolu s jejich jedenáctiletou dcerou v rodinném domě necelé čtyři kilometry od Mladé Boleslavi.

Kód R2 byl přidělen ženě v seniorském věku, která se stala před rokem rodinou pečovatelkou pro svého staršího manžela, u kterého se vlivem CMP rozvinula

Transkortikální smíšená afázie. Nyní se tato žena musí starat o celou domácnost a o zahradu. Manžel je po tomto onemocnění velmi oslabený a rychle se unaví. Fyzicky zvládá pouze společné vycházky. Komunikační deficit je u manžela veliký. Sice se dokáže představit, dokáže reagovat na pozdrav či prosbu nebo na jednoduché krátké věty, které se každý den opakují, ale běžnou komunikaci nezvládá. Není schopen porozumět delším větám a v jeho řeči se často objevují parafrázie a neologismy. Nedokáže číst ani psát. Manželé nemají děti a žijí spolu sami v rodinném domě v malé vesničce se špatnou autobusovou dopravou zhruba osmnáct kilometrů od Mladé Boleslavi.

Poslední kód R3 patří mladší dospělé ženě velmi podporující svoji babičku z otcovy strany, u které byla před necelými dvěma lety též rozvinutá *Brocova afázie* na bázi CMP. Nyní u její babičky stále přetrvává úplná ztráta hybnosti u pravé poloviny těla, kvůli níž je na vozíku. Z hlediska komunikace dokáže porozumět všem kratším a pomaleji sdělovaným větám. Sama ale odpovídá velmi stručně, často odpovídá pouze ano/ne a mluví velmi pomalým tempem. Schopnost číst ji zůstala zachována. Zvládá psát jednoduchá slova, ale je to pro ni velice náročné pro nutnost psát nedominantní rukou. Vnučka má z její rodiny zatím nejvíce času svoji babičku navštěvovat v domově pro seniory nacházejícím se patnáct kilometrů od Mladé Boleslavi. Velmi dobrý vztah mezi vnučkou a babičkou tvoří ideální základ pro prostředí vhodné pro terapeutickou podporu.

Tab. č. 5 Kódování klinických logopedek

| kód | informant | Poskytování TLP |
|-----|--------------------|-----------------|
| L1 | klinická logopedka | ano |
| L2 | klinická logopedka | ne |

Tab. č. 6 Kódování a charakteristika rodin osob s afázií

| kód | informant | pohlaví | věk | vztah k osobě s afázií | Osoba s afázií |
|-----|-----------------------|---------|-----|------------------------|--|
| R1 | rodina osoby s afázií | muž | 50 | manžel | žena, 44 let, Brocova afázie spojená s apraxií |
| R2 | rodina osoby s afázií | žena | 84 | manželka | muž 90 let, Transkortikální smíšená afázie |
| R3 | rodina osoby s afázií | žena | 23 | vnučka | žena 75 let, Brocova afázie + plegie pravé poloviny těla |

4.5 Charakteristika místa výzkumného šetření

Výzkumné šetření bude probíhat v okrese Mladá Boleslav, který se nachází v severní části Středočeského kraje. Jižně ho obklopuje okres Praha – východ, ze západu Mělník, severně okresy Česká Lípa, Liberec a Semily z Libereckého kraje a na východě okres Jičín z Královehradeckého kraje.

Pro svou rozlohu (1023 km²) je okres Mladá Boleslav na třetím místě ze všech okresů tvořících Středočeský kraj. Současně ho obývá zhruba 129 tisíc obyvatel. Mladoboleslavsko má nyní dva správní obvody s rozšířenou působností – Mladá Boleslav a Mnichovo Hradiště. Celkově okres Mladá Boleslav zahrnuje sto dvacet obcí, z toho osm z nich má statut města. Nejdominantnější je statutární město Mladá Boleslav, které má z těchto měst nejvíce obyvatel (44,2 tisíce).

Tento okres je známý především díky automobilce Škoda a.s., jenž patří mezi největší výrobce automobilů v České republice expandující i na zahraniční trh. Ta významně ovlivňuje ekonomickou situaci regionu.

Autorka této diplomové práce si okres Mladá Boleslav pro své výzkumné šetření vybrala na základě absolvování logopedické praxe v tomto okrese, během níž

se setkala s rodinami osob s afázií, pro které z různých důvodů bylo problematické navštěvovat klinického logopeda ambulantně. Jejich situace ji přiměla zajímat se o to, jaké jsou možnosti terénní logopedické péče v celé České republice a následně i v tomto okrese.

4.6 Realizace výzkumného šetření a jeho etická dimenze

Před zahájením výzkumu je nezbytné se delší dobu zabývat zajištěním přístupu do terénu. Především vysvětlit potenciálním informantům důvody, proč je jejich účast na výzkumu důležitá a získat si jejich důvěru (Hendl, 2016; Švaříček, Šedová, 2014). Proto po přesném vymezení tématu této diplomové práce a stanovením hlavního záměru tohoto výzkumného šetření, byli již v **říjnu 2019** během **přípravné fáze** výzkumu požádáni o spolupráci kliničtí logopedi a konkrétní rodiny osob s afázií vyskytující se v okrese Mladá Boleslav. Bez jejich souhlasu by nemohl výzkum probíhat.

Všichni potenciální účastníci výzkumu byli osloveni formou e-mailové či telefonické komunikace. V rámci ní je autorka seznámila se svým studiem, vysvětlila jim téma a cíle výzkumného šetření a požádala je o možnost provedení nahrávaného rozhovoru s příslibem zachování anonymity. Též jim co nejvíce upřesnila, jaký okruh informací bude chtít formou rozhovorů získat.

Kontakt na klinické logopedy byl dohledán pomocí adresáře pracovišť klinické logopedie na webových stránkách Asociace klinických logopedů, který ukázal, že v okrese Mladá Boleslav působí čtyři klinické logopedky. Dvě z nich souhlasily s účastí na výzkumném šetření. Zbývající dvě logopedky spolupráci odmítly. Jedna pro momentální nedostatek času a druhá z důvodu zaměření se na dětskou klientelu.

Následně byly jako reprezentativní vzorek osloveny tři rodiny osob s afázií. Na dvě z nich pomohla získat kontakt jedna z klinických logopedek působící v tomto okrese a jednu rodinu oslovila autorka této diplomové práce sama. Všechny oslovené rodiny osob s afázií se rozhodly na tomto výzkumu participovat.

Po získání dostatečného počtu informantů mohla v **listopadu 2019** začít **fáze transformace** dílčích cílů na indikátory a tazatelské otázky, které tvoří, již výše popsané, dvě varianty rozhovorů.

Ještě před vstupem do terénu proběhlo v **prosinci** téhož roku ověření, zda vytvořené otázky budou vést k určeným indikátorům a ke stanoveným dílčím cílům a zda budou pro dotazované srozumitelné. Proto autorka oslovila dva figuranty, se kterými provedla rozhovory “nanečisto”. Rozhovor č.1 byl proveden s klinickou logopedkou z jiného okresu a rozhovor č.2 s autorky blízkou osobou mající v rodině osobu s afázií. Na základě připomínek figurantů a analýzy jejich odpovědí byly některé otázky upraveny.

V průběhu **ledna a února 2020** byla zahájena **realizační fáze** výzkumného šetření, během níž byly provedeny rozhovory se všemi vybranými informanty. Nejdříve ale všichni z nich obdrželi přes e-mailovou komunikaci zprávu o připomenutí výzkumného šetření s opětovnou žádostí o provedení rozhovoru. Každý z nich také dostal možnost určit přesný termín a místo setkání s tím, že dotazování byli požádáni o hodinu jejich času, což se při výzkumném šetření ukázalo jako dostatečné.

Dle zpětné vazby informantů se nikdo nerozhodl z výzkumného šetření odstoupit a z hlediska jejich časových možností byly nejdříve provedeny rozhovory s klinickými logopedkami. Přičemž s klinickou logopedkou L1 musel být nakonec rozhovor kvůli jejím zdravotním potížím proveden písemnou formou (přes e-mail) a druhá logopedka L2 navrhla jako místo k setkání svou ambulanci. U rodin s osobami s afázií (R1, R2) proběhl rozhovor v jejich domácím prostředí a u rodiny (R3) v areálu domova pro seniory.

Vzhledem k tomu, že záměrem rozhovorů není ověřovat znalosti informantů, ale zejména zjistit jejich názory a zkušenosti spojené s danou problematikou, považovala autorka za důležité, aby měli dotazování více času promyslet si své odpovědi a byli během rozhovoru klidnější a více sdílnější. Proto všichni z nich týden před společným setkáním obdrželi okruhy již připravených otázek. Ze strany informantů byl tento postup pozitivně reflektován.

Poslední **fáze analýza a interpretace výzkumných dat** probíhala koncem **února a začátkem března** téhož roku. Všechny nahrané rozhovory byly přepsané pomocí techniky transkripce (Hendl, 2016), neboli doslovného přepisu v původním znění se zachováním nespisovných výrazů, zachování dialektu apod. Následně bylo použito barvení textu pro označení pasáží, které se přímo vázaly k daným indikátorům

a výzkumným cílům. (Rozhovor s L1 a R1 a další úryvky z rozhovorů jsou uvedené v přílohách D, E, F). V kapitole 5.1 *Intepretace dílčích cílů* jsou výpovědi informantů vyhodnoceny. Na základě této analýzy byl následně sestaven konkrétní model realizace terénní logopedické péče.

Z hlediska **etické dimenze** se autorka snažila v této diplomové práci nikoho ze zúčastněných nepoškodit. Pro co nejvyšší anonymitu byl informantům přidělen konkrétní kód, pod nímž se skrývají jejich obecnější charakteristiky zaručující nemožnost jejich identifikace. Proto zde uvedena ani konkrétní obec, ve které se informanti v rámci okresu Mladá Boleslav vyskytují. Též pokud v rozhovorech, někdo z dotazovaných uváděl konkrétní jména, tak jim bylo přiděleno označení „XY“ či falešné počáteční písmeno jejich jména.

Švaříček uvádí, že výzkumník by měl také vždy získat od informanta souhlas s účastí ve výzkumném šetření. Tento souhlas doporučuje určitým způsobem zdokumentovat (např. nahrát na diktafon, vyplnit formulář apod.). Proto všichni informanti v rámci tohoto výzkumu obdrželi **informovaný souhlas**, který byl jimi i autorkou této diplomové práce podepsán. Tento souhlas obsahuje stručné shrnutí cílů výzkumného šetření, důvody, proč jsou informanti žádáni o spolupráci, dále zaručení anonymity, způsob získání audionahrávek a jak s nimi bude zacházeno, a na doporučení Hendla (2016), možnost svobodně odmítnout účast ve výzkumu i v jeho průběhu. Vzor tohoto informovaného souhlasu uvádí příloha C.

Nelze opomenout, že autorka během rozhovorů nikdy dotazovaným nesdělovala své názory ani odpovědi ostatních účastníků výzkumu na danou problematiku. Jejím cílem bylo především získat co nejvíce autentické názory a zkušenosti svých informantů, a proto se snažila být za všech okolností nestranná.

5 Interpretace výzkumného šetření

V poslední kapitole této diplomové práce budou vyhodnoceny veškeré výsledky výzkumného šetření formou interpretace všech dílčích cílů a k nim vztahujících se indikátorů.

Interpretace prvních třech dílčích cílů (DC1 – DC3) budou doplňovat citace z provedených polostrukturovaných rozhovorů s informanty, kteří jsou označeni již zmíněnými kódy L1, L2, R1, R2, R3. Tyto citace budou uvedeny v uvozovkách, psány kurzívou a v původním znění se zachováním nespisovných výrazů, dialektu apod. Čtvrtý dílčí cíl bude obsahovat vytvořený model realizace terénní logopedické péče v okrese Mladá Boleslav, který bude sestaven z analýzy dílčích cílů DC2 – DC3.

Následně bude posouzeno dosažení hlavního výzkumného cíle této práce a též jaká doporučení pro praxi z toho výzkumu vyplývají.

5.1 Interpretace DC1

DC1: Popis možností logopedické péče a dostupnosti u osob s afázií v okrese Mladá Boleslav

Indikátory:

- a) logopedická péče u osob s afázií v okrese Mladá Boleslav;
- b) poskytování/využívání TLP;
- c) dostupnost TLP v tomto okrese.

Z předvýzkumného šetření a z provedených rozhovorů se ukázalo, že **logopedickou péči u osob s afázií v okrese Mladá Boleslav zajišťují tři pracoviště klinické logopedie.**

Dvě z nich se nachází přímo ve statutárním městě Mladá Boleslav, přičemž jedno je soukromé a druhé státní. Soukromé pracoviště vede klinická logopedka neúčastnicí se tohoto výzkumného šetření. U té bylo během telefonické komunikace zjištěno, že dříve osobám s afázií poskytovala i TLP, ale nyní z časových důvodů nabízí pouze ambulantní. Ve státním pracovišti působí klinická logopedka L2, jež blíže specifikuje: *„Já poskytuji osobám s afázií ambulantní logopedickou péči, dále během jejich hospitalizace za nimi docházím na lůžkové oddělení v nemocnici*

a zaštiťuji i logopedickou péči na oddělení následné péče a v léčebně dlouhodobě nemocných. Vždy nabízím pouze individuální péči”

Třetí pracoviště se nachází v menším městě zhruba dvacet kilometrů od Mladé Boleslavi a patří mezi soukromá zařízení. Vede ho klinická logopedka L1, která popisuje, že osobám s afázií nabízí ambulantní péči, ale pokud ji klienti nemohou ze zdravotních důvodů a zejména kvůli imobilitě využívat, je ochotná dojíždět za nimi do jejich přirozeného prostředí. Z hlediska způsobu logopedické péče dle počtu klientů nevyklučuje skupinovou terapii, ale více preferuje tu u individuální, „...*ne všichni jsou ochotni do skupin docházet, a navíc u individuální terapie se můžete zacílit na to, co pacient opravdu potřebuje”* (L1).

Konkrétně informanti (R1 a R3) uváděli, že se jejich blízcí setkali s logopedickou péčí již během hospitalizace, která ale v obou případech probíhala v Praze. R2 vysvětlovala: „*V nemocnici za manželem nikdo nedocházel, on byl ve velmi vážném stavu a byl hodně dezorientovaný, rozrušený*”. Ale všichni dotazovaní (R1, R2, R3) mají zkušenost s rehabilitačním pobytem zahrnujícím logopedickou péči, opět ale mimo okres Mladá Boleslav.

Pro následnou logopedickou péči v okrese Mladá Boleslav si informanti (R1 – R3) museli vyhledat kontakt na klinické logopedy sami pomocí internetových stránek. R1 zmiňuje: „...*Poté se mi povedlo zařídit si klinickou logopedku pani “XY” v Mladé Boleslavi, což nejdřív nebylo úplně jednoduchý, protože měla plnou kapacitu a dávala nám dokonce kontakty na jiné logopedky. Nakonec se jí ale uvolnilo místo, takže nás přijala*”. Stejně tak R2 udává: „*Já jsem se prostě sama začala interesovat. Šla jsem přes počítač, pak jsem zjistila, že logopedka je v Mladé Boleslavi a napojila jsem se na paní magistru (pozn. myšleno klinickou logopedku) a tím pádem jsme dostali termín*”. R3 se dokonce logopedickou péčí pro svou babičku zajistit nepodařilo. „...*Pak jsme na internetu hledali logopedku v Boleslavi, ale jedna nás musela odmítnout, protože zrovna v tu chvíli měla plno, ale zapsala si nás do nějakýho pořadníku a dala nám aspoň nějaký logopedický materiály a kontakty na další logopedky. Babička pak ale vlastně odjela na rehabilitační pobyt, ...”*.

V současnosti dochází do ambulance klinického logopeda manželka informanta R1 (1 x za týden) a manžel informantky R2 (1x za tři týdny). Dotazovaná R3 přiznává, že se zatím znovu vyhledat klinického logopeda nepokusili,

neboť její babička má za sebou několik déle trvajících rehabilitačních pobytů a odmítá již někam dojíždět.

Z dotazovaných (R1 – R3) tak nikdo nemá zkušenost s **využíváním terénní logopedické péče** poskytované klinickým logopedem. R3 netušila, že je tato péče možná, a proto ji nevyhledávala. Naopak informanti (R1, R2) žádali svou klinickou logopedku o tuto péči, ale pro časovou vytíženost logopedky byli odmítnuti. Na základě toho si oba zajistili, aby k nim do jejich domácího prostředí docházela osoba nahrazující je v roli komunikačního partnera. „... oslovili jednu studentku logopedie, která byla u naší logopedky na praxi, která pak začala za manželkou docházet jednou do týdne domů a vlastně s manželkou dělá různá cvičení, úkoly, které máme doporučené od naší logopedky a které bych mohl dělat třeba i já...” (R1). „...naše soukromá pečovatelka ze sousedství a naše blízká známá. Má naštěstí hodně času, protože je taky v důchodu, ale ne tak dlouho jako my. Začala za manželem chodit a skoro každý den dělají něco z těch materiálů (logopedických). I paní magistra to chválí.” (R2).

Z výše dostupných a ověřených informací tedy vyplývá, že v okrese Mladá Boleslav **poskytuje terénní logopedickou péči** pouze klinická logopedka L1. **Dostupnost** této péče v tomto okrese obě klinické logopedky (L1, L2) hodnotí tedy jako nedostačující. Při zamyšlení, jak by se tato situace mohla zlepšit, usuzuje L1: „Toto je otázkou každého pracoviště či jednotlivého logopeda a jeho nastavení priorit...Každé pracoviště přeci může tuto službu nabízet, pokud chce...Všechny ambulance jsou naplněné i ta moje, ale pokud si na udělám prostor, protože to považuji za smysluplné, udělám to.” Oproti tomu L2 vyzdvihuje potřebu zvýšit počet klinických logopedů ve zmíněném okrese „...Kdybych k sobě měla ještě jednoho logopeda, určitě bych si ráda udělala čas na poskytování terénní logopedické péče.”.

Informanti (R1, R2, R3) netušili, zda tuto péči někdo z klinických logopedů v jejich okrese poskytuje. Spíše se shodovali o tom, že je tato péče nedostupná, „...nevím, jestli tu nějaká logopedka, co by dojížděla za klienty domů v našem okrese je” (R1), „... žádného logopeda pro domácí péči jsem nenašla. Možná tu někdo je, ale netuším...” (R2), „Osobně si myslím, že počet logopedů pro náš okres je nedostačující a obávám se, že málokdo z nich bude poskytovat TLP...” (R3). Jejich úsudek ale

mohlo ovlivnit, že všichni hledali kontakt na klinického logopeda pouze v Mladé Boleslavi.

Shrnutí DC1:

Z hlediska možností logopedické péče nabízí okres Mladá Boleslav osobám s afázií tři pracoviště klinické logopedie. Z toho dvě se nachází přímo ve statutárním městě Mladá Boleslav. Všechna tři pracoviště poskytují osobám s afázií zejména ambulantní logopedickou péči, z toho jedno zajišťuje též tuto péči na lůžkovém oddělení oblastní nemocnice, oddělení následné péče. Z odpovědí obou klinických logopedek vyplynulo, že terénní logopedickou péči poskytuje v tomto okrese pouze jedna z nich.

Všechny dotazované rodiny osob s afázií se uváděly, že jim ale logopedická péče a kontakty na klinické logopedy v okrese Mladá Boleslav nebyly doporučeny a musely si je vyhledat samy. Zároveň se ukázalo, že tento okres nedokáže zajistit logopedickou péči všem osobám s afázií, neboť ze tří dotazovaných rodin osob s afázií má jedna z nich zkušenost s odmítnutím ze strany klinického logopeda vlivem plné kapacity klientů. V současnosti mají zajištěnou logopedickou péči, pouze ambulantní, dvě ze tří dotazovaných rodin.

Dostupnost terénní logopedické péče v tomto okrese všichni informanti hodnotili jako nízkou a vyjadřovali potřebu ji zvýšit. Nikdo z informantů R1 – R3 ji nevyužívá. Dvě rodiny osob s afázií využívají také tzv. “náhradní” komunikační partnery, kteří k nim v různých intervalech dochází do jejich domácího prostředí a participují na stimulaci komunikačních schopností u daných osob s afázií.

5.2 Interpretace DC2

DC2: Získat názory klinických logopedů na přínos a potřebnost konkrétní způsob TLP

Přínos a potřebnost TLP

Indikátory:

- a) názor na přínos TLP;
- b) potřebnost této péče.

Již z předchozí interpretace prvního dílčího cíle vyplynulo, že terénní logopedickou péči v okrese Mladá Boleslav nabízí osobám s afázií pouze klinická logopedka L1, která tím reagovala na potřeby rodinných příslušníků, „...*Když mi*

začali volat zdrcení rodinní příslušníci, že by potřebovali pomoci své blízké osobě, neváhala jsem. A to i za předpokladu, že si najdu čas po pracovní době.”

Klinická logopedka L2 k terénní logopedické péči nezaujímá negativní postoj a též zmiňuje, že se setkává s poptávkou o tuto péči, především od rodinných příslušníků osob s afázií. Dále připouští, že pro některé osoby s afázií není snadné ji navštěvovat ambulantně, „... Spousta lidí se bohužel ke mně do ambulance nemůže dostat kvůli poruchám hybnosti. Někteří klienti bydlí ve vesničkách s nedostatečnou dopravou.”. Na základě toho by ráda navštěvovala tyto osoby v jejich přirozeném prostředí, ale vysvětluje: „...jelikož jsem momentálně v nemocnici jediný logoped, tak jsou moje kapacity omezené a časově by to bylo náročné. Pokud zrovna nejsem v ambulanci, tak jsem na lůžkovém oddělení.”.

Z hlediska **přínosu terénní logopedické péče** obě dotazované vnímají tuto péči jako smysluplnou, a to zejména u osob s afázií majících poruchu hybnosti, „...Určitě je jednoznačně vhodná právě u imobilních pacientů!” (L1). „Domácí terapie je vždy přínosná po psychické i zdravotní stránce, pro imobilní klienty je dojíždění fyzicky vyčerpávající, často se po příjezdu nedokážou již plně soustředit, jsou unavení, určitě preferují podporu rodiny v domácím prostředí”. (L2).

Z výše uvedeného obě informantky vnímají terénní logopedickou péči jako **potřebnou**, ale obě nedokáží posoudit, v jaké míře o ní mohou mít osoby s afázií a jejich rodiny zájem. Též se obávají, že četnost poptávky rodin osob s afázií o terénní, ale i ambulantní, logopedickou péči může být ovlivněna špatnou kvalitou informovanosti o možnostech oboru logopedie i ze strany odborníků. „... tato péče je potřebná, smysluplná, i když takových klientů je jen pár. V tomto směru se obávám, že je to spíše problém špatné propagace našeho oboru – naší práce - pro laickou, ale i odbornou veřejnost!” (L1). „...Takže je možné, že sice ty osoby logopedickou péči potřebují, ať už terénní nebo ambulantní, ale netuší, na koho se obrátit. To je podle mě taky velký problém.”(L2).”.

Klinická logopedka L1 ještě upozorňuje, že přínos a potřebnost terénní logopedické péče u osob s afázií může být vždy individuální a uznává, že v některých případech bývá vhodnější ambulantní způsob péče, „...V praxi se ale také setkávám s tím, že pacienti hrozně rádi přichází právě do ambulance, neboť je to pro ně vlastně taková “událost”, kdy mohou mít důvod odejít z domova.”.

Konkrétní způsob realizace TLP

Indikátory:

- f) cíl/náplň;
- g) podmínky pro poskytování TLP;
- h) prostředí, v nichž dochází k poskytování TLP;
- i) poskytovatel;
- j) zprostředkovatel;
- k) žadatel této péče;
- l) intervaly setkávání;
- m) podmínky spolupráce;
- n) etická doporučení;
- o) financování TLP.

Cílem terénní logopedické péče by dle klinické logopedky L1 mělo být zpřístupnění logopedické intervence osobám s afázií, pro které je z různých důvodů nemožné navštěvovat klinického logopeda ambulantně. Zároveň si uvědomují, že terénní péče umožňuje mnohem více poznat osobu klienta a jeho přirozené prostředí, a doporučují toto její specifikum využít pro větší efektivitu terapie. „...*oproti ambulantní, to si myslím, že by se ta terapie mohla více přizpůsobit na míru klientovi a zahrnout třeba do terapeutických materiálů a pomůcek věci z domácího prostředí.*” (L2). Též informantky (L1, L2) zdůrazňují zintenzivnit touto péčí poradenství a spolupráci s rodinou osoby s afázií. „*Je velmi důležité edukovat i blízké rodinné příslušníky, kteří s pacienty denně komunikují. Toto považuji za významnou věc a kladu na to patřičnou důležitost.*” (L1).

L1 se domnívá, že **terénní logopedická péče by měla být poskytována za podmínek**, kdy je klient imobilní nebo ho jiné závažné důvody omezují v docházení do logopedické ambulance. Zároveň usuzuje, že ji nelze zahajovat, pokud se klient staví k této péči negativně. „*Pokud pacient spolupracovat nechce, těžko ho terapeuticky posunete dál a nutit ho prostě nemůžete.*” Dle L2 lze poskytovat péči v terénu, pokud je klientovo domácí prostředí přizpůsobené pro terapii, „...*aby tam například rodina měla prostor, kde bude klid a bude to příjemné prostředí pro klienta i logopeda. Ideálně by také bylo dobré, aby byl v domácím prostředí komunikační partner z rodiny, který bude s logopedem během toho spolupracovat.*”. Dále L2

usuzuje, že pokud tato péče nesplňuje představy klientů či jejich rodin, měla by být po dohodě ukončena.

Z hlediska **prostředí**, uvádí informantky, že by se terénní logopedická péče měla vztahovat nejen na domácí prostředí, ale také domovy pro seniory a léčebny dlouhodobě nemocných. *„Já jsem v kontaktu ještě s Domovem pro seniory, s hospicem a také s LDN a rehabilitačním zařízením.“* (L1).

Názory informantek (L1, L2) na **poskytovatele** terénní logopedické péče se od sebe mírně lišily. Obě sice souhlasí, že nejvíce kompetentní je pro tuto péči klinický logoped. L1 ale zdůrazňuje, že by tuto péči měl poskytovat pouze logoped s atestací, neboť jako jediný dokáže nejlépe nastavit terapii a přizpůsobovat ji aktuálním potřebám klienta či zvládne vysledovat i drobné změny v symptomatologii dané osoby a upřesnit tím její diagnózu. *„A to se obávám, že ani logoped, student, zdravotní sestra, rehabilitační pracovník, ergoterapeut nebo někdo jiný, nemohou prostě dobře reagovat. TLP přeci není jen o “předání” úkolů, které se s dotyčným udělají. Vlastně si to nedovedu vůbec představit, jak by předání informací s jiným “pomocným” pracovníkem probíhalo...“* (L2). Oproti tomu L2 usuzuje, že požadavky pro tuto péči splňuje i logoped v předatestační přípravě.

L2 dále připouští možnost, kdy rodina osoby s afázií využívá “náhradního” komunikačního partnera, který k nim dochází do jejich domácího prostředí, především v případě, pokud nikdo z členů rodiny nezvládá participovat na terapii (zejména senioři). Ideálně by na tuto pozici doporučila například studenta logopedie, ale pouze pod záštitou klinického logopeda. Zároveň varuje: *„...v případě náhradního komunikačního partnera by se nemělo jednat o TLP!...takže pracuje za jiných podmínek, což musí být vysvětleno rodině a klientovi a musí být stanoveny nějaké zásady jeho práce a hranice. Je to vlastně takový náhradní člen rodiny, ale více zaškolený. Určitě bych doporučovala, aby tam byl dohled klinického logopeda.“*

Jak by měl být **zprostředkovaný** kontakt rodinám osob s afázií na poskytovatele terénní logopedické péče, vysvětluje L1 na svých zkušenostech. *„Mě doporučují odborníci, se kterými v okolí spolupracuji, nebo si mě dokonce i někteří lékaři najdou sami na internetu. Nejčastěji je to ale vlastní iniciativa klientů, kteří si mě vyhledají sami.“* Dle L2 by se rodiny osob s afázií měli o možnosti využití této

péče nejlépe od ošetřujícího lékaře či ideálně i od jejich pojišťovny. Posléze i od klinického logopeda.

Roli **žadatele** o tuto péči přisuzují informantky (L1, L2) především ošetřujícímu lékaři (neurolog či praktický lékař), který by měl vystavit doporučení o následné logopedické péči. Pokud je již ale osoba s afázií v kontaktu s klinickým logopedem či k němu dochází, měla by mít možnost o tuto péči požádat sama či za pomoci její rodiny.

Klinické logopedky se též shodují, že **intervaly** terénní logopedické péče by měly být určovány individuálně podle závažnosti diagnózy a potřeb osob s afázií. Zároveň L2 přibližuje: „*Ideálně asi 1x týdně - 30–60 minut.*” L1 popisuje ze své praxe: „*Zpravidla jezdím zprvu po 14 dnech a návštěva trvá cca 45-90 minut. Pokud se stav výrazně zlepší, stačí už jen kontroly např. po měsíci v délce trvání 30-45 minut.*”.

V rámci nastavení **podmínek spolupráce** mezi klinickým logopedem a rodinou osoby s afázií během poskytování terénní logopedické péče doporučují obě dotazované domlouvat termíny setkávání s klienty formou e-mailové či telefonické komunikace. Ale zhodnocení o průběhu či změnách terapie, vysvětlení, jak nejlépe stimulovat komunikační schopnosti u dané osoby bez přítomnosti logopeda atd. by měl klinický logoped sdělovat rodině vždy osobně, nejlépe v průběhu či po ukončení setkání. „*Určitě po každém setkání by rodina měla být informována, jak si klient vedl a ideálně třeba zaučená v nějakých technikách, které by podpořily komunikaci mezi osobou s afázií a členy rodiny.*“ (L1).

Klinická logopedka L2 ještě doplňuje, že tyto podmínky by měly platit i při využití “náhradního” komunikačního partnera, který by ale měl včetně rodiny informovat o setkávání i klinického logopeda. „*...chtěla bych, aby mě komunikační partner informoval podle jasně stanovených pravidel - např. po každém setkání formou emailové komunikace či osobní domluvy. A taky by tam měla být nějaká zpětná vazba od rodiny.*”.

Z hlediska **etických doporučení** vztahujících se k terénní logopedické péči konstatuje klinická logopedka L1: „*Snažím se přistupovat ke klientům profesionálně už od začátku navázání vztahu.*” „*...každý logoped by se měl řídit etickým kodexem, který je tuším vystavený na stránkách Asociace klinických logopedů.*”(L2). Obě se

domnívají, že správné určení hranic vztahu mezi poskytovatelem a klientem (rodinou klienta) této péče se odvíjí od zkušeností a osobnosti poskytovatele/terapeuta. *“Nezkušený terapeut si bude udržovat větší odstup.”* (L2). *„Trochu familiérnější přístup nevadí, ale nesmí ho být příliš.”* (L1).

K vymezení cílů a principů terénní logopedické péče by mělo docházet podle informantek již při prvním setkání s rodinou osoby s afázií. L1 vždy rodině zdůrazňuje nutnost spolupráce, *„...tj. aby pracovali i sami, nečekali jen na to, až přijedu já.”*. L2 opět zdůrazňuje, že rodina osob s afázií by měla být informována o rozdílu mezi terénní logopedickou péčí a využitím komunikačního partnera majícího mnohem omezenější kompetence než klinický logoped. Navrhovala by v tomto případě vytvořit smlouvu, *„...která by shrnovala pravidla péče pro obě strany a měla by být od obou stran stvrzena podpisem.”*.

Financování terénní logopedické péče popisuje L1 též ze svých zkušeností: *„Pokud je péče indikována ze strany lékaře na “doporučení”, péče je pak u mě hrazena jen u některých pojišťoven ze zdravotního pojištění. V jiném případě je péče hrazena přímou platbou klienta.”*. Stejnou představu má o financování této péče má i L2. Obě dotazované nechtěly vymezovat přesnou částku, kterou by u přímé platby musel klient uhradit.

Shrnutí DC2:

Dotazované klinické logopedky zastávaly kladný názor na poskytování terénní logopedické péče u osob s afázií. Její přínos vnímaly především v tom, že umožňuje logopedickou péči osobám s afázií, které vlivem poruch hybnosti či z jiných závažných důvodů, nemohou navštěvovat klinického logopeda v jeho ambulanci. Jedna z klinických logopedek se též domnívá, že pro klienta může být tato péče vhodná, nejen ze zdravotního hlediska, ale také pro jeho psychiku. Informantky si přínos této péče spojují také s větší možností podpořit rodinné příslušníky osob s afázií.

Míru potřebnosti této péče ze strany osob s afázií a jejich rodin vyskytujících se v okrese Mladá Boleslav nedokázaly zcela posoudit. Jedna z nich udává, že klientů s afázií vyžadujících tuto péči zatím není mnoho. Obě klinické logopedky ale usuzovaly, že poptávka o tuto péči by u osob s afázií a jejich rodin vzrostla, pokud by se zlepšila informovanost o možnostech oboru logopedie i ze strany

odborníků. Následně jedna z dotazovaných upozorňovala, že přínos a potřebnost terénní logopedické péče nelze zobecňovat a je nutné tyto faktory hodnotit vždy individuálně, neboť se odvíjí od aktuálních potřeb osoby s afázií.

Z toho, jak si klinické logopedky představují konkrétní model terénní logopedické péče realizované v okrese Mladá Boleslav, vyplynulo, že cílem této péče by mělo být zpřístupnit logopedickou intervenci osobám, které z různých důvodů nemohou docházet do ambulance klinického logopeda. Nejčastěji tedy v případě, že má daná osoba poruchy hybnosti, zdravotní obtíže či komplikace spojené s dopravováním se do ambulance. Snahou této péče by také mělo být zefektivnění terapeutického procesu na základě možnosti lépe poznat osobnost a přirozené prostředí klienta. Přičemž klient či jeho rodina by měli zajistit vhodný a klidný prostor pro setkávání, během něhož by měl být jeden z rodinných příslušníků ideálně přítomen v roli komunikačního partnera. Tato péče by neměla sloužit klientům přistupujícím k terapeutickému procesu negativně.

Z následujících odpovědí, lze dále shrnout, že poskytovatel terénní logopedické péče je vždy klinický logoped. Ale jedna z logopedek usuzuje, že pod jeho kontrolou by mohl i logoped v předatestační přípravě. Zprostředkovat kontakt na poskytovatele této péče by měl ideálně ošetřující lékař (neurolog, či praktický lékař) či zdravotní pojišťovna. Též si mohou klienti či jejich rodiny vyhledat kontakt sami například i na internetových stránkách. Stejně tak žadatelem by měl být ošetřující lékař vystavující doporučení o následné logopedické péči či si rodina může tuto péči zajistit sama po dohodě s klinickým logopedem.

Terénní logopedická péče nemusí zahrnovat pouze domácí prostředí, ale též zejména domovy pro seniory, léčebny dlouhodobě nemocných, případně hospice a rehabilitační zařízení. Intervaly setkávání v rámci této péče se odvíjí od individuálních potřeb osoby s afázií, nejčastěji v rozmezí - 1 x za týden, 14 dní, měsíc na 30 až 90 minut. Konkrétní termíny by si mohla osoba s afázií či její rodina domlouvat sama telefonicky či pomocí e-mailové komunikace. Ale informace či instrukce o průběhu terapeutického procesu a stavu klienta by měl klinický logoped sdělovat vždy osobně přímo klientovi a jeho rodině.

Dále klinické logopedky doporučovaly, aby poskytovatel terénní logopedické péče udržoval s klientem a jeho rodinou profesionální vztah odvíjející se od etického

kodexu klinických logopedů (viz Asociace AKL). Mírná familiérnost ale může být pro průběh terapie vhodná. Klient a jeho rodina by měly být již během prvního setkání seznámeny s principy a cíly této péče a poučeni o tom, že se od nich očekává přirozená participace. Z hlediska financování, pokud to lze, měla by být tato péče hrazená zdravotním pojištěním. V jiném případě si hradí klient péči sám, částku si domlouvá poskytovatel individuálně.

Jedna z klinických logopedek dále připouštěla možnost, že rodinu osoby s afázií zastupuje v různých intervalech jiná osoba v roli komunikačního partnera (např. student logopedie), která též za osobou s afázií dochází a podílí se u ní na stimulaci komunikačních schopností. Zároveň ale upozorňovala, že by taková možnost měla fungovat pouze pod záštitou klinického logopeda, neboť se v tomto případě nejedná o terénní logopedickou péči. “Náhradní” komunikační partner by měl pravidelně osobně či písemně informovat klinického logopeda o průběhu setkávání. Rodina osoby s afázií by si měla být vědoma omezených kompetencí tohoto komunikačního partnera a měla by být mezi ním a rodinou osoby s afázií sepsaná smlouva shrnující podmínky spolupráce.

5.3 Interpretace DC3

DC3: Získat názory u konkrétních rodin osob s afázií na přínos, potřebnost a konkrétní způsob realizace TLP

Přínos a potřebnost TLP

Indikátory: viz DC2

Z prvního dílčího cíle se ukázalo, že informanti (R1 – R3) nemají zkušenost s využíváním terénní logopedické péče poskytované klinickým logopedem, ale ne z důvodu nezájmu o tuto péči. Dotazování R1 a R2 dokonce o ni žádali svou klinickou logopedku, která jejich návrh odmítla vlivem nedostatku času.

Přínos terénní logopedické péče všichni informanti hodnotili kladně a ze svého pohledu vysvětlovali, proč by tato péče mohla jejím blízkým i jim pomoci. *“...mám pocit, že na manželku působí to domácí prostředí lépe, že tu má ten svůj klid....mívala často a teď naštěstí jen občas depresivní stavy a také má ještě jiné záživací obtíže, takže je pro ni někdy opravdu hodně těžké opustit to domácí*

prostředí.” (R1). “...pro manžela by to bylo dobré, kdyby nemusel nikam jezdit, je to pro nás oba hodně náročné. Vždycky si musíme nasmlouvat sanitu a pak často dlouho na tu sanitu čekáme, aby nás odvezli zase domů...jeho prostředí je prostě domov a všechno ostatní je prostě vždycky u něho s velkou bází” (R2). “Myslím si, že by babička měla větší motivaci pořád se svojí řečí něco dělat. A kvůli té její špatné hybnosti by bylo dobré, kdyby nemusela nikam jezdit...i krátké cestování je pro ní fakt vyčerpávající.” (R3).

Jak by blízké osobě s afázií, zejména z hlediska psychiky, mohlo pomoci zůstat ve svém přirozeném prostředí přímo ve výkonu během terapie, usuzuje R3: *“Určitě by babička byla méně ve stresu. Taky věřím, že by se víc soustředila a nebyla tolik unavená.”* R1 a R2 vychází ze své zkušenosti a porovnání toho, jak se daná osoba projevuje v ambulanci a jak v domácím prostředí při setkání s “náhradním” komunikačním partnerem. *“...žena je doma víc klidná, není tolik unavená, lépe spolupracuje.” (R1). “...doma můj muž více mluví, je klidnější, není tak unavený. S. si moc chválí, jak s ní spolupracuje, to pak vydrží opravdu celou hodinu pracovat.” (R2).*

Z hlediska **potřebnosti terénní logopedické péče** se všichni informanti domnívají, že nejsou jediní, kteří by měli o tuto péči v tomto okrese zájem. R2 zdůrazňuje potřebnost této péče zejména u seniorů, *“...Kor takto u starších by bylo dobré, kdyby ti logopedi dojížděli za nimi.”* Následně uvádí příklad, který to dokazuje: *“...v sousedství jsou známí, kde má pán také mozkovou příhodu a nemůže skoro mluvit. Taky to jsou lidi už přes osmdesát let. No a ti se taky nemají, jak dostat k logopedce a jsou z toho zoufalí. Autobusy sem skoro nejezdí...”*. Dle R3 tuto péči vyžadují zejména osoby s poruchami hybnosti a též senioři nemající možnost se dopravit do ambulance klinického logopeda.

Dále se dotazování shodují, že terénní logopedická péče může být přínosná a potřebná nejen pro osoby s afázií, ale také pro ně jako pro rodiny těchto osob. *“Myslím si, že tahle diagnóza je závažná nejen pro toho, kdo ji má, a i pro tu rodinu. Takže ta domácí podpora od někoho “z venčí” je důležitá.” (R1). “Obávám se, že taky řada rodin stejně jako ta naše nemá tolik času na to dovážet svého příbuzného na logopedii” (R3).*

V důsledku toho ještě R1 a R2 vysvětlovali, proč k nim dochází osoba nahrazující je v roli komunikačního partnera. *“...žena se mnou pracovat jinak odmítá, je jí to hrozně nepříjemné, stydí se. Asi bych to měl stejně. S dcerou se asi snaží víc, ale přeci jen chce být před ní jako máma a ne jako dítě nebo jak to říct. Takže se pak vyhýbá tomu, aby s námi něco dělala, co nám logopedka doporučovala. Co je ale ta péče u manželky intenzivnější a pracuje s ní i ta studentka, tak ten posun je tam vidět.”* (R1). *“...aby mohl být u člověka v takovém věku posun, musí tam být ta intenzivní péče (myšleno logopedická), jinak by to nešlo... jen jednou za čas něco trénovat, to by nevedlo k žádným pokrokům. Mě manžel odmítal, jakmile jsem chtěla s ním něco dělat z těch podkladů od paní magistry (klinické logopedky), tak strašně moc nechtěl, nelíbilo se mu to. Víte, ono mu vadí, že teď kolem domu mám všechno na starosti, vnímá to. A nechce přede mnou být jako dítě. Ale pak s tou naší pečovatelkou, to šlo samo. Takže oni dva mají takový vztah, že se oba na sebe tešej a každý den spolu pracují.”* (R2).

Konkrétní způsob realizace TLP

Viz indikátory DC2

Informanti R1, R2 vyzdvihují, aby **cílem terénní logopedické péče** byla možnost poskytnout osobám s afázií stejné možnosti logopedické intervence jako v ambulanci klinického logopeda. *“...Aby v tom domácím prostředí dělala žena to, co s paní logopedkou v ambulanci.”* (R1). *“Tak pokud by to třeba dělala paní magistra (myšleno klinická logopedka), tak bych chtěla, aby dělala to samé, co v ambulanci.”* (R2). R1 a R3 by dále od této péče očekávali větší možnost poradenství pro rodinu, o tom, jak se může zapojit do terapeutického procesu. *“...abychom věděli, jak konkrétně můžeme pomáhat manželce s mluvením v domácím prostředí...”* (R1). *“Určitě bych se mi líbilo, aby nám logoped víc vysvětlil, jak máme s babičkou komunikovat a jaká cvičení by byla vhodná, abychom s ní prováděli. Myslím si, že oproti tomu být někde v ambulanci by nám takhle mohl víc vše ukázat a víc nás členy rodiny do té terapie zapojovat.”* (R3). R2 by také od této péče očekávala, větší možnost zefektivnit terapii na základě většího poznání osoby s afázií v jejím domácím prostředí a zapojením jejích koníčků, *“...můj muž se celý život věnoval hudbě. Jestli jsem to správně pochopila, tak hudba může v tom mluvení pomoci. Tak možná, kdyby třeba to šlo tady doma do toho více zapojit, asi by to ocenil”*. Stejně tak R3 uvádí:

“Taky bych chtěla, aby ta terapie byla více kreativní, a interaktivní využívala třeba to co má babička ráda – např. zpěv, hudební prvky.”

Všichni tři dotazovaní se shodují, že **terénní logopedická péče by měla být poskytována z důvodů**, že osoba s afázií vlivem nepříznivého zdravotního stavu potřebuje být ve svém přirozeném prostředí. R2 a R3 doplňují, že by tato péče měla být určena zejména seniorům, pro které je mnohem více náročné se dopravovat do ambulance klinického logopeda. R1 také dodává: *“pak taky teda i kvůli té psychice... že třeba manželka mívala ty depresivní stavy a byla hrozně z toho vyčerpaná.”*. Dotazovaní se též zamýšleli, proč by tuto péči mohly rodiny osob s afázií odmítnout. *“Tak to jediné nějak tou povahou toho člověka, že by mu třeba vadilo, že mu někdo narušuje soukromí...”*(R1). *“...hlavně by jim v tom mohlo bránit to, že si to nemohou dovolit finančně...A asi si myslím, že některý lidi to taky nemusí chápat. že si řeknou “nemluví, no tak co, už se nedá nic dělat” a třeba je nenapadne si zjišťovat si, jaké jsou možnosti.”* (R2). R3 se též domnívá, že by vliv mohly mít finanční důvody či možná ztráta soukromí.

Stěžejním **poskytovatelem terénní logopedické péče** by měl být dle informantů klinický logoped. Ze svého laického pohledu ale také připouštěli možnost, že za spolupráce a na doporučení klinického logopeda by mohla tuto péči poskytovat jiná osoba ale též mající alespoň částečné logopedické vzdělání. Například R3 usuzuje: *“...nám asi nevadil, kdokoliv, kdo by nám prokázal, že má logopedii vystudovanou na vysoké škole. Ale asi bysme byli radši, kdyby tahle osoba nějak s klinickým logopedem spolupracovala.”*. R1 se ale dodává: *“Já si nemyslím, že je to jenom o tom vzdělání, ale spíš o tom doporučení, jestli ten člověk je schopný prostě tomu druhému pomoci ...určitě by to ale měla dělat osoba, co má logopedické znalosti.”* Informanti též hodnotili, jaké by měl být poskytovatel této péče povahové vlastnosti. Pro všechny byla důležitá empatie, trpělivost a zejména také důslednost. *“...aby babičku vedl k tomu, aby daný úkol opravdu udělala a dokončila, což mě se ne vždy daří.”* (R3). *“To všechno tihle lidé (myšleno osoby s afázií) potřebují, a když to nemají, tak nebudou spolupracovat.”* (R2).

Jako vhodného **zprostředkovatele** terénní logopedické péče označovali informanti zejména ošetřujícího lékaře a klinického logopeda. *“...asi lékaři, kdyby nám třeba už doporučili nějaký kontakt, to bych asi ocenila.”* (R2). *“... pak bych také tyhle informace očekávala od logopedky”*. **Žádost o** tuto péči by měl dle R2 a R3

vystavit nejdříve lékař se souhlasem rodiny osoby s afázií. R1 se naopak domnívá: “*Asi ta rodina hlavně.*”.

Ideálně by informanti preferovali v rámci terénní logopedické péče co nejčastější **intervaly setkávání**. “*...tak aspoň dvakrát do týdne. Jako nejlépe každý den, ale to není samozřejmě z časových důvodů možné.*”(R1). “*Tak co nejčastěji nejlépe. Aspoň jednou do týdne tu hodinu.*” (R2). “*V případě babičky by bylo ideální alespoň 2 x do týdne zhruba na tu hodinu.*” (R3).

Z hlediska **podmínek spolupráce** mezi poskytovatelem a klientem této péče, posuzovali dotazování, jakou formou by vyžadovali přijímání informací a instrukcí vztahujících se k průběhu setkávání a terapeutickému procesu. “*Asi osobně po tom setkání, nemuselo by to být třeba každý týden, ale vždycky aspoň dvakrát do měsíce, abych věděl, co na těch setkáních žena dělá, jak jí to jde a v čem můžeme pomoci mi.*” (R1). “*Tak určitě po ukončení toho setkání říct mi, co manželovi šlo a co ne.*” R3 připouští včetně osobního sdělování též možnost telefonické či písemné komunikace. “*...kdyby nám mohl logoped po týdnu zhodnotit, co s babičkou dělali a jak jí to šlo. Asi telefonicky nebo nechat nějakou zprávu u babičky na pokoji. Lepší by samozřejmě bylo se vždy po nějaké době s logopedem sejít osobně, aby nám třeba konkrétně ukázal, jak s babičkou pracuje a vysvětlil nám to podrobně.*”. V případě, že by tuto péči poskytovala jiná osoba, než klinický logoped, měli by na ní informanti stejné nároky, zároveň by ale od ní očekávali sdílení informací s klinickým logopedem.

V rámci **etických doporučení** vztahujících se k terénní logopedické péči se vyjadřovali informanti k tomu, za jakých podmínek by s důvěrou pustili poskytovatele této péče do jejich soukromí. Všichni dotazování by měli automatickou důvěru ke klinickému logopedovi. “*Tam bych předpokládala, že se musí v rámci své práce držet nějakých pravidel o mlčenlivosti a celkově bude vědět, co může a nemůže.*” (R3). R2 by též důvěřovala osobě mající logopedické vzdělání, kterou by doporučil klinický logoped. R1 se nad tímto hlediskem příliš nezamýšlel, protože “*...jsem vděčný za každou pomoc.*”. Zároveň, se ale domnívá: “*Ale asi by se našli lidi, kteří by vyžadovali nějakou smlouvu, kde by byla nějaká pravidla a mlčenlivost.*” Sepsanou smlouvu o mlčenlivosti, podmínkách spolupráce a pravidlech poskytování této péče by vyžadovala informantka R3 pouze po osobě, která by nebyla klinickým logopedem.

Financování terénní logopedické péče by dle informantů mělo být ideálně zajištěno zdravotní pojišťovnou. R1 by také ocenil podporu státu. R3 ale uznává: *“...maximálně hradit třeba cestu. Ale zase člověk si toho asi víc váží, když si to financuje sám.”* Při samostatném hrazení této péče, by maximální přijatelná částka za jedno sezení byla pro R1: *“Tak asi bych nešel nad 500 Kč za hodinu, ale těžko říct.”*, a pro R3: *“To je opravdu těžké odhadnout. Ale v naší rodině asi max 400 za hodinu.”*. R2 se ke konkrétní částce nevyjadřovala.

Jak již bylo zmíněno do domácího prostředí k R1 dochází studentka logopedie a k R2 pečovatelka ze sousedství, které se podílejí na stimulaci komunikačních schopností u daných osob s afázií. Informanti R1 i R2 si nejdříve nebyli zcela jistí, zda se jedná též o terénní logopedickou péči. Zároveň si uvědomovali, že nemá tato “vypomáhající” osoba stejné kompetence jako klinický logoped a ani od ní nevyžadovali stejnou péči (např. diagnostiku či vedení terapie apod.). *“...jelikož jsme měli doporučení od naší paní logopedky, tak jsme věděli dopředu, že studentka bude dělat s ženou to, co bych moh třeba dělat i já.”* (R1). *“Nevím, jestli to co dělá S. (myšleno pečovatelka) se dá nazvat terénní logopedickou péčí, ale jak jsem už říkala, ona nahrazuje moji roli.”* (R2). U obou rodin má klinický logoped přehled o průběhu setkávání s tímto “náhradním” komunikačním partnerem a jeho činnost koriguje. R1 studentce důvěřují na základě doporučení klinické logopedky a R2, protože se jedná o jejich velmi blízkou známou. Též informanti R1 i R2 udávají, že tyto setkávání mají velmi pozitivní vliv na terapeutický proces, což potvrzuje i jejich klinická logopedka. Z hlediska financování se u studentky logopedie jedná o dobrovolnou činnost, R1 ji na vlastní žádost hradí pouze výdaje spojené s dopravou. U R2 dostává pečovatelka menší finanční příspěvek za celkovou výpomoc i v domácnosti.

Shrnutí DC3:

Všechny dotazované rodiny osob s afázií zaujímaly k využití terénní logopedické péče pozitivní přístup. Její přínos spatřovaly stejně jako klinické logopedky v možnosti zachování následné logopedické péče i přes nemožnost docházet do ambulance klinického logopeda. Každá rodina měla své důvody, proč by pro jejich blízké s afázií bylo využití této péče užitečné. Patří mezi ně zhoršený zdravotní stav, poruchy hybnosti u osoby s afázií a ztížené dojíždění do ambulance klinického logopeda vlivem nedostatku pravidelných spojů veřejné dopravy. Její prospěšnost si spojovali také s větší možností podpořit je jako rodinu osoby s afázií.

Informanti se dále shodovali, že jejich blízkým s afázií by možnost zůstat ve svém přirozeném prostředí prospělo psychicky, zejména pro snížení hladiny stresu a únavy spojené s dojížděním do ambulance, ale také v jednom případě vlivem opakujících se depresivních stavů znesnadňujících cokoliv vykonávat mimo domácí prostředí. Dva dotazování také ze své zkušenosti zmiňovali, že výkonnost, koncentrace a lepší kooperace u jejich blízkých s afázií by se v logopedické terapii v domácím prostředí zlepšila.

Všichni dotazování usuzovali, že míra potřebnosti terénní logopedické péče v okrese Mladá Boleslav nebude nízká. Dvě informantky se domnívaly, i na základě svých zkušeností, že tuto péči vyžadují převážně osoby s poruchami hybnosti a senioři, zejména ti, co bydlí ve vesnicích s omezenou dopravou.

Na základě vlastní zkušenosti informanti uváděli, že včetně terénní logopedické péče může být pro rodinu osob s afázií prospěšné zajistit si osobu nahrazující je, alespoň občas, v roli komunikačního partnera. Svůj názor vysvětlovali tím, že rodina ač chce participovat na intenzivní logopedické péči u osoby s afázií, tak často z různých činitelů důvodů nemůže. A to nejen pro nedostatek času a vyčerpanost z celé náročné situace vzniklé touto diagnózou. Ukázalo se, že jejich blízcí s afázií raději spolupracují s nestrannou osobou pro snížení pocitů studu a ze snahy si co nejvíce v rodině zachovat svoji původní roli.

Z představ dotazovaných rodin osob s afázií o konkrétním modelu způsobu terénní logopedické péče v okrese Mladá Boleslav se ukázalo, že cílem této péče by mělo poskytování všech složek logopedické intervence osobám s afázií, které nemohou docházet do ambulance klinického logopeda. Zejména z důvodů, že osoba s afázií má vážné zdravotní nebo psychické obtíže, či vlivem seniorského věku a komplikací spojených s omezenou dopravou. Na základě možnosti více poznat osobu s afázií a její přirozené prostředí, by náplň této péče měla též spočívat v mnohem větším zapojení zálib osob s afázií (např. i hudebních prvků) do terapeutického procesu. Především dva dotazování by od této také od této péče očekávali intenzivnější zapojení rodiny osoby s afázií do terapeutického procesu. Dotazované rodiny osob s afázií nedokázaly posoudit, na jakých místech, včetně toho domácího by měla být terénní logopedická péče poskytována. Ale z jejich zkušeností lze posoudit, že by měla zahrnovat zejména také domovy pro seniory.

Z dalších odpovědí vyplynulo, že informanti považují za ideálního poskytovatele terénní logopedické péče klinického logopeda, ke kterému by měli, i ohledně jejich soukromí, největší důvěru. Zároveň by jim ale nevadilo, kdyby tuto péči vykonávala jiná osoba mající alespoň částečné logopedické vzdělání získané nejlépe z vysokoškolského studia. Od ní by už, především jedna dotazovaná, vyžadovala sepsání smlouvy o mlčenlivosti a pravidlech a podmínkách této péče. Též by dotazovaní ocenili, kdyby tuto osobu doporučil přímo klinický logoped, který by s ní poté spolupracoval a její péči zajišťoval. Z hlediska povahových vlastností by poskytovatel této péče měl být empatický, trpělivý a důsledný.

Následně informanti posuzovali, že k setkávání v rámci terénní logopedické péče by mělo docházet co v nejčastějších intervalech ideálně jednou až dvakrát do týdne na hodinu. Informace a instrukce vztahující se ke stavu osoby s afázií a k terapeutickému procesu by měl poskytovatel této péče předávat rodině osoby s afázií především osobně, ale případně i telefonicky či písemnou formou.

O možnosti využívání terénní logopedické péče by se dotazovaní chtěli dozvědět od ošetřujícího lékaře či od klinického logopeda. Žádost o tuto péči by měl též vznést lékař, se souhlasem osoby s afázií a její rodiny, nebo rodina osoby s afázií. Dále dotazované rodiny osob s afázií uváděly, že by byly ochotné si hradit tuto péči sami (zhruba maximálně 400–500 Kč/hod.). Ideálně by ale tato péče měla být financována zdravotní pojišťovnou či státem, případně pouze s vlastním hrazením cestovného.

Z rozhovorů dvou dotazovaných lze ještě shrnout, že pokud rodina osoby s afázií využívá “náhradního” komunikačního partnera místo terénní logopedické péče, měl by být o tom informován klinický logoped, který by měl následně tuto činnost korigovat.

5.4 Interpretace DC4

DC4: Navrhnout konkrétní model realizace TLP u osob s afázií

Model realizace terénní logopedické péče u osob s afázií (v okrese Mladá Boleslav)

Terénní logopedická péče u osob s afázií (dále jen TLP)

= logopedická péče poskytovaná osobě s afázií v jejím přirozeném prostředí

Cíl TLP:

- poskytovat logopedickou intervenci osobám s afázií, které z níže vymezených důvodů nemohou docházet do ambulance klinického logopeda
- poradenství pro rodinu osoby s afázií - např. poučení členů rodiny o tom, jak mají s osobou s afázií komunikovat, a jak mohou stimulovat komunikační schopnosti u osoby s afázií v běžných situacích

doporučení:

- využít bližšího poznání osoby s afázií a jejího přirozeného prostředí pro větší efektivitu terapie - např. zapojit záliby osoby s afázií, použít konkrétní předměty či fotografie z prostředí osoby s afázií, zapojit činnosti, pro které nemusí být v ambulanci prostor či klid, zapojit členy rodiny do terapie apod.

TLP lze poskytovat:

• z důvodů:

- zdravotních obtíží osoby s afázií - především kvůli poruchám hybnosti
- omezených možností dopravy do ambulance klinického logopeda (např. absence veřejné dopravy, rodina nemá dopravní prostředek)

doporučení:

- umožnit tuto péči především seniorům a po odborném uvážení osobám s psychickými obtížemi (např. depresivní stavy), pro něž je velmi stresující a náročné být mimo své přirozené prostředí
- za podmínek, že:
 - osoba s afázií nepřistupuje negativně k terapeutickému procesu
 - osoba s afázií či její rodina nemají potíže s větším zásahem do jejich soukromí

- osoba s afázií či její rodina je schopná za TLP uhradit předem domluvenou částku, v případě, že nelze tuto péči financovat jiným způsobem

doporučení:

- osoba s afázií či její rodina by měla zajistit vhodný a klidný prostor pro setkávání; pokud je to možné, za přítomnosti alespoň jednoho člena rodiny mající roli komunikačního partnera

TLP se může vztahovat na:

- domácí prostředí osoby s afázií
- domovy pro seniory
- léčebny dlouhodobě nemocných

doporučení:

- hospice, rehabilitační zařízení

Poskytovatel TLP:

- **klinický logoped!**
- **logoped v předatestační přípravě** - pouze se souhlasem klinického logopeda

Vzdělání poskytovatele TLP

- **klinický logoped** => dosažené magisterské vzdělání se státní zkouškou z logopedie a surdopedie + atestační zkouška ze specializovaného vzdělávání v oboru klinická logopedie
- **logoped v předatestační přípravě** => dosažené magisterské vzdělání se státní zkouškou z logopedie a surdopedie, zaregistrován do předatestační přípravy, musí mít svého garanta (klinického logopeda)

doporučení:

- poskytovatel by měl být vůči osobám s afázií empatický, trpělivý a důsledný

Zprostředkovatel TLP:

- lékař
- klinický logoped

doporučení:

- poskytovatel TLP by měl zajistit, aby si kontakt na něho byly schopné rodiny osob s afázií nalézt samy (např. na internetových stránkách)

Žadatel o využití TLP:

- lékař
- po dohodě s klinickým logopedem:
 - osoba s afázií
 - rodina osoby s afázií

Intervaly setkávání v rámci TLP:

- četnost a dobu trvání setkání vymezuje poskytovatel na základě individuálních potřeb osoby s afázií

doporučení:

- alespoň minimálně 1x za týden či 14 dní na 30 až 90 minut

Podmínky spolupráce mezi poskytovatelem TLP a osobou s afázií a/či rodinou osoby s afázií:

- domlouvat se na termínech setkávání lze osobně, písemně či telefonicky (nebo jinými způsoby vymezenými poskytovatelem)
- ale! instrukce, informace či potřeby vztahující se k terapeutickému procesu si poskytovatel s osobou s afázií a/či její rodinou sděluje vždy osobně
- pokud je rodina osoby s afázií zahrnutá do TLP očekává se od ní přirozená participace v terapeutickém procesu (např. rodina vykonává s osobou s afázií předem domluvené terapeutické postupy i v nepřítomnosti poskytovatele TLP)

doporučení:

- pokud TLP nesplňuje očekávání osoby s afázií a/či její rodiny je vhodné po dohodě TLP ukončit

Obecná etická doporučení pro poskytování TLP:

- poskytovatel by se měl řídit etickým kodexem klinických logopedů (viz. Asociace klinických logopedů)
- vztah mezi klientem a poskytovatelem musí být vždy na profesionální úrovni
- při prvním setkání osobu s afázií a/či její rodinu seznámit s principy, pravidly, financováním a dalšími podstatnými náležitostmi týkajícími se TLP

- ověřit si, zda osoba s afázií a/či její rodina respektuje všechna vymezená kritéria a zda jim rozumí

Doporučení:

- zejména v případě zájmu osoby s afázií a/či její rodiny sepsat smlouvu se všemi podstatnými kritérii týkajícími se TLP a s příslibem zachování mlčenlivosti o citlivých údajích klienta TLP,
- mírná familiárnost ve vztahu ke klientovi může být pro terapeutický proces prospěšná

Financování TLP:

- podmínky financování vymezuje poskytovatel péče
- pokud je to možné => hradit TLP přes zdravotní pojišťovnu či za podpory státu (např. forma grantu)
- pokud si klient (či jeho rodina) hradí TLP sám, částku určuje poskytovatel

TLP nezahrnuje:

- využití náhradního komunikačního partnera (dále jen NKP)!

NKP:

- osoba **zastupující rodinu** v roli komunikačního partnera, která má jiné vzdělání než klinický logoped
- tato osoba nikdy **nezastupuje roli klinického logopeda!**
- **Rozdíl v kompetencích poskytovatele TLP x NKP**
 - NKP stejně jako poskytovatel TLP může docházet v různých intervalech za osobou s afázií do jejího přirozeného prostředí
 - na rozdíl od poskytovatele TLP nesmí poskytovat všechny složky logopedické intervence - především diagnostikovat a vymezovat průběh terapeutického procesu
 - NKP pouze může provádět terapeutické postupy určené klinickým logopedem a podávat zpětnou vazbu logopedovi o úspěšnosti daného postupu

Doporučení:

- osoba s afázií a/či její rodina by se o výběru NKP měla poradit s klinickým logopedem a zajistit si, aby činnost NKP byla klinickým logopedem korigována

Zhodnocení DC4:

Model realizace terénní logopedické péče u osob s afázií byl složen z několika předem vymezených kritérií jako např. cíl této péče, její poskytovatel, podmínky, atd. (viz. indikátory f-o). Cílem bylo pomocí těchto kritérií blíže specifikovat, co přesně terénní logopedická péče znamená, kdo a za jakých okolností by ji měl poskytovat, a sjednotit fungování této péče, ideálně nejen v okrese Mladá Boleslav.

Obsah všech kritérií, rozdělený pro větší přehlednost do jednotlivých bodů, vychází z analýzy odborných názorů dvou dotazovaných klinických logopedek získaných v rámci předchozích dílčích cílů. Také reflektuje potřeby konkrétních rodin osob s afázií, které jsou shrnuty v “doporučení”.

Včetně předem vymezených kritérií, byl do toho modelu zakomponován rozdíl kompetencí poskytovatele terénní logopedické péče a osoby zastupující rodinu v roli komunikačního partnera (autorkou označované jako náhradní komunikační partner). Pro eliminaci rizika, že by rodiny osob s afázií mohly terénní logopedickou péči očekávat od osob majících jiné vzdělání než klinický logoped.

5.5 Zhodnocení výzkumných cílů, diskuze a doporučení pro praxi

Kvalitativně orientované výzkumné šetření si kladlo jako **hlavní cíl zjistit míru dostupnosti terénní logopedické péče (TLP) u osob s afázií v okrese Mladá Boleslav a získat názor klinických logopedů a rodin osob s afázií vyskytujících se v tomto okrese na přínos, potřebnost a konkrétní způsob realizace této péče.**

Pro jeho dosažení byly v průběhu tohoto šetření **naplněny čtyři dílčí cíle**. Pro první tři byla zvolena jako stěžejní výzkumná metoda polostrukturovaný rozhovor, neboť jejich záměrem bylo získat názory a zkušenosti od konkrétního reprezentativního vzorku, přesněji dvou klinických logopedek a třech rodin osob s afázií. Čtvrtý dílčí cíl se zakládal na analýze provedených rozhovorů.

DC1: Popis možností logopedické péče a dostupnosti TLP u osob s afázií v okrese Mladá Boleslav

V okrese Mladá Boleslav se nachází tři ambulantní pracoviště klinické logopedie věnující se osobám s afázií. Jedno z nich také zajišťuje logopedickou péči na lůžkovém oddělení v oblastní nemocnici, na oddělení následné péče a v léčebně dlouhodobě nemocných. Přijetí osoby s afázií do logopedické péče ale některé z těchto pracovišť nedokážou vždy zaručit. Odvíjí se to od plnosti kapacity již přijatých klientů a časových možností klinických logopedů.

Pozitivně lze hodnotit, že jedna z klinických logopedek v tomto okrese nabízí osobám s afázií terénní logopedickou péči, kterou jim poskytuje nejen v jejich domácím prostředí, ale také v domovech pro seniory, v hospici a rehabilitačním zařízení. I tak je ale dostupnost této péče považovaná v tomto okrese za nedostatečnou, neboť ji stále nemohou využívat všechny osoby s afázií, které by tuto péči potřebovaly.

DC2: Získat názory klinických logopedů na přínos, potřebnost a konkrétní způsob realizace TLP

Z výpovědí dotazovaných klinických logopedek lze konstatovat, že terénní logopedická péče může být pro některé osoby s afázií i jejich rodiny přínosná, zejména ze zdravotního a psychologického hlediska. Pro poskytovatele této péče může být též prospěšná pro bližší poznání svého klienta a jeho přirozeného prostředí a také pro možnost intenzivněji zapojit jeho rodinu do terapeutického procesu. Stále ale u laické i odborné veřejnosti přetrvává nedostatečná informovanost o logopedii u dospělých a seniorů, což může negativně ovlivňovat míru poptávky nejen o terénní logopedickou péči, ale i o tu ambulantní.

Terénní logopedická péče by měla být realizovaná s cílem zpřístupnit logopedickou intervenci osobám s afázií v jejich přirozeném prostředí (např. domácí prostředí, domovy pro seniory, apod.) za podmínek, že daná osoba s afázií z adekvátních důvodů (např. imobilita,...) nemůže docházet do ambulance klinického logopeda. Poskytovatelem této péče musí být vždy klinický logoped, případně logoped v předatestační přípravě. Nejlépe ošetřující lékař by měl osobu s afázií informovat o možnosti využití této péče a vypsát doporučení pro jejího poskytovatele. Financování této péče by mělo být ideálně zajištěno zdravotní pojišťovnou.

Vzhledem k tomu, že klinický logoped v rámci této péče vstupuje do soukromí svého klienta a často i jeho rodiny, měl by jim slovní či písemnou formou zaručit dodržování etických pravidel vycházejících z etického kodexu klinických logopedů. Dále je zapotřebí vždy klienta a/či jeho rodinu seznámit s pravidly této péče (intervaly setkávání, domlouvání termínů, apod.) a vyzdvihnout nutnost vzájemné spolupráce. Klinický logoped by měl veškeré informace týkající se terapeutického procesu a vzájemných setkávání sdělovat klientovi a jeho rodině osobně.

DC3: Získat názory rodin osob s afázií na přínos, potřebnost a konkrétní způsob realizace TLP

Z názorů a vlastních zkušeností dotazovaných rodin osob s afázií lze též usuzovat, že terénní logopedická péče může být přínosná u osob s afázií, které kvůli poruchám hybnosti, jiným zdravotním obtížím nebo kvůli komplikacím spojených s dopravou nezvládají navštěvovat ambulanci klinického logopeda. Zároveň ale může být prospěšná zejména pro jejich psychiku, konkrétně pro snížení hladiny stresu a únavy spojené s cestami do ambulance. V rámci této péče je také více možné podpořit rodinu osoby s afázií. Míra poptávky o tuto péči bude vysoká a to především u seniorů.

Cílem terénní logopedické péče, taktéž jako u té ambulantní, by mělo být poskytnout osobě s afázií logopedickou intervenci zahrnující zejména diagnostiku a terapii. Kromě toho by v rámci této péče do terapeutického procesu měla být více zapojena rodina a zahrnuté záliby osoby s afázií. Z laického pohledu rodin osob s afázií by tuto péči měl poskytovat klinický logoped či pod jeho záštitou osoba mající jiné, ale též logopedické, vzdělání. Informace a doporučení pro tuto péči by měl zprostředkovávat ideálně lékař, anebo následně klinický logoped. Ideálně by ale tato péče měla být financována zdravotní pojišťovnou či státem, případně pouze s vlastním hrazením cestovného.

Rodiny osob s afázií by ocenily, kdyby k nim klinický logoped docházel minimálně jednou týdně a o všech náležitostech týkajícího se terapeutického procesu by je informoval vždy osobně. Z etického hlediska by nejvíce důvěřovaly klinickému logopedovi. U osoby mající jiné vzdělání než klinický logoped by některé z nich vyžadovaly sepsání smlouvy o mlčenlivosti a pravidlech a podmínkách této péče.

DC4: Navrhnout konkrétní model realizace TLP u osob s afázií

Konkrétní model terénní logopedické péče u osob s afázií je vypracovaný v podkapitole 5.4. Skládá se z několika předem vymezených kritérií odpovídajících indikátorům f -o a obsahujících názory dotazovaných klinických logopedek a potřeby konkrétní rodin osob s afázií.

Diskuze a doporučení pro praxi

Pro logopedickou péči poskytovanou v přirozeném prostředí osoby s afázií byl v této diplomové práci vybrán pojem dle Rejmanové (2019) *terénní logopedická péče*. Na základě provedeného výzkumného šetření lze konstatovat, že by tento pojem mohl být vhodnější než např. *logopedická intervence v domácím prostředí*, neboť dle odpovědí účastníků tohoto výzkumu by tato péče měla být poskytována nejen v domácím prostředí, ale také v domovech pro seniory, léčebnách dlouhodobě nemocných, atd.

V tomto výzkumném šetření se taktéž jako v odborné logopedické literatuře (např. Neubauer, 2018) či ve výzkumu Rejmanové (2019) potvrzuje, že terénní logopedická péče není v České republice systémově podporována. I přes to, že by pomohla zpřístupnit logopedickou intervenci osobám s afázií, které vlivem závažných důvodů (nejčastěji vlivem imobility) nemohou navštěvovat klinického logopeda ambulantně.

Rejmanová (2019) dále prokázala, že dostupnost této péče v naší republice je skutečně nízká, neboť zjistila, že ze 116 klinických logopedů ji poskytuje pouze 26. Ostatní terénní logopedickou péči nenabízí z časových či finančních důvodů, nedovoluje jim to zaměstnavatel či k této péči přistupují negativně. Toto výzkumné šetření ukazuje, že okres Mladá Boleslav není výjimkou a ze tří klinických logopedů tuto péči poskytuje pouze jeden, ostatní na ní nemají dostatek času.

Přínos terénní logopedické péče spatřují účastníci tohoto výzkumu stejně jako zahraniční odborníci (viz ASHA) či Rejmanová (2019) nejen v zachování následné logopedické péče u osob s afázií, pro které je z různých důvodů lepší zůstat ve svém přirozeném prostředí, ale také v možnosti zefektivnit terapeutický proces na základě intenzivnější spolupráce s rodinnými pečovateli a bližšího poznání osoby s afázií a jejího přirozeného prostředí.

Dále se v empirické části této práce stejně jako u Vajdíkové (2017) ukázalo, že kromě terénní logopedické péče může být pro některé rodiny osob s afázií prospěšné využití osoby (např. studenta logopedie), která je zastupuje v roli komunikačního partnera a dochází za osobou s afázií také do jejího přirozeného prostředí. Důvodem pro potřebu využití této pomoci je často fakt, že rodina pečující o osobu s afázií nemají již dostatek sil participovat na terapeutickém procesu. Dotazovaní rodinní příslušníci v tomto výzkumu navíc uváděli, že jejich blízcí s afázií raději spolupracují s nestrannou osobou pro snížení pocitu studu a ze snahy si co nejvíce zachovat v rodině svoji původní roli. Dotazované klinické logopedky ale varovaly, že nelze zaměňovat „náhradního“ komunikačního partnera za poskytovatele terénní logopedické péče, neboť nemá stejné kompetence jako klinický logoped.

Jelikož terénní logopedická péče je oproti té ambulantní specifická v tom, že její poskytovatel vstupuje do soukromí svého klienta a často i jeho rodiny, zaobírala se autorka této práce i tím, zda tato péče vyžaduje zvláštní etická pravidla. Klinické logopedky v tomto výzkumu zdůrazňovaly, že je důležité nadále udržovat s klientem profesionální vztah odvíjející se od etického kodexu klinických logopedů, i když mírná familiárnost vůči klientovi může být během terapie vhodná, a zmiňovaly, že ideálně by měl být jeden z rodinných příslušníků během setkání „na blízku“. Všichni účastníci výzkumu se shodovali, že informace týkající se terapeutického procesu je nutné si sdělovat vždy osobně. Nepodařilo se ale detailně vymezit, jak by měly být nastavené hranice mezi poskytovatelem a klientem této péče, aby jejich vztah nebyl familiární až příliš.

I přes výše uvedené se stále v české odborné logopedické teorii nevyskytuje jednotná terminologie a přesně vymezení principů pro realizaci logopedické péče poskytované v přirozeném prostředí osob s afázií. Otázkou zůstává, jestli právě toto také nesnižuje motivaci klinických logopedů udělat tuto péči dostupnější a zároveň neovlivňuje negativně informovanost o této péči v odborné i laické veřejnosti.

Proto jedním ze stěžejních cílů diplomové práce bylo vytvořit konkrétní model realizace této péče vymezující její cíl, principy a podmínky, za kterých může být poskytována (viz. interpretace DC4).

Autorka diplomové práce se domnívá, že by zde navržený model terénní logopedické péče u osob s afázií mohl v logopedické praxi přispět:

- k pozitivnímu a jednotnému přístupu klinických logopedů k terénní logopedické péči a ke zvýšení jejich motivace udělat tuto péči dostupnější,
- ke zkvalitnění informovanosti klinických logopedů o tom, jakým způsobem a za jakých okolností mohou tuto péči realizovat,
- k rozšíření povědomosti o tom, jaké potřeby osob s afázií a/či jejich rodin se mohou k této péči vztahovat,
- ke snadnějšímu prezentování této péče u lékařů věnujících se osobám s afázií a k posílení jejich motivace zprostředkovávat tuto péči svým pacientům,
- k odlišení terénní logopedické péče od využití náhradního komunikačního partnera.

Dále by model mohl sloužit jako předloha pro vytvoření:

- smlouvy, mezi poskytovatelem terénní logopedické péče a potenciálním klientem (a jeho rodinou), shrnující podmínky spolupráce a etické principy týkající se této péče,
- informačního letáku, shrnujícího pravidla a principy této péče a též vymezující rozdíl mezi TLP a NKP, který by byl určen osobám s afázií a jejich rodinám a byl volně přístupný v ambulancích klinických logopedů či na internetových stránkách.

Reálný přínos vytvořeného modelu realizace terénní logopedické péče u osob s afázií bude muset být ale teprve v logopedické praxi ověřen.

Závěr

Diplomová práce pojednává o problematice terénní logopedické u osob s afázií, která v systému České republiky stále není příliš podporovanou aktivitou. A to i přesto, že tato péče zpřístupňuje logopedickou intervenci osobám s afázií, které ze závažných důvodů, zejména v důsledku imobility, nemohou navštěvovat ambulanci klinického logopeda.

V současnosti tuto péči poskytuje pouze malá část klinických logopedů, ostatní ji nenabízí z časových či finančních důvodů, některým to nedovoluje zaměstnavatel a jsou i tací, jenž tento způsob logopedické péče odmítají. Ani v české odborné logopedické literatuře se stále nevyskytuje její komplexnější specifikace zahrnující principy a pravidla jejího fungování. V důsledku toho mohou mít kliničtí logopedi, ale i potenciální klienti této péče, rozdílné představy o její realizaci.

Teoretická část této práce se nejdříve věnuje afázii, její současné terminologii, ale také její etiologii, symptomatologii, klasifikaci a prognóze. Dále popisuje aktuální systém a složky logopedické intervence z hlediska prevence, diagnostiky a terapie u osob s afázií v České republice. Následně se zabývá psychosociálními důsledky poškození mozku a vzniklé afázie, ovlivňujících nejen život člověka s afázií, ale i jeho rodiny, a možnostmi terénní logopedické péče využívané často vlivem těchto důsledků.

Empirická část práce vedená formou kvalitativního šetření popisuje, jaká je dostupnost terénní logopedické péče v okrese Mladá Boleslav. Následně na základě analýzy polostrukturovaných rozhovorů provedených s dvěma klinickými logopedkami a třemi rodinami osob s afázií vyskytujících se v tomto okrese uvádí, jak může být terénní logopedická péče přínosná a potřebná u osob s afázií i jejich rodin a jakým způsobem by měla být konkrétně tato péče realizovaná.

Zároveň praktická část představuje konkrétní model realizace terénní logopedické péče, který byl vytvořen z poznatků dotazovaných klinických logopedek a rodin osob s afázií. Tento model je sestaven z několika kritérií, jejichž obsah shrnuje definici této péče, dále kdo a za jakých okolností by ji měl poskytovat a jak by měla tato péče ideálně fungovat nejen v okrese Mladá Boleslav.

Lze konstatovat, že diplomová práce potvrzuje, že terénní logopedická péče u osob s afázií je z řady důvodů potřebná a měla by být v systému logopedické intervence více podporována. Přínos této práce je spatřován zejména ve sjednocení principů a pravidel realizace této péče nejen v okrese Mladá Boleslav.

Seznam použité literatury

1. AMBLER, Zdeněk. *Základy neurologie: [učebnice pro lékařské fakulty]*. 7. vyd. Praha: Galén, c2011. ISBN 978-80-7262-707-3.
2. CSÉFALVAY, Zsolt. *Terapie afázie: teorie a případové studie*. Praha: Portál, 2007. ISBN 9788073673161.
3. CSÉFALVAY, Zsolt. *Diagnostika afázie*. In: LECHTA, Viktor. Diagnostika narušené komunikační schopnosti. Praha: Portál, 2003, s. 202-236. ISBN 80-7178-801-5.
4. CSÉFALVAY, Zsolt, KLIMEŠOVÁ, Marta, KOŠŤÁLOVÁ, Milena. Diagnostika a terapie afázie, alexie, agrafie: (manuál). Překlad Marta Klimešová. [Praha]: Asociace klinických logopedů ČR, 2003. [cca 490] s. ISBN 80-903312-0-3.
5. CSÉFALVAY, Zsolt, KOŠŤÁLOVÁ, Milena. 2013. *Diagnostika afázie*. In CSÉFALVAY, Zsolt, LECHTA, Viktor. Diagnostika narušené komunikační schopnosti u dospělých. 1. vyd. Praha: Portál, 228 s. ISBN 978-80-262-0364-3
6. ČECHÁČKOVÁ, Miloslava. 2007. *Získané organické poruchy řečové komunikace: Afázie*. In ŠKODOVÁ, Eva a JEDLIČKA, Ivan. Klinická logopedie. 2., aktualiz. vyd. Praha: Portál, 615 s. ISBN 978-80-7367-340-6
7. DALEMANS, Ruth, DE WITTE, Luc, BEURSKENS, Anna, VAN DEN HEUVEL, Wim, WADE, Derick. *An investigation into the social participation of stroke survivors with aphasia*. Disabil Rehabil. 2010;32(20):1678–1685. Dostupné z: doi:10.3109/09638281003649938
8. DVOŘÁK, Josef. *Logopedický slovník: [terminologický a výkladový]*. 3., upr. a rozš. vyd. Žďár nad Sázavou: Logopedické centrum, 2007. Logopaedia clinica. ISBN 978-80-902536-6-7.
9. FEIGIN, Valery L. *Cévní mozková příhoda: prevence a léčba mozkového iktu*. Praha: Galén, c2007. ISBN 978-80-7262-428-7.
10. FUKANOVÁ, Věra. *Koncepce logopedické péče*. In ŠKODOVÁ, Eva a Ivan JEDLIČKA. *Klinická logopedie*. Praha: Portál, 2003. ISBN 80-7178-546-6.
11. GAVORA, Peter. *Úvod do pedagogického výzkumu*. 2., rozš. české vyd. Přeložil Vladimír JŮVA, přeložila Vendula HLAVATÁ. Brno: Paido, 2010. ISBN 978-80-7315-185-0.
12. GOLDEMUND, David., TELECKÁ, Sabina. *Kognitivní poruchy a deprese u pacientů s cévním onemocněním mozku*. Neurologie pro praxi, 2006, č. 4, s. 185 – 188. ISSN 1213-1814.
13. HENDL, Jan. *Kvalitativní výzkum: základní teorie, metody a aplikace*. Čtvrté, přepracované a rozšířené vydání. Praha: Portál, 2016. ISBN 978-80-262-0982-9.

14. HOLEKSOVÁ, Taťána. *Ležící nemocný člověk v domácím prostředí*. Praha: Grada, 2002. ISBN 80-247-0212-6.
15. Horynová, Jana. *Zajištění logopedické intervence u seniorů v pobytových zařízeních*. Praha. 2016. Diplomová práce. Karlova Univerzita, Pedagogická fakulta. Vedoucí práce Klenková, Jiřina.
16. JOBÁNKOVÁ, Marta. *Kapitoly z psychologie pro zdravotnické pracovníky*. Vyd. 3., nezm. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví, 2003. ISBN 80-7013-390-2.
17. JOHANSSON, Monica B., CARLSSON, Marianne, SONNANDER, Karin. *Working with families of persons with aphasia: a survey of Swedish speech and language pathologists. Disabil Rehabil.* 2011;33(1):51–62. Dostupné z: doi:10.3109/09638288.2010.486465
18. KALITA, Zbyněk. *Akutní cévní mozkové příhody: diagnostika, patofyziologie, management*. Praha: Maxdorf, c2006. Jessenius. ISBN 80-85912-26-0.
19. KEJKLIČKOVÁ, Ilona. *Logopedie v ošetrovatelské praxi*. Praha: Grada, 2011. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-2835-3.
20. KIML, Josef. *Afasie a reedukace řeči*. Praha: Státní zdravotnické nakladatelství, 1969.
21. KLENKOVÁ, Jiřina. *Logopedie*. Praha: Grada Publishing, 2006. Pedagogika. ISBN 80-247-1110-9.
22. Košťálová, Milena. *Afázie a možnosti jejího skríninkového stanovení pomocí Mississippi Aphasia Screening Test - české verze (MASTcz)*. *Neurologie v praxi*, 13(6), ISSN 314-316.
23. Košťálová Milena, Poláková, B., Ulreichová, M., Šmíd, P., Janoušová, E., Kuhn, M., Klenková J., Bednařík, J. *Dotazník funkcionální komunikace (DFK): validace originálního českého testu*. *Cesk Slov Neurol N.* 2015; 78/111(2): ISSN 188-195.
24. KOUKOLÍK, František. *Lidský mozek: funkční systémy : norma a poruchy*. 2. aktualiz. a rozš. vyd. Praha: Portál, 2002. ISBN 80-7178-632-2.
25. KULIŠŤÁK, Petr. *Případové studie z klinické neuropsychologie*. Praha: Univerzita Karlova v Praze - Nakladatelství Karolinum, 2011. ISBN 978-80-246-1928-6.
26. Lechta, Viktor. *Metody logopedické intervence*. In ŠKODOVÁ, Eva a JEDLIČKA, Ivan. *Klinická logopedie*. 2., aktualiz. vyd. Praha: Portál, 615 s. ISBN 978-80-7367-340-6
27. LIBIGEROVÁ, Eva, MÜLLEROVÁ, Hana. *Posuzování kvality života v medicíně*. *Čs. psychiatrie*, 2001, roč. 97, č. 4, s. 183–186. ISSN 1212-0383.
28. LOVE, Russell J, WEBB, Wanda G. . *Možek a řeč: neurologie nejen pro logopedy*. Praha: Portál, 2009. ISBN 9788073674649.

29. MARTÍNKOVÁ, Pavlína. *Možnosti socializace jedince s afázií*. Brno, 2007. Diplomová práce. Masarykova univerzita, Pedagogická fakulta. Vedoucí práce Bytešníková, Lucie.
30. NADEAU, Stephen, ROTH, Leslie, CROSSON, Bruce. *Aphasia and Language: Theory to Practice*. New York: Guilford Press, 2000. ISBN 978-1572305816.
31. NEUBAUER, Karel. *Neurogení poruchy komunikace u dospělých: [diagnostika a terapie]*. Praha: Portál, 2007. ISBN 978-80-7367-159-4.
32. NEUBAUER, Karel. *Kompendium klinické logopedie: diagnostika a terapie poruch komunikace*. Praha: Portál, 2018. ISBN 978-80-262-1390-1.
33. NEUBAUER, Karel. *Logopedie a surdologopedie: učební text pro základní kurz*. Hradec Králové: Gaudeamus, 2014. ISBN 9788074355004.
34. NEVŠÍMALOVÁ, Soňa. *Vztah spánku a jeho poruch ke kvalitě života*. *Neurologie pro praxi*. 2006, č. 2, s. 94 – 98. ISSN 1213-1814.
35. NORTON, Andrea., ZIPSE, Lauryn, MARCHINA, Sarah, SCHLAUG, Gottfried. *Melodic intonation therapy: Shared insights on how it is done and why it might help*. *The Neurosciences and Music: Disorders and Plasticity*. 2009(č. 3).
36. OBEREIGNERŮ, Radko. *Afázie a přidružené poruchy symbolických funkcí*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2013. ISBN 978-80-244-3737-8.
37. PALMER, Sara, PALMER, Jeffrey. *Soužití s partnerem po mrtvici: jak pečovat o partnera, o sebe i o váš vzájemný vztah*. Praha: Portál, 2013. Rádcí pro zdraví. ISBN 978-80-262-0348-3.
38. PAYNE, Joan C. (2015). *Supporting family caregivers of adults with communication disorders: a resource guide for speech-language pathologists and audiologists*. San Diego: San Diego : Plural Publishing, Inc. 2015.
39. PEUTELSCHMIEDOVÁ, Alžběta. *Logopedické minimum*. 2. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého, 2005. ISBN 80-244-1233-0.
40. POWELL, Trevor. 2010. *Poškození mozku. Praktický průvodce pro terapeuty, rodinné příslušníky a pacienty*. Praha: Portál, 2010. 120 s. ISBN 978-80-7367-667-4.
41. REJMANOVÁ, Karolína. *Terénní logopedická péče u osob s afázií*. Praha, 2019. Diplomová práce. Univerzita Karlova, Pedagogická fakulta, Katedra speciální pedagogiky. Vedoucí práce Durdilová, Lucie.
42. SOVÁK, Miloš. *Logopedie*. Praha: Státní pedagogické nakladatelství, 1978.
43. Spence, David J. *Mozková mrtvice: prevence, výživová doporučení, recepty*. 1. vyd. Praha: Triton, 2008. 255 s. ISBN 978-80-7387-058-4.

44. ŠIŠMOVÁ, Helena. *Neurologopedie: E-cvičebnice k rehabilitaci myšlení a řeči při získaných neurogenních poruchách*. Code Creator, 2019. ISBN 978-80-88246-45-9.
45. ŠKODOVÁ, Eva a Ivan JEDLIČKA. *Klinická logopedie. 2.*, aktualiz. vyd. Praha: Portál, 2007. ISBN 9788073673406.
46. ŠTĚTKAŘOVÁ, Ivana, HORÁČEK, Jiří. *Deprese u vybraných neurologických onemocnění*. Česká a slovenská neurologie a neurochirurgie. 2016, roč. 79, č. 6, s. 626-638. ISSN: 1210-7859; 1802-4041
47. ŠVAŘÍČEK, Roman, ŠEĐOVÁ, Klára. *Kvalitativní výzkum v pedagogických vědách*. Praha: Portál, 2007. ISBN 978-80-7367-313-0.
48. TYRLÍKOVÁ, Ivana, BAREŠ, Martin. *Neurologie pro nelékařské obory*. Vyd. druhé rozšíř. Brno: NCO NZO, 2012. ISBN 978-80-7013-540-2.
49. VÁGNEROVÁ, Marie. *Současná psychopatologie pro pomáhající profese*. Praha: Portál, 2014. ISBN 978-80-262-0696-5.
50. Vajdíková, Zuzana. *Role komunikačního partnera u osob s neurogenními poruchami komunikace*. Brno. 2017. Diplomová práce. Masarykova Univerzita, Pedagogická fakulta. Vedoucí práce Bytešníková, Ilona.
51. VITÁSKOVÁ, Kateřina, MLČÁKOVÁ, Renata. *Základní vstup do problematiky získaných fatických poruch a problematiky dysartrie*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2013. ISBN 978-80-244-3744-6.
52. VOKURKA, Martin, HUGO, Jan. *Velký lékařský slovník. 4.*, aktualiz. vyd. Praha: Maxdorf, c2004. ISBN 80-7345-037-2.
53. VONDRÁŠKOVÁ, Dana. *Aktivizace osob v chronickém stádiu afázie a jejich rodinných příslušníků z pohledu logopeda*. Praha, 2011. Rigorózní práce. Univerzita Karlova, Pedagogická fakulta, Katedra speciální pedagogiky.
54. WORALL, Linda, RYAN, Brook, HUDSON, Kyla, et al. *Reducing the psychosocial impact of aphasia on mood and quality of life in people with aphasia and the impact of caregiving in family members through the Aphasia Action Success Knowledge (Aphasia ASK) program: study protocol for a randomized controlled trial*. 2016;17:153. Published 2016 Mar 22. doi:10.1186/s13063-016-1257-9
55. Zatloukalová, Markéta. *Současné možnosti telerehabilitace u pacientů s afázií*. Listy klinické logopedie. 2019;3(2):8-12. doi: 10.36833/lkl.2019.024.

Seznam internetových zdrojů:

1. American Speech-Language-Hearing Association (ASHA). *Getting Started in Home Care* [online]. [cit.30.1.2020]. © 1997-2019 ASHA. Dostupné z: https://www.asha.org/slp/healthcare/start_home.htm

2. American Speech-Language-Hearing Association (ASHA). *Telepractice* [online]. [cit. 30.1.2020]. © 1997-2019 ASHA. Dostupné z: <https://www.asha.org/PRPSpecificTopic.aspx?folderid=8589934956&ion=Overview>
3. At home care and hospice. 2016. *The benefits of In-Home speech therapy* [online]. [cit.30.1.2020]. Dostupné z: <http://athomecareandhospice.com/the-benefits-of-in-homespeech-therapy/>
4. Asociace klinických logopedů České republiky. *Logopedická péče – kdy, kde, jak* [online]. © 2020 AKL. [cit. 30.1.2020]. Dostupné z: <http://www.klinickalogopedie.cz/index.php?pg=verejnost--logopedicka-pece>
5. Association Internationale aphasia. *What is aphasia?* [online]. [cit. 15.1.2020]. Dostupné z: <http://www.aphasia-international.com/wp-content/uploads/2015/09/english1.pdf>
6. Fakultní nemocnice Brno. *Dotazník funkcionální komunikace* [online]. [cit.5.2.2020]. Dostupné z: <https://www.fnbrno.cz/areal-bohunic/neurologicka-klinika/dotaznik-funkcionalni-komunikace-dfk/t4546>
7. Klub Afasie. *Terénní péče* [online]. [cit.3.2.2020]. Dostupné z: <https://www.klubafasie.com/l/pomoc-v-zaplavenych-oblastech2/>
8. Medlicker. *Krvácení do mozku: vše co potřebujete vědět.* [online]. © 2019. [cit.20.1.2020]. Dostupné z: <https://cs.medlicker.com/1654-krvaceni-do-mozku>
9. Ministerstvo školství, mládeže a tělovýchovy. *Metodické doporučení č.j. 14 712/2009-61 k zabezpečení logopedické péče ve školství* [online]. 2018 [cit.23.1. 2020]. Dostupné z: http://www.msmt.cz/file/8655_1_1/download/
10. National Aphasia Association. *Aphasia Definitions* [online]. [cit. 15.1.2020]. Dostupné z: <https://www.aphasia.org/aphasia-definitions/>
11. National Stroke Association. *Act FAST* [online]. 2018 [cit. 15.1. 2020]. Dostupné z: <http://www.stroke.org/understand-stroke/recognizing-stroke/act-fast>
12. Zákon pro lidi. Zákon č. 108/2006 Sb. *O sociálních službách* [online]. [cit. 4.2. 2020]. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2006-108>
13. Zákon pro lidi. Zákon č. 201/2017 Sb. *O nelékařských zdravotnických povoláních* [online]. [cit. 4.2.2020]. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2017-201>

Seznam příloh

Příloha A: Bostonská klasifikace afázie tabulka + charakteristika jednotlivých typů afázie

Příloha B: Další klasifikace afázie

Příloha C: Informovaný souhlas

Příloha D: Rozhovor s L1

Příloha E: Rozhovor s R1

Příloha F: Úryvky s dalších rozhovorů

PŘÍLOHY

Příloha A: : Bostonská klasifikace afázie tabulka + charakteristika jednotlivých typů afázie

(Tab. Bostonská klasifikace afázie, Cséfalvay, 2007, str. 18)

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

| | | | | |
|--|-------------------------|---------------|-------------------------|----------|
| Transkortikální sensorická afázie | fluentní echolalická | těžké poruchy | zachováno, echolálie | narušeno |
|--|-------------------------|---------------|-------------------------|----------|

U **Brocovy afázie** dochází k narušení fluence a expresivní složky řeči s relativně zachovaným porozuměním, zejména frekventovanějším, izolovaným slovům a krátkým větným sdělení. Řečový projev je pomalý a tvořen s velkou námahou, mnohdy s přidruženou apraxií řeči. Objevují se v něm často fonemické parafrázie a agramatismy. Těž bývá přítomna porucha pojmenování a opakování slov. I přes tyto obtíže osoba s tímto typem afázie hovoří se zřetelným komunikačním záměrem a snaží se přesně sdělit určitou informaci.

Velmi často se u Brocovy afázie vyskytuje alexie a agrafie, při nichž se projevují stejné obtíže jako v mluvené řeči. Při čtení dominuje porucha čtení nahlas, vyhledávání slov a nepochopení významu delších, složitějších vět. Písemný projev obsahuje deformace jednotlivých znaků, chybnou gramatiku i pravopis. Písemné vyjadřování bývá často ztížené vlivem parézy/plegie horní končetiny a následnou nutností psát nepostíženou (většinou nedominantní) rukou (Cséfalvay, 2009, 2007; Neubauer, 2018).

Vzhledem k tomu, že si osoba s Brocovou afázií svou poruchu uvědomuje, může být později snižená řečová produkce způsobená odmítáním komunikovat z důvodu frustrace pro neschopnost vyjádřit se správně (Obereignerů, 2013).

Nonfluentním řečovým projevem a zároveň zachovaným porozuměním se vyznačuje také **transkortikální motorická afázie**, do které občas Brocova afázie přechází. U tohoto typu afázie je spontánní řeč obsahově chudší a často se v ní vyskytují echolálie, odpovědi na otázky bývají kratší a neúplné. Narozdíl od Brocovy afázie není porušeno opakování slov a lexické a grafické schopnosti. Pouze převažuje pomalejší tempo při čtení i psaní (Cséfalvay, 2009, 2007; Neubauer, 2018, 2007).

Pro **Wernickeovu afázii** je stěžejní těžké narušení porozumění řeči s dobrou, i když v některých případech až zrychlenou, fluencí řečového projevu. Oproti Brocově afázii, osoba s tímto typem afázie nemluví s jasným komunikačním záměrem a obsah sdělované informace nedává smysl pro velký výskyt parafrází, embolofrázií a

neologismů. Dále je přítomna porucha opakování a pojmenování slov. Ke zhoršení dochází i u prózodie řeči pro abnormální dávání důrazu na některá slova.

Výrazné obtíže se objevují také v lexii projevující se špatným porozuměním čtenému. V hlasitém čtení zůstává zachováno správné čtení izolovaných slov, ale bez schopnosti pochopit jeho význam, kdy například daná osoba nezvládá přiřadit slovo k odpovídajícímu obrázku. V grafii se ve spontánním písemném projevu vyskytují paragrafie a zkomoleniny, formální stránka ale bývá zachována.

Vzhledem k tomu, že řečový projev osob s Wernickeovou afázií působí inkoherentně (nelogicky), může být nesprávně pochopen jako projev určitého psychiatrického onemocnění (např. demence, psychotické ataky apod.). Nepomáhá tomu ani to, že si často daná osoba svoji poruchu neuvědomuje a nechápe, proč ji okolí nerozumí (Cfěvalvay, 2009, 2007; Love, Webb, 2009; Neubauer, 2018; Obereignerů, 2013)

Osoba s **transkortikální senzorickou afázií** má také fluentní řečový projev a zároveň výraznou poruchu porozumění. Také se v jejím projevu čteně vyskytují parafrázie a neologismy. Obdobné jsou i poruchy v oblasti lexie a grafie. Od Wernickeovy afázie se liší zachovanou schopností opakovat slova i delší věty, i přes neporozumění jejich významu (Cséfalvay, 2009, 2007, Neubauer, 2018).

Globální afázie je považována za nejzávažnější typ afázie s výrazným zasažením produkce a percepce řeči. Neplýnulý řečový projev obsahuje především perseverace (zejména slabik) a stereotypně opakované neologismy a to i při snaze opakovat či pojmenovávat slova.

Porucha porozumění verbálnímu projevu se projevuje absencí reakcí i na ty nejzákladnější pokyny. Často nepomáhá užití kresby či psaní pro snazší pochopení významu slov. Pouze u některých případech se osvědčuje užívání neverbální komunikace (pomocí gest, mimiky, řeči těla). Stejně tak jsou narušené lexické i grafické dovednosti.

Tento typ afázie bývá přítomen především v akutním stádiu po poškození mozku, po určité době se mnohdy stav zlepší a přechází do jiného méně závažného typu afázie. U některých osob, ale globální afázie zůstává jako trvalý jev (Cfěvalvay, 2009, 2007; Love, Webb, 2009; Neubauer, 2018).

Symptomy **transkortikální smíšené afázie**, nazývané též jako syndrom izolace řečových zón, mohou připomínat stav globální afázie. Projevuje se také výraznými deficitem v produkci a porozumění řeči, ale s lepší schopností reprodukovat slova a vysoce automatizované fráze. Ve spontánním řečovém projevu se častěji objevují echolálie a perseverace a řečové stereotypy.

U **konduktivní afázie** je relativně dobrá fluence řeči, spontánní řečový projev a porozumění. Především pokud se jedinci s touto afázií příliš soustředí na svou artikulaci, vyskytují se v jejich mluvě fonemické parafráze. Výrazné obtíže mají také při opakování slov a vět. Lexie není narušena, pouze u hlasitého čtení může docházet k chybám (paralexii). V grafii je horší spontánní psaní než psaní při diktátu.

Anomická afázie se vyznačuje velmi dobrým porozuměním a relativně fluentním řečovým projevem ztíženým pouze anomickými pauzami, kdy si není daná osoba schopna okamžitě vybavit vhodné slovo ze své slovní zásoby. Obtíže souvisí tedy pouze s pojmenováním předmětů, činností vlivem anomie. Opakování ani lexie nejsou narušeny. Psaní může přerušovat ztížené vyhledávání správné formy slova, někdy dochází k záměnám slov s podobným významem (Cséfalvay, 2009, 2007, Neubauer, 2018).

Příloha B: Další klasifikace afázie

Mezi často zmiňované klasifikace patří také **Lurijova neuropsychologická klasifikace afázie** řadí tuto fatickou poruchu do poruch vyšších kortikálních funkcí a pojímající ji jako součást tzv. funkčního systému. Přičemž tento systém závisí na současné práci různých částí mozku a nikoliv na činnosti izolovaných či koordinovaných mozkových center. Proto poškození ohraničené části mozkové kůry nevede pouze k vyřazení jedné konkrétní (izolované) funkce, ale vždy dojde k narušení větší skupiny psychických procesů, a tvoří komplex symptomů (Čecháčková In škodová Jedlička, 2007; Koukolík, 2002).

Na základě toho tato klasifikace pojednává o tzv. funkčních blocích a kortikálních zónách v mozku, kdy různé symptomy získaných poruch fatických funkcí mohou mít různou příčinu (lokalizaci poškození). Tento přístup se tedy oproti jiným orientuje na kvalitativní definování primárního defektu a jeho vlivu na danou funkci (Cséfalavy in Lechta, 2003).

V rámci této klasifikace jsou afázie děleny do dvou typů podle toho, zda vznikají vlivem léze v **precentálních (předních)** nebo **postcentrálních (zadních) oblastí** mozku. **Precentrální typ** zahrnuje (Čecháčková in Škodová, Jedlička, 2007; Obereignerů, 2013):

- **afázi dynamickou** - narušená schopnost verbálního vyjádření a zhoršené porozumění složitějším větným konstrukcím
- **eferentní motorickou afázi** - porucha plynulého přechodu artikulace z jedné hlásky na druhou.

K **postcentrálnímu typu** se řadí:

- **senzorická afázie** - snížené porozumění řeči vlivem porušení fonemického sluchu
- **akusticko - mnestická afázie** - poruchy sluchovo - řečové paměti, neschopnost zapamatovat si krátký sled zvuků, slabik či slov
- **aferentní motorická afázie** - snížená schopnost najít správnou polohu mluvidel (rtů a jazyka) při artikulaci
- **sémantická afázie** - poruchy v dekódování logicko gramatických struktur, těžké poruchy početního systému a vizuoprostorových operací

Mezi starší klasifikační systémy patří **Kimlova klasifikace afázií** dělící afázií z hlediska syndromologie a zaměřující se tedy pouze na jazykové deficity. Afázie je řazena do tří typů a to na **motorickou afázii**, jejíž klinický obraz lze přirovnat již ke zmíněné Brocově afázii, **senzorickou afázii**, připomínající Wernickeovu afázii, a totální afázii, jejíž charakteristika odpovídá výše uvedené globální afázii.

Motorickou afázii rozděluje dále na:

- **typ jargon (žargon, motorický)** - neologismy, neschopnost pochopit složitější větné konstrukce a příkazy, porucha psaní, čtení i počítání
- **typ anartrie** - neschopnost artikulovaného projevu
- A senzorický typ člení na:
- **typ jargon (žargon, senzorický)** - porucha porozumění, výskyt žargonových parafrází a neologismů, ale lze pochopit smysl výpovědi
- **dysloktický typ** - řečový projev ztrácí smysl a je zmatený
- **amnestický typ** - neschopnost vybavovat si odpovídající výraz pro konkrétní předmět či činnost
(Obereignerů, 2013).

Někteří autoři (např. Čecháčková in Škodová, Jedlička, 2007, Obereignerů, 2013; Vitásková, Mlčáková, 2013) uvádí také **Hrbkovu klasifikaci afázií**, jenž rovněž jako Lurijova zahrnuje afázii do poruch kortikálních funkcí, kdy mozková kůru tvoří komplex specifických analyzátorů a neuroefektorů. Včetně lingvistického deficitu se zabývá i poruchami grafie, lexie, gnozie, kalkule a poruchou v orientaci místa a času.

Základní dělení afázií je odvozeno od funkce šesti okrsků mozkové kůry na:

- *Proprioceptivně logestický* okrsek (*PL*) - zodpovídá za iniciaci mluvního projevu, programuje vnitřní řeč
- *Proprioceptivně grafetický* (*PG*) okrsek - umožňující plánování grafického projevu
- *Logomotorický* (*LM*) okrsek - řídí výkonnou část mluvené řeči
- *Grafomotorický* (*GM*) okrsek - zaměřuje se na výkon písma
- *Akustický* (*A*) okrsek - určený k rozumění slyšené mluvy

- *Optický (O)* okrsek - zodpovědný za vnímání grafických symbolů v podobě písma

Na Hrbkovu klasifikaci navazuje **Olomoucký klasifikační systém afázie** dle Čecháčkové vymezující, že léze lokalizovaná v určitém mozkovém laloku se projevuje specifickými symptomy, jenž následně utvářejí obsah konkrétní kortikální poruchy.

Afázie se dělí na (Čecháčková in Škodová, Jedlička, 2007):

- *Expresivní* - parafrázie, neplynulá mluva, alexie, agrafie
- *Integrační* - přítomen Gerstmannův syndrom, alexie, anómie, poruchy verbální paměti, rozumění relativně v pořádku
- *Percepční* - narušeno porozumění, anosognózie (popírána existence) poruchy, perseverace, agrafie, alexie
- *Amnestickou* - anomie, zpomalení plynulosti řeči, sémantické parafrázie, cirkumlokace, lehčí agafie, rozumění zachováno
- *Globální* - narušení všech funkcí na úrovni mozkové kůry

Klasifikačně jsou rozdělovány také **subkortikální afázie**. Podle míst, které bývají v podkorových oblastech nejčastěji zasaženy se rozdělují na (Kulišťák, 2003; Love, Webb, 2009):

- **afázie vlivem léze v oblasti thalamu** - fluentní řečový projev, parafrázie, perseverace, neologismy, mírně narušené porozumění a výbavnost slov
- **afázie vlivem léze bazálních ganglií** - místo poškození se v této oblasti může lišit, nelze proto vymezit přesné symptomy

Příloha C: Informovaný souhlas

Informovaný souhlas účastníka výzkumu:

Vážený pane, vážená paní,

v souladu se zásadami etické realizace výzkumu¹ Vás žádám o souhlas s Vaší účastí ve výzkumném šetření v rámci mé diplomové práce.

Název diplomové práce: Terénní logopedická péče u osob s afázií v okrese Mladá Boleslav

Autor diplomové práce: Bc. Tereza Nožičková

Název školy: Univerzita Hradec Králové

Cíl výzkumu:

Zjistit způsob praktické realizace poskytování terénní logopedické péče u osob s afázií v okrese Mladá Boleslav, její přínos, dostupnost a ideální model realizace z pohledu klinických logopedů a rodin osob s afázií vyskytujících se v tomto okrese.

Popis výzkumu:

Žádám Vás o možnost provedení a nahrání rozhovoru týkajícího se problematiky terénní logopedické péče u osob s afázií. Rozhovor bude sloužit pouze pro účely diplomové práce a nebude zneužit pro jiné účely. Vaše jméno ve výzkumu nebude nikde uvedeno. Rozhovor bude nahrán na mobilní telefon a po ukončení výzkumu bude vymazán. Vaše získané názory a zkušenosti budou velmi nápomocné pro sestavení modelu realizace terénní logopedické péče u osob s afázií.

.....

datum a podpis autora diplomové práce

Prohlášení a souhlas účastníků s jejich zapojením do výzkumu:

Prohlašuji a svým níže uvedeným vlastnoručním podpisem potvrzuji, že dobrovolně souhlasím s účastí ve výše uvedeném výzkumném šetření a že jsem měl/a možnost si řádně a v dostatečném čase zvážit všechny relevantní informace o výzkumu, zeptat se na vše podstatné týkající se účastí ve výzkumu a že jsem dostal/a jasné a srozumitelné odpovědi na své dotazy. Byl/a jsem poučen/a o právu odmítnout účast ve výzkumném projektu nebo svůj souhlas kdykoli odvolat bez represí.

Podpis účastníka:

¹ Všeobecnou deklaraci lidských práv, nařízením Evropského parlamentu a Rady (EU) č. 2016/679 o ochraně fyzických osob v souvislosti se zpracováním osobních údajů a o volném pohybu těchto údajů a o zrušení směrnice 95/46/ES (obecné nařízení o ochraně osobních údajů) a dalšími obecně závaznými právními předpisy (jimiž jsou zejména Helsinská deklarace přijatá 18. Světovým zdravotnickým shromážděním v roce 1964, ve znění pozdějších změn (Fortaleza, Brazílie, 2013), zákon č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování (zákon o zdravotních službách), ve znění pozdějších předpisů, zejména ustanovení jeho § 28 odst. 1, a Úmluva na ochranu lidských práv a důstojnosti lidské bytosti v souvislosti s aplikací biologie a medicíny: Úmluva o lidských právech a biomedicíně publikované pod č. 96/2001 Sb. m. s., jsou-li aplikovatelné).

Příloha D: Rozhovor s L1

1. Co okres Mladá Boleslav nabízí z hlediska logopedie osobám s afázií?

V tomto směru mohu hovořit pouze za sebe a za mé pracoviště, neboť nevím, co jiné logopedky nabízejí... My se snažíme poskytnout péči všem, kteří ji potřebují a kteří jsou dostatečně motivovaní ke spolupráci. Pacienti s afázií mají možnost docházet přímo do ambulance, pokud jim to jejich zdravotní stav dovolí, nebo je také možné za nimi přijet domů. Často v případě imobility.

2. Jaké způsoby logopedické péče z hlediska místa a počtu klientů poskytujete osobám s afázií?

Ohledně způsobu nabízené log. péče pro afatické pacienty jsem otevřená prakticky všem variantám... Ať už je to péče individuální - tu preferuji nejvíce, protože ne všichni jsou ochotni do skupin docházet a navíc u individuální terapie se můžete zacílit na to, co pacient opravdu potřebuje. Pokud je pacient mobilní, dochází do ambulance ať už samostatně či s doprovodem - to záleží na přání pacienta. Někdy je velkou výhodou, když se terapie účastní blízká osoba pacienta, která pak vše s dotyčným provádí i doma a ví, jak na to. A v případě, že je klient imobilní, dojíždím za nimi domů či do sociálních zařízení (např. Domov důchodců).

3. Co Vás přimělo poskytovat tzv. terénní logopedickou péči neboli logopedickou péči v domácím prostředí u této cílové skupiny?

Jednoduše jsem reagovala na situaci. Když mi začali volat zdrcení rodinní příslušníci, že by potřebovali pomoci své blízké osobě, neváhala jsem. A to i za předpokladu, že si najdu čas po pracovní době.

4. Jak moc je podle Vás TLP v okrese Mladá Boleslav potřebná?

Domnívám se, že je tato služba potřebná a smysluplná, i když takových klientů je jen pár. V tomto směru se obávám, že je to spíše problém špatné propagace našeho oboru - naší práce - pro laickou, ale i odbornou veřejnost!

5. Jaký přínos má podle Vás domácí prostředí (přirozené prostředí) z hlediska logopedie ale i z psychosociálního pohledu?

Upřímně si myslím, že toto je věc zcela individuální. Nemyslím si, že pro všechny afatické pacienty je ideální logopedická péče přímo u nich doma. Určitě je jednoznačně vhodná právě u imobilních pacientů! V praxi se ale také setkávám s tím, že pacienti hrozně rádi přichází právě do ambulance, neboť je to pro ně vlastně taková "událost", kdy mohou mít důvod odejít z domova. Terapie se pro ně stává příjemná "společenská událost", kde jsou v přítomnosti logopeda, který mu vlastně rozumí nejvíce a se kterým dokáže vše sdílet, pomáhá mu v nelehkých komunikačních bariérách atd. Ale jak jsem již říkala na začátku, je to individuální. Pokud je někdo například extrovertní a společenský, bude to jiné než u introvertního samotáře.

6. Jaká místa by mohla zahrnovat ještě TLP krom domácího prostředí?

Já jsem v kontaktu ještě s Domovem pro seniory, s hospicem a také s LDN a rehabilitačním zařízením.

7. Co je pro Vás cílem - náplní terénní logopedické péče i oproti ambulantní péči?

Cílem terénní logopedická péče je dostat se k pacientům, kteří se k péči nemohou z nějakého důvodu dostat. Rovněž mi dává možnost více nahlédnout do jeho prostředí, jeho osobnosti, ale i rodiny, se kterou mohou pracovat také. Je velmi důležité edukovat i blízké rodinné příslušníky, kteří s pacienty denně komunikují. Toto považuji za významnou věc a kladu na to patřičnou důležitost.

8. Co pro Vás musí osoba s afázií nebo rodina s osobou s afázií splňovat, abyste jim nabídla TLP?

Do TLP přijímám pacienty imobilní či z jiného závažného důvodu, kteří nemohou přijít do logopedické ambulance.

9. Z jakých důvodů naopak raději TLP nezačínáte?

V případě, že je pacient negativistický. Pokud pacient spolupracovat nechce, těžko ho terapeuticky posunete dál a nutit ho prostě nemůžete. Toto se mi občas stávalo v nemocnici XY. Asi nejspíš proto, že to měli v balíčku péče, o kterou vůbec nestáli. Do ambulance mi volají motivovaní pacienti, takže tento problém vlastně již neřeším.

10. Jak hodnotíte celkovou dostupnost TLP v okrese Mladá Boleslav?

Pokud je mi známo, tuto službu asi nabízím jen já, takže bylo by vhodné zvážit rozšíření TLP v tomto kraji!

11. Jak by se mohla dostupnost této formy logopedické péče pro osoby s afázií případně zvýšit?

Toto je otázkou každého pracoviště či jednotlivého logopeda a jeho nastavení priorit. Bohužel není výjimkou, že si kolegyně "vybírají", jakou dg. budou přijímat a jakou ne. No co na to říct...Každé pracoviště přeci může tuto službu nabízet, pokud chce. To, že někdo argumentuje tím, že nemám na tuto práci čas ani kapacitu je dle mého, výmluva. Všechny ambulance jsou naplněné i ta moje, ale pokud si na udělám prostor, protože to považuji za smysluplné, udělám to.

12. Pokud již máte plnou kapacitu pro TLP a můžete poskytovat pouze ambulantní péči, nebo jiný klinický logoped vůbec tuto logopedickou péči neposkytuje - Kdo a za jakých předpokladů (ve spolupráci s Vámi) by podle Vás mohl docházet ke klientům s afázií do domácího prostředí a

poskytovat jim logopedickou péči z hlediska vzdělání, profese i osobnostních rysů?

Domnívám se, že tuto péči by měl poskytovat pouze atestovaný logoped! Pokud se dobře nastaví terapie, může se stát, že návštěva bude od té předchozí výrazně jiná a fundovaný člověk umí na změny adekvátně reagovat a popřípadě sledovat ty maličkosti, které upřesňují dg., která se v průběhu může měnit. A to se obávám, že ani logoped, student, zdravotní sestra, rehabilitační pracovník, ergoterapeut nebo někdo jiný, nemohou prostě dobře reagovat. TLP přeci není jen o "předání" úkolů, které se s dotyčným udělají. Vlastně si to nedovedu vůbec představit, jak by předání informací s jiným "pomocným" pracovníkem probíhalo....

13. V čem by se měly lišit kompetence této osoby (bez atestace) od klinického logopeda?

Vzhledem k tomu, že mi to nedává smysl z výše uvedeného, nedokážu odpovědět.

14. Jak se Vaši klienti (či jejich rodiny) dozvídají, že poskytujete tuto formu péče a kdo by měl podle Vás zprostředkovávat kontakt na danou osobu poskytující TLP (co není kl. logoped)?

Práce klinického logopeda spočívá v multidisciplinární práci. Takže jednoduše řečeno, víme o sobě ;) Mě doporučují odborníci, se kterými v okolí spolupracuji, nebo si mě dokonce i někteří lékaři najdou sami na internetu. Nejčastěji je to ale vlastní iniciativa klientů, kteří si mě vyhledají sami.

15. Kdo by měl být žadatelem o TLP?

Ideálně lékař (neurolog nebo praktický lékař), který zároveň vystaví doporučení na vyšetření a následnou péči. Nebo může být žadatelem přímo pacient (nebo partner či rodina) a klinický logoped pak při vstupním vyšetření vyhodnotí stav klienta a doporučí - nedoporučí následnou péči.

16. V jakých časových intervalech docházíte ke klientům do jejich domácího prostředí, jak dlouho trvá společné setkání? (Jak by to mělo být ideálně?)

Je to různé, podle potřeby pacientů nastavujeme interval individuálně. Někdo potřebuje setkání častěji někdo zase ne. Zpravidla jezdím zprvu po 14 dnech a návštěva trvá cca 45-90 minut. Pokud se stav výrazně zlepšil, stačí už jen kontroly např. po měsíci v délce trvání 30-45 minut. Uvádím časy čisté práce s klientem. Dále by se měl počítat čas strávený na cestě k dotyčnému a příprava.

17. Jak probíhá spolupráce mezi Vámi, klienty s afázií a jejich rodinami v terénním prostředí - tedy jak se s nimi domlouváte na termínech setkávání, náplni terapie a jak podáváte informace o průběhu setkávání s Vašimi klienty?

Toto je různé, někdo komunikuje emaily, někdo raději zavolá. V terénu pak aktuálně zhodnotím stav a tím měním i terapii podle možností pacienta. Vše vykomunikujeme na místě.

- 18. V případě, že bude TLP poskytovat jiná osoba než klinický logoped, jaká by měla být spolupráce mezi touto osobou, klinickým logopedem klienta a rodinou klienta?**

Tuto možnost si v praxi nedokážu představit a krom toho nesouhlasím s tím, aby tuto práci vykonával někdo jiný, než klinický logoped.

- 19. Jakým způsobem si vymezujete hranice v rámci logopedické péče v domácím prostředí, aby nebyl překročen profesionální vztah logoped - klient s afázií?**

Snažím se přistupovat ke klientům profesionálně už od začátku navázání vztahu. Myslím si, že toto je o osobnosti terapeuta - jak se umí vyjadřovat, komunikovat, vystupovat. Trochu familiérnější přístup nevadí, ale nesmí ho být příliš.

- 20. Jak zajišťujete, že jsou vaši klienti s afázií nebo i jejich rodiny seznámeni s náplní, principy a vztahovými hranicemi v rámci TLP a že Vám dají tu důvěru pustit si Vás do jejich domácího prostředí?**

Vše vysvětluji na první návštěvě, abychom si všichni zúčastnění vyjasnili možnosti, cíle a nutnou spolupráci, tj. pracovat i sami, nečekat jen na to, až přijedu já.

- 21. Jak by to mělo být zajištěno, pokud tuto logopedickou péči poskytuje jiná osoba než klinický logoped?**

- 22. Jak si klienti u Vás financují TLP a jak by měla být financována, pokud by tuto péči poskytovala jiná osoba než klinický logoped? Jaká částka by měla být uhrazena?**

Pokud je péče indikována ze strany lékaře na "doporučení", péče je pak u mě hrazena jen u některých pojišťoven ze zdravotního pojištění. V jiném případě je péče hrazena přímou platbou klienta.

- 23. Co byste chtěla ještě doplnit k danému tématu?**

Příloha E: Rozhovor s R1

1. Když byla Vaší manželky diagnostikovaná afázie, jaké možnosti logopedické péče Vám byly nabídnuty ve Vašem okrese či jinde?

Nejdřív byla manželka hospitalizovaná v Praze a tam sice byla nějaká logopedická péče poskytována, ale nepřijde mi, že by byla úplně dostačující. Tak jsem se rozhodl, co nejdřív manželku převést domů. Poté se mi povedlo zařídit si klinickou logopedku paní "XY" v Mladé Boleslavi, což nejdříve nebylo úplně jednoduché, protože měla plnou kapacitu a dávala nám dokonce kontakty na jiné logopedky. Nakonec se jí ale uvolnilo místo, takže nás přijala. Potom jsme ještě oslovili jednu studentku logopedie, která byla u klinické logopedky na praxi, která pak začala za manželkou docházet jednou do týdne domů a vlastně s manželkou dělá různá cvičení, úkoly, které máme doporučené od naší klinické logopedky a které bych mohl dělat třeba i já, ale manželka radši pracuje se studentkou než se mnou.

Jo a taky byla manželka jednou na tři týdny na rehabilitačním pobytu, ale to nebylo v tomto okrese. Ale ten pobyt nebyl nic moc. Slibovali, že tam bude logopedie, ale jestli byla 2x do týdne. No to bylo špatný. Takže už pak žena nikam nechtěla.

2. Jaké znáte další možnosti logopedické péče u osob s afázií v okrese Mladá Boleslav?

Tak věřím, že tu další možnosti jsou. I naše logopedka nám nejdříve dávala jiné kontakty a na internetu jsem našel i jinou klinickou logopedku tady v Boleslavi, ale po tom, co jsme si našli paní XY, tak jsem už nic dalšího nehledal.

3. Co z těchto možností jste již využili a využíváte nyní?

Takže stále manželka dochází jednou do týdne k paní XY (klinické logopedce), která vede celou terapii a pak k nám jednou do týdne dochází ta studentka, která s paní logopedkou spolupracuje a má připravené pro manželku různé logopedické materiály.

4. Jak byste ocenili, kdyby k vám domů docházel klinický logoped (či jiná osoba) a poskytoval vám tzv. terénní logopedickou péči? Co Vás přimělo k rozhodnutí zařídit si, aby k Vám domů docházela studentka logopedie?

Myslím si, že prostě u té klinické logopedky v ambulanci je to určitě dobrý, ale mám pocit, že na manželku působí to domácí prostředí lépe, že tu má ten svůj klid. Takže kdyby mohla klinická logopedka docházet k nám a manželka by nemusela tak často docházet do ambulance, určitě by to bylo lepší. Manželka mívala často a teď naštěstí jen občas depresivní stavy a také má ještě jiné zažívací obtíže, takže je pro ni někdy opravdu hodně těžké opustit to domácí prostředí. Já jsem se právě ptal naší logopedky, jestli by nemohla za manželkou docházet domů, ale ta z časových důvodů to odmítla. Ale zrovna u ní byla jedna studentka na dlouhodobé praxi, kterou si paní logopedka chválila a tak nás společně napadlo zkusit to takhle. Manželka teda stále

dochází k paní logopedce, ale zároveň k nám dochází ta studentka. S tím, že všechno vede hlavně paní logopedka a studentka vypomáhá nám.

5. Jak moc je podle Vás tento způsob logopedické péče pro osoby s afázií (i jejich rodiny) potřebný (i v rámci vašeho okresu)?

Samozřejmě, že to má smysl a je to potřeba. Věřím, že nejsme jediní, kdo by chtěl, aby k nim logoped nebo teda třeba ten student dojížděl domů. Myslím si, že tahle diagnóza je závažná nejen pro toho, kdo ji má a i pro tu rodinu. Takže ta domácí podpora od někoho "z venčí" je důležitá. Hlavně od doby, co je ta péče u manželky intenzivnější a pracuje s ní i ta studentka, tak ten posun je tam vidět. I když už to za chvíli budou dva roky od té příhody, tak každý měsíc jsou tam stále pokroky. Taky mi přijde, že manželka to díky tomu nevzdává a tím, že má tu oporu jak v logopedce a pak ještě od té studentky, tak se víc snaží. Obávám se, že jinak by to vzdala a neuposouvala se. (Manželka přikyvuje a souhlasí s tím: „paní a studentka dobrý, moc hodné“).

Tím nechci říct, že by žena neměla naši podporu. Já se taky snažím trochu s ní trénovat, třeba pojmenování věcí v domácnosti, pomáhám ji, aby mluvila více ve větách. I naše dcera si s ženou občas sedne a dělají spolu nějaké úkoly od logopedky. Ale žena se mnou pracovat jinak odmítá, je jí to hrozně nepříjemné, stydí se. Asi bych to měl stejně. S dcerou se asi snaží víc, ale přeci jen chce být před ní jako máma a né jako dítě nebo jak to říct. Takže se pak vyhýbá tomu, aby s námi něco dělala, co nám logopedka doporučovala.

6. V čem pomáhá Vaší manželce být v domácím prostředí při vykonávání různých logopedických úkolů? (např. větší klid, možnost využívat přirozené pomůcky z domácího prostředí, apod.)

Tak ještě bych chtěl dodat, že..já, jelikož ty začátky byly těžký, sem musel tam s ní bejt, přivízt ji odvézt a všechno kolem to zařídit. Takže když je takhle doma, tak je to i pro mě úleva. Ale žena je doma víc klidná, není tolik unavená, lépe spolupracuje.

7. Jak moc si myslíte, že by bylo náročné najít ve Vašem okrese logopeda poskytujícího TLP?

Určitě to není snadné. Naše logopedka to z časových důvodů dělat nemůže. A nevím, jestli tu nějaká logopedka co by dojížděla za klienty domů v našem okrese je. Možná jo. Ale my jsme se rozhodli vyzkoušet tu studentku, protože s naší paní logopedkou jsme spokojený a nechtěli bysme ji měnit. A i když studentka nemůže dělat všechno, co paní logopedka a nemá ty její zkušenosti, tak je to pro nás dostačující.

8. Co byste očekávali (jaký cíl) od TLP i oproti té ambulantní péči? A jaké očekávání jste měli od studentky logopedie?

Aby v tom domácím prostředí dělala žena to s paní logopedkou v ambulanci. A zároveň abychom věděli, jak konkrétně můžeme pomáhat manželce s mluvením v domácím prostředí.

Jelikož jsme měli doporučení od naší paní logopedky, tak jsme věděli dopředu, že studentka bude dělat s ženou to, co bychom třeba dělat i já. Jakože paní logopedka nám dá nějaké logopedické materiály - třeba napsat něco, pak nějaké obrázky s výslovností, atd. Ale zároveň si myslím, že ta studentka tomu rozumí lépe a víc chápe, co třeba po ní paní logopedka požaduje a umí si připravit další pomůcky. Často využívá i přímo domácí prostředí - třeba pojmenování věcí v místnosti, zkoušejí si spolu třeba "nakupování".. a zapojují to, co manželku baví.

9. Z jakých důvodů by tedy podle Vás měl klinický logoped poskytovat TLP?

No třeba z těch zdravotních důvodů, pak taky teda i kvůli té psychice... že třeba manželka mívala ty depresivní stavy a byla hrozně z toho vyčerpaná. Ale taky je to i pro tu rodinu dobré z časových důvodů.

10. Z jakých případných důvodů byste Vy nebo jiné osoby s afázií či i jejich rodina mohla odmítnout využívání TLP?

Tak to jediné nějak tou povahou toho člověka, že by mu třeba vadilo, že mu někdo narušuje soukromí, ale jinak nevím, nic mě nenapadá.

11. Pokud nemůže TLP poskytovat klinický logoped: Jak byste přijali možnost, že by Vám TLP poskytovala jiná osoba? / Proč jste svolili, že k vám bude docházet studentka, která ještě nemá dokončené vzdělání?

Tak jediné fakt vždycky na doporučení té hlavní logopedky. Pak by nám to asi bylo jedno.

Souhlasili jsme s tím, protože si paní logopedka studentku chválila a hlavně to má všechno paní logopedka pod kontrolou.. nejdříve to bylo na zkoušku v rámci té praxe studentky, ale zatím v tom nejsou žádné problémy, takže mi nevadí, že je to zatím studentka. Asi věřím, že i pro ní to je praxe a může si to aspoň zkusit.

12. Jaké byste od ní vyžadovali vzdělání, profesi? Jaké jste měli požadavky na její vzdělání, profesi?

Já si nemyslím, že je to jenom o tom vzdělání, ale spíš o tom doporučení, jestli ten člověk je schopný prostě tomu druhému pomoci. A asi, že tu osobu vede hlavně ten klinický logoped. Jako určitě by to ale měla dělat osoba, co má logopedické znalosti.

13. Jak jste chtěli, aby se ten, kdo poskytuje TLP choval (měl povahové vlastnosti, charakter)?

No tak určitě si myslím, že ta osoba, co má to poškození, tak líp bere člověka cizího než někoho z rodiny a tím pádem by měl být i přísnější, což já jsem nebyl důslednej, jo a to je asi tak všechno

14. Od koho si myslíte, že byste se měli dozvědět o možnosti TLP?

Hmm.. asi přímo od té logopedky, no anebo taky asi od toho ošetřujícího lékaře.

15. Kdo by měl žádat o to využívání TLP?

Asi ta rodina hlavně.

16. Jak často (do týdne, měsíce,..) si by mělo docházet k TLP?

Tak pokud by to byla pouze ta terénní péče, tak aspoň dvakrát do týdne. Jako nejlépe každý den, ale to není samozřejmě z časových důvodů možné. A takhle nám vyhovuje, že jednou do týdne žena chodí k logopedce a v tom týdnu za ní přijde ještě ta studentka, takže má aspoň 2x v týdnu zaručenou nějakou tu logopedickou péči.

17. Jak Vás by měl pak klinický logoped (či jiná osoba poskytující TLP) informovat o průběhu setkávání během TLP? (např. po ukončení setkání či jste jako rodina zapojení přímo do setkání, atd...)?

Asi osobně po tom setkání, nemuselo by to být třeba každý týden, ale vždycky aspoň dvakrát do měsíce, abych věděl, co na těch setkáních žena dělá, jak jí to jde a v čem můžeme pomoci mi. Kdyby si to žena přála, tak bych klidně chtěl být do toho setkání někdy zapojený, ale zatím se na to moc netváří. "Vid?" (na manželku, která souhlasně přikyvuje).

18. Jak Vás informuje ta studentka a jak je informována Vaše klinická logopedka o průběhu těch domácích setkáních?

Pokud jsem doma, tak hned po setkání vím, co s ženou studentka dělala, často se nás i ptá, jak žena doma zvládá mluvit a jak moc nám rozumí, aby tomu třeba přizpůsobila to, co s ní bude dělat. Někdy jsem v kuchyni (pozn. kuchyň spojená s obývacím, kde dochází k setkání) takže vidím, jak spolu pracují - nedávno teď doplňovali slova do vět, jo nebo třeba nacvičovali situaci u lékaře, aby žena dokázala sama říct, co potřebuje, teď se jim podařilo, že žena konečně sama napíše svoji adresu. Takže nějaký přehled mám. Pak taky vím, že studentka pravidelně naší logopedku informuje.. to mi pak i logopedka říká, že se studentkou mluvila a většinou je fakt vidět, že jsou s logopedkou propojený, že ty cvičení navazují na to, co dělá logopedka.

19. Za jakých podmínek jste s důvěrou pustili studentku k sobě domů? Byli by ty podmínky stejné, kdyby se jednalo o klinickou logopedku?

Vícemeně jsem to neřešil, protože jsem vděčný za každou pomoc. Ale asi by se našli lidi, kteří by vyžadovali nějakou smlouvu, kde by byla nějaká pravidla a mlčenlivost. Já to ale nevyžaduju. U logopedky by to bylo stejné.

20. Jak by TLP měla být ideálně financovaná?

Ty to tak to nevím.. i když asi kdyby to bylo podpořené státem, nějak legislativně, tak by to bylo fajn. Hlavně kvůli lidem, co by na to neměli peníze, takže by to pak nemohli využívat.

21. Jaká maximální částka za jedno setkání by pro Vás byla přijatelná?

Tak asi bych nešel nad 500 za hodinu, ale těžko říct. Studentka si za práci nic neříká, protože ještě studuje, ale já ji hradím aspoň ty cesty k nám, protože nebydlí úplně blízko od nás. Což byl i můj požadavek, protože té studentce to také vezme čas a věnuje tomu nějakou svoji práci.

Příloha F: Úryvky z dalších rozhovorů

Rozhovor s L2

5. Jaký přínos má podle vás domácí (přirozené) prostředí z hlediska logopedie, ale i z psychosociálního pohledu?

Domácí terapie je vždy přínosná po psychické i zdravotní stránce, pro imobilní klienty je dojíždění fyzicky vyčerpávající, často se po příjezdu nedokážou již plně soustředit, jsou unavení, určitě preferují podporu rodiny v domácím prostředí.

12. Pokud vy i jiný klinický logoped můžete poskytovat pouze ambulantní péči - Kdo a za jakých předpokladů (ve spolupráci s kl. logopedem) by podle Vás mohl docházet ke klientům s afázií do domácího prostředí a poskytovat jim logopedickou péči z hlediska vzdělání, profese i osobnostních rysů?

Samozřejmě nejvíce kompetentní pro tuto péči je klinický logoped, ale myslím, že požadavky splňuje i logoped v předatestační přípravě.

Zároveň se ale setkávám s tím, že v některých rodinách není tzv. komunikační partner. Někdo, kdo by doma s osobou tzv. "trénoval", dělal mnou doporučená logopedická cvičení. Pak je problém, že se terapie nikam neposouvá. Často se to děje u starších klientů, zejména seniorů. V takových případech mi nevadí, když si rodina najde někoho, kdo jim v této oblasti pomáhá. Ideálně by to podle mě mohl být třeba student logopedie nebo logoped bez atestace, aby mohl rodině lépe poradit, co a jak v domácím prostředí dělat. Zároveň si myslím, že takový komunikační partner by měl vždy spolupracovat s klinickým logopedem a nejedná se pak vyloženě o TLP.

Rozhovor s R2

4. Jak byste ocenila terénní logopedickou péči poskytovanou klinickým logopedem - tzv. terénní logopedickou péčí? Co Vás přimělo k rozhodnutí zařídit si, aby k Vám domů docházela za Vaším manželem pečovatelka (vaše známá)?

No samozřejmě, že jsem se paní magistry ptala na tuhle možnost, ale bohužel z časových důvodů to nemohla. Ale pro manžela by to bylo dobré, kdyby nemusel nikam jezdit, je to pro nás oba hodně náročné. Vždycky si musíme nasmlouvat sanitu a pak často dlouho na tu sanitu čekáme, aby nás odvezli zase domů.

A proč nás navštěvuje S. (pečovatelka)? Mě manžel odmítal, jakmile jsem chtěla s ním něco dělat z těch podkladů od paní magistry, tak strašně moc nechtěl, nelíbilo se mu to. Říkal "to je jak pro děti". Víte ono mu vadí, že teď kolem domu mám všechno na starosti, vnímá to. A nechce přede mnou být jako dítě. Ale pak s tou naší pečovatelkou, to šlo samo. Oni se spolu taky znají celá

léta a S. mi pomáhá i např. s úklidem. S. si vzala ty podklady a sama si k tomu něco vyrobila a támhle (na stole - tlusté desky s různými logopedickými materiály a různými pomůckami) můžete vidět, co všechno už s manželem udělali. Takže oni dva mají takový vztah, že se oba na sebe tešej a každý den spolu pracují. Což bych chtěla zmínit, že aby mohl být u člověka v takovém věku posun, musí tam být ta intenzivní péče, jinak by to nešlo. Já jsem si hned uvědomovala, že nemůže pořád spát a jen jednou za čas něco trénovat, to by nevědělo k žádným pokrokům, proto jsem pak začala shánět někoho jiného a to bylo štěstí, že S. má na nás čas a baví jí to. A můj muž s ní spolupracuje a má jí rád. Takže S. je taková moje zástupkyně v tomhle.

8. Co očekáváte (jaký cíl) od TLP i oproti té ambulantní péči? Co jste očekávala od S.?

Tak pokud by to třeba dělala paní magistra, tak bych chtěla, aby dělala to samé, co v ambulanci. Aby s manželem vyzkoušela nějaké ty její úkoly, aby bylo jasné, co manželovi jde a nejde, prostě v podstatě vedla tu terapii. Ale asi by bylo dobré, že by viděla manžela, jak pracuje doma a mohla tomu tu terapii přizpůsobit. Taky můj muž se celý život věnoval hudbě, hrál výborně na klavír, zpíval. Miluje hudbu.. a když jsem si četla o té péči po příhodě, tak je tam hudba doporučována. Jestli jsem to správně pochopila, tak může v tom mluvení pomoci. Tak možná, kdyby třeba to šlo tady doma do toho více zapojit, asi by to ocenil.

Já jsem chtěla, aby tady bylo čisto, aby tady byly Vánoce, aby bylo navařeno, aby tu bylo všechno jako dřív a taky aby k nám stále docházeli přátelé. Takže jestli chápete, já mám hodně jiných povinností, proto říkám, že S. je náš anděl. Ona vlastně nahrazuje tu moji roli, že to co třeba mi doporučovala paní magistra, že bych mohla s manželem zkoušet, tak S. to převzala za mě a hodně to pomohlo. A jak jsem říkala, můj muž mě u toho ani nechce.

Rozhovor s R3

4. Jaký je váš názor na možnost, že by za Vaší babičkou docházel klinický logoped přímo sem do domova pro seniory - tedy na terénní logopedickou péči?

Určitě by to bylo fajn. Nějak mě nenapadalo, že by to šlo a hledat to. Myslím si, že by babička měla větší motivaci pořád se svojí řečí něco dělat. A kvůli té její špatné hybnosti by bylo dobré, kdyby nemusela nikam jezdit. Jak už jsem říkala i krátké cestování je pro ni fakt vyčerpávající. Sice tomu tolik nerozumím, ale myslím si, že kdyby babička měla možnost mít nadále logopedickou péči, tak věřím, že by ještě došlo k nějakým pokrokům. Když jezdila na ty rehabilitační pobyty, kde logopedii měla, tak to byl vždycky posun k lepšímu.

8. Co byste očekávala (jaký cíl) od TLP i třeba oproti té ambulanti péči?

Určitě bych se mi líbilo, aby nám logoped víc vysvětlil, jak máme s babičkou komunikovat a jaká cvičení by byla vhodná, abychom s ní prováděli. Myslím si, že oproti tomu být někde v ambulanci by nám takhle mohl víc vše ukázat a víc nás členy rodiny do té terapie zapojovat. Četla jsem si, že dobrý nácvik různých situací jako nakupování, restaurace a to by určitě bylo dobré to takhle s logopedem zkusit. Taky bych chtěla, aby ta terapie byla více kreativní a interaktivní využívala třeba to co má babička ráda – např. zpěv, hudební prvky.