

UNIVERZITA PALACKÉHO V OLOMOUCI

PEDAGOGICKÁ FAKULTA

Ústav speciálněpedagogických studií

Diplomová práce

Bc. Monika Kubíčková

**Skupinová logopedická intervence u osob se získanou orgánovou
nemluvností**

Olomouc 2014

Vedoucí práce: Mgr. et. Mgr. Gabriela Smečková, Ph.D.

Prohlašuji, že jsem diplomovou práci zpracovala samostatně a použila jen uvedenou literaturu a zdroje.

V Olomouci dne 10. 4. 2014

.....
vlastnoruční podpis

Mé upřímné poděkování patří paní Mgr. et. Mgr. Gabriele Smečkové, Ph.D., za odborné a laskavé vedení diplomové práce a za poskytování cenných rad. Dále děkuji zástupcům jednotlivých sdružení pořádajících skupinové logopedické intervence pro osoby s afázií, jmenovitě paní PhDr. Mgr. Heleně Šišmové, Mgr. Zuzaně Konůpkové, Mgr. Naděždě Lasotové, Mgr. Evě Přikrylové a panu PhDr. Petru Staníčkoví. Dále bych ráda poděkovala všem klientům, se kterými jsem mohla spolupracovat a všem klientům a jejich rodinným příslušníkům, kteří se podíleli na výzkumném šetření.

V neposlední řadě patří mé poděkování mojí rodině a příteli za podporu při psaní diplomové práce.

Bc. Monika Kubíčková

OBSAH

ÚVOD	6
I TEORETICKÁ ČÁST	8
1 ZÍSKANÁ ORGÁNOVÁ NEMLUVNOST	8
1.1 Terminologické vymezení	8
1.2 Etiologie	10
1.2.1 Cévní mozková příhoda	11
1.2.2 Další příčiny vzniku	13
1.3 Symptomatologie	14
1.4 Klasifikace	17
1.4.1 Dichotomická klasifikace	18
1.4.2 Bostonská klasifikace	18
1.4.3 Klasifikace afázií podle Alexandra Romanoviče Luriji	20
1.4.4 Kimlova klasifikace afázií	22
1.4.5 Hrbkova klasifikace	23
1.4.6 Olomoucká klasifikace	24
1.4.7 Klasifikace podle Kertesse	25
1.5 Diagnostika	26
1.5.1 Diagnostické metody uplatňované v ČR a SR	27
1.5.2 Vybrané přístupy uplatňované v zahraničí	29
1.6 Terapie	31
2 SKUPINOVÁ LOGOPEDICKÁ INTERVENCE	35
2.1 Logopedická intervence	35
2.1.1 Východiska logopedické intervence	36
2.1.2 Formy logopedické intervence	36

2.2	Skupinová logopedická intervence	36
2.2.1	Vymezení termínu skupina	37
2.2.2	Druhy skupin	37
2.2.3	Skupina v logopedické intervenci.....	38
2.3	Skupinová logopedická intervence u osob se získanou orgánovou nemluvností	40
2.3.1	Vymezení.....	40
2.3.2	Metody.....	42
2.3.3	Skupinová logopedická intervence osob se získanou orgánovou nemluvností v zahraničí.....	44
II PRAKTICKÁ ČÁST		47
3	VÝZKUMNÉ ŠETŘENÍ.....	47
3.1	Cíl výzkumného šetření	47
3.2	Výzkumný problém	47
3.3	Výzkumné otázky	47
3.4	Metody získávání dat	48
3.5	Charakteristika výzkumného souboru	49
3.6	Organizace a průběh výzkumného šetření	49
4	INTERPRETACE ZÍSKANÝCH ÚDAJŮ.....	54
4.1	Analýza výsledků dotazníkového šetření zaměřeného na organizace poskytující skupinovou logopedickou intervenci osobám s diagnózou afázie.....	54
4.1.1	Resumé	71
4.2	Analýza výsledků dotazníkového šetření zaměřeného na osoby s afázií, které navštěvují skupinovou logopedickou terapii	73
4.2.1	Resumé	82
4.3	Analýza výsledků dotazníkového šetření zaměřeného na rodinné příslušníky osob s afázií, které navštěvují skupinovou logopedickou terapii	84
4.3.1	Resumé	92

5	ZÁVĚR PRAKTICKÉ ČÁSTI A DISKUSE	94
6	ZÁVĚR.....	97
	SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY	98
	SEZNAM INTERNETOVÝCH ZDROJŮ	103
	SEZNAM ZKRATEK	107
	SEZNAM GRAFŮ.....	109
	SEZNAM TABULEK	111
	SEZNAM OBRÁZKŮ.....	112
	SEZNAM PŘÍLOH	113

ÚVOD

Získaná orgánová nemluvnost neboli afázie je považována za jeden z nejzávažnějších druhů narušené komunikační schopnosti, který zasahuje nejen oblast komunikace, ale celou osobnost člověka po stránce emocionální, sociální a osobnostní. Otázka terapie afázie přináší v dnešní době řadu forem a přístupů, přičemž jednou z možností je i skupinová logopedická intervence.

Při pravidelných stážích na skupinové logopedické terapii s lidmi s diagnózou afázie v rámci občanského sdružení Afázie v Šumperku jsme se setkávali s velkým ohlasem pro tento druh terapie jak ze strany klientů, tak jejich rodinných příslušníků. V důsledku této zkušenosti jsme se rozhodli zaměřit diplomovou práci na oblast skupinové formy terapie afázie na území České republiky. Současně bylo cílem zjistit pohled a hodnocení skupinové logopedické intervence prostřednictvím klientů a jejich rodinných příslušníků.

Diplomová práce je složena ze dvou částí – z části teoretické a z části praktické. Teoretická část se dále dělí na dvě kapitoly. První kapitola pojednává o problematice získané orgánové nemluvnosti, o její terminologii, etiologii, symptomatologii, klasifikaci a také diagnostice a terapii. Druhá kapitola se zaměřuje na skupinovou logopedickou terapii. Úvod je věnován vymezení logopedické intervence, včetně jejich východisek a forem. Zbývající podkapitoly se zabývají problematikou skupinové logopedické intervence a to nejdříve v kontextu logopedie obecně, následně v souvislosti s lidmi se získanou orgánovou nemluvností. Praktická část navazuje na poznatky z části teoretické a koncepčně je složena z výzkumného šetření zaměřeného na tři cílové skupiny. První z nich jsou organizace poskytující skupinovou logopedickou intervenci pro osoby se získanou orgánovou nemluvností, dále jsou to osoby s afázií, které navštěvují skupinovou formu terapie a na závěr jejich rodinní příslušníci. V celkovém pořadí třetí kapitola představuje popis a průběh výzkumného šetření, včetně cílů, výzkumného problému a výzkumných otázek. Výsledky jsou prezentovány v kapitole čtvrté s odkazem na nástroje sběru dat, které jsou součástí příloh. Pátá kapitola se věnuje závěrům vyplývajícím z výzkumného šetření a diskusi.

Výběr tématu ovlivnila pozitivní zkušenost se skupinovou logopedickou intervencí a kladným hodnocením ze strany klientů a jejich rodinných příslušníků v občanském sdružení Afázie. Zaměřením diplomové práce jsme chtěli zmapovat a poukázat na situaci skupinové

logopedické intervence pro osoby s afázií v České republice. Dále bylo naším cílem získat zpětnou vazbu a reflexi samotných osob s afázií a jejich rodinných příslušníků, kteří s touto formou terapie mají zkušenost.

I TEORETICKÁ ČÁST

1 ZÍSKANÁ ORGÁNOVÁ NEMLUVNOST

V úvodní kapitole teoretické části diplomové práce bychom se rádi věnovali problematice získané orgánové nemluvnosti, jejímu vymezení, etiologii, symptomatologii, klasifikaci, diagnostice a terapii. Současná logopedická literatura, např. Klinická logopedie (Škodová, Jedlička a kol., 2007) vymezuje deset druhů narušené komunikační schopnosti, přičemž jedním z nich je právě získaná orgánová nemluvnost neboli *afázie*. Jak již sám název napovídá, jedná se o poruchu řečové komunikace, která vzniká v důsledku organického poškození či onemocnění mozku (Čecháčková in Škodová, Jedlička, a kol. 2007).

1.1 Terminologické vymezení

V rámci následující podkapitoly se pokusíme přiblížit alespoň některé terminologické náhledy na problematiku získané orgánové nemluvnosti. Jednotlivá vymezení se liší především úhlem pohledu a oblastí působnosti toho daného odborníka, např. logopeda, neuropsychologa, neurologa či foniatra.

Okruh získané orgánové nemluvnosti neboli afázie je v historickém kontextu nejčastěji spojován se jmény Paul Pierre Broca a Carl Wernicke. Od roku 1861 můžeme sledovat zájem o oblast řeči v souvislosti s lokalizováním mozku, kdy P. P. Broca popsal lézi v levém frontálním laloku a určil tak motorickou afázii. O několik let později definoval C. Wernicke na podkladě léze levého temporálního laloku další typ, tedy senzorickou afázii (Kulišťák, 2003).

Termín afázie pochází z řeckých kořenů *phasis* - *řeč* a předpona *a-* značí zápor (Čecháčková in Škodová, Jedlička, a kol. 2007; Peutelschmiedová in Vitásková, Peutelschmiedová, 2005). Peutelschmiedová (in Vitásková, Peutelschmiedová, 2005) upozorňuje na značnou nejednotnost v terminologii české literatury a západních zemí v užívání předpon *a-* a *dys-*. Zatímco v české logopedii označuje předpona *a-* celkovou ztrátu funkce a předpona *dys-* vývojovou poruchu, v západních zemích předpony *a-* a *dys-* akcentují stupeň poruchy.

Mezinárodní klasifikace nemocí 10. revize řadí tuto diagnózu mezi *Poruchy řeči nezařazené jinde*, konkrétně pod alfanumerický kód R47.0 Dysfázie a afázie (Mezinárodní klasifikace nemocí, 2008).

Z pohledu logopedického uvádíme definici Dvořáka (2007, s. 13), který afázii charakterizuje jako: „*ztrátu naučených schopností dorozumívat se řečí (mluvenou, čtenou, psanou) organického původu, především jako důsledek ložiskové léze korových a podkorových oblastí mozku*“. Naproti tomu Čecháčková (in Škodová, Jedlička, a kol. 2007) afázii řadí do souboru vyšších kortikálních poruch, kam spadají i agnozie, apraxie, alexie, agrafie, akalkulie, poruchy pravolevé orientace, poruchy prostorové orientace apod. Popisuje afázii jako lingvistickou, neurogenní a kognitivní poruchu. Za nejvýstižnější považujeme vymezení Cséfalvayovo (in Cséfalvay a kol., 2007), který afázii charakterizuje jako získanou poruchu produkce a porozumění řeči, která vzniká při ložiskovém poškození mozku. Mimo jazykové deficity také upozorňuje na nutnost vnímání tohoto narušení v kontextu jeho psychosociálních důsledků (Cséfalvay, Košťálová in Cséfalvay, Lechta a kol., 2013). To potvrzují i výzkumy ruských neuropsychologů A. R. Luriji a L. S. Cvetkové, kteří na podkladě dlouhodobého studia problematiky afázií dospěli k názoru, že afázie způsobuje celkovou dezintegraci psychické sféry člověka (Hrnčiarová, 2010).

Starší neuropsychologická literatura, například publikace od Mačákové: Doplňky k neuropsychologii a psychofyziologii (1988), řadí afázii shodně jako Čecháčková (in Škodová, Jedlička, a kol., 2007) do poruch symbolických funkcí, do kterých z fyziologického hlediska patří funkce fatické, gnostické a praxe (Mačáková, 1988). Do fatických funkcí řadíme schopnost mluvit, psát, počítat, rozumět mluvené i psané řeči, ale i schopnost dorozumět se řečí s ostatními lidmi a myslet v abstraktních pojmech. Gnostické funkce zahrnují schopnost poznávat předměty zrakem, sluchem a hmatem. Do praxe řadíme účelné pohyby a gesta. Afázii pak charakterizujeme jako poruchu řeči, která vzniká narušením nejvyšší analýzy a syntézy v oblasti mozkové kůry dominantní hemisféry (Mačáková, 1988).

Neurologická literatura (např. Neurologie pro speciální pedagogy, Král a kol., 2012) rozlišuje poruchy vnitřní a vnější řeči. Afázii na základě tohoto členění charakterizuje jako získanou poruchu vnitřní řeči, přičemž pokud je porucha vnitřní řeči vrozená, hovoříme

o dysfázii. Vnitřní řeč je řazena mezi symbolické funkce, které nám umožňují chápat, uchovávat a vyjadřovat myšlenky prostřednictvím slov, ale také četbou či písmem. Její poruchy jsou spjaté s dominantní hemisférou mozku (Král a kol., 2012). Z pohledu foniatrie afázii řadíme do poruch hluboké struktury řeči, která vzniká až po fixaci řeči v důsledku náhlých organických změn mozku (Lejska, 2003). Lejska (2003) dále uvádí, že se jedná o získanou poruchu komunikační schopnosti, které se týká symbolických funkcí, vzniká na podkladě ložiskového poškození mozku a má vliv na vyšší nervové funkce člověka.

ASHA¹ (Aphasia: Overview, 1997-2014) popisuje afázii jako poruchu jazyka, jež se manifestuje ve všech, nebo jen v některých oblastech, jako je mluvení, porozumění, čtení a psaní, která vzniká v důsledku poškození mozku. Dále mohou být přidružené problémy jako je dysartrie, apraxie či problémy s polykáním. Jiné zahraniční zdroje (Bannister, 1992; Rosenbek a kol., 1989) shodně charakterizují afázii jako poruchu, která se promítá v jazykové produkci a percepci a vzniká na podkladě získaného poškození centrálního nervového systému. Manifestuje se obtížemi v oblasti porozumění, čtení, řečové produkce a psaní.

1.2 Etiologie

Definice uvedené v rámci předchozí kapitoly se shodují v příčině vzniku afázie, tedy v etiologii. V rámci téměř všech uvedených vymezení zaznívá, že se jedná o získané narušení komunikační schopnosti, které vzniká v důsledku organického poškození mozku. V následující části textu se proto budeme zabývat podrobnější charakteristikou jednotlivých příčin.

Organická příčina vzniku afázie může být dle Čecháčkové (in Škodová, Jedlička, a kol. 2007) ložisková (ohraničená), nebo difúzní (rozptýlená). Cséfalvay (in Lechta a kol., 2003) však spatřuje příčinu vzniku afázie především v ložiskovém poškození korových a podkorových oblastí mozku. O difúzních poškozeních centrální nervové soustavy hovoří v souvislosti s demencí. Lejska (2003) předpokládá, že afázie vzniká náhlým poškozením kteréhokoliv centra řeči v mozku, přičemž dle Sováka (1978) a Hartla (1987) je léze vázána na dominantní hemisféru. Zahraniční literatura (Rosenbek, LaPointe, Wertz, 1989) nevylučuje

¹ ASHA - American speech-language-hearing association (American speech-language-hearing association, 1997 – 2014).

ani fyziologické deficity nebo narušení kognice, přičemž se však nejedná o demenci, smyslové nebo motorické poruchy (Rosenbek, LaPointe, Wertz, 1989).

Poškození mozku můžeme rozdělit na dvě základní skupiny – a to na nezpůsobené a způsobené úrazem. Mezi poruchy nezpůsobené úrazem řadíme cévní mozkové příhody, infekce, nádory apod., do poškození vzniklých vlivem úrazu jsou řazeny údery, pády, nehody, týrání či chirurgický zásah (Savage, Wolcott, 1994).

Za nejčastější příčinu vzniku afázie je považována cévní mozková příhoda (Čecháčková in Škodová, Jedlička, a kol. 2007; Lejska, 2003).

1.2.1 Cévní mozková příhoda

Cévní mozkovou příhodu můžeme dle světové zdravotnické organizace (WHO), kterou citují Truelsen, Begg, Mathers (2000, s. 1) charakterizovat *„rychle se rozvíjejícími klinickými známkami fokální nebo globální poruchy mozkových funkcí s příznaky trvající 24 hodin nebo déle, nebo vedoucí ke smrti, bez zjevné příčiny jiné než cévního původu“*.

Cévní mozkové příhody (CMP) můžeme podle příčiny dále dělit na hemoragické a ischemické (Král a kol., 2012; Čecháčková in Škodová, Jedlička, a kol. 2007; Mlčáková in Michalík a kol., 2011). Jiné dělení uvádí Nebudová (in Kulišťák a kol., 1997), která sleduje, zda k cévní mozkové příhodě došlo v důsledku získaného nebo vrozeného postižení mozkových cév. Pro potřeby diplomové práce uvádíme rozdělení podle neurologické literatury (Král a kol., 2012).

a) Ischemická cévní mozková příhoda

Ischemická cévní mozková příhoda vzniká nejčastěji (asi v 90 %) v důsledku uzávěru mozkové tepny (např. embolem, trombem či spazmem), méně častá je příčina v lokálním snížení průtoku krve v mozkové tepně. Je charakteristická rychle se rozvíjejícími ložiskovými neurologickými příznaky. Klinický obraz závisí na lokalizaci léze v souvislosti s tím, která část mozku je tepnou prokrvována. Nejčastějším příznakem je porucha hybnosti končetin, citlivosti či zraku. Pokud se jedná o lézi v oblasti dominantní hemisféry, tak se příznaky manifestují fatickou poruchou (Král a kol., 2012).

Mezi nejčastější etiologické příčiny ischemické cévní mozkové příhody dle Krále a kol. (2012) řadíme:

- aterosklerózu velkých krčních nebo mozkových tepen,
- onemocnění srdce,
- uzávěr malých penetrujících tepen,
- hemodynamické² příčiny jako je pokles krevního tlaku, arteriální hypertenzi,
- nezánettivé postižení tepen, vaskulitidy³, genetická onemocnění apod.

b) Hemoragická cévní mozková příhoda

Král a kol. (2012) uvádí, že se jedná o heterogenní skupinu cévních mozkových příhod. Klinický obraz je obdobný jako u ischemické cévní mozkové příhody, v některých případech je však rychlejší rozvoj těžké neurologické symptomatiky, ke které se přidává vyšší hodnota krevního tlaku, bolesti hlavy, poruchy vědomí apod. Prognóza je posuzována jako závažnější, než ischemická cévní mozková příhoda, což se promítá i do pomalejší úpravy příznaků.

Mezi etiologické faktory řadíme:

- arteriální hypertenze,
- cévní anomálie,
- abnormální tepny,
- stavy se zvýšeným rizikem spontánního krvácení (krvácivé diatézy) (ibid.).

Nejčastější je dle Čecháčkové (in Škodová, Jedlička, a kol., 2007) krvácení do bazálních ganglií, mozkových laloků, mozkového kmene a mozečku, nebo do prostoru mezi mozkovými plenami (subarachnoideální).

V souvislosti se vznikem cévních mozkových příhod můžeme sledovat a případně eliminovat tzv. rizikové faktory. Ty se dělí na ovlivnitelné a neovlivnitelné. Mezi ovlivnitelné

² Hemodynamika – „popis oběhu krve na základě fyzikálních principů včetně jejich zvláštností v lidském organismu“ (Velký lékařský slovník: Hemodynamika, 2008).

³ Vaskulitida – „zánětlivé onemocnění cév, zejména tepen, nejčastěji v rámci autoimunního, systémového či revmatického onemocnění“ (Velký lékařský slovník: Vaskulitida, 2008).

faktory řadíme např. vysoký krevní tlak, onemocnění srdce, diabetes mellitus, životní styl, apod. K neovlivnitelným faktorům patří např. věk, pohlaví a genetika. V rámci předcházení vzniku cévních mozkových příhod je důležitá eliminace ovlivnitelných faktorů, a to prostřednictvím primární a sekundární prevence (Král a kol., 2012).

1.2.2 Další příčiny vzniku

a) Úrazy a poranění mozku

Mezi další příčiny vzniku afázie řadíme úrazy a poranění mozku (Čecháčková, in Škodová, Jedlička, a kol., 2007; Peutelschmiedová in Vitásková, Peutelschmiedová, 2005).

Poranění hlavy, neboli kraniotraumata postihují mozek, mozkové cévy a mozkové obaly. Může se jednat o poranění lebky, lehké traumatické poranění mozku, jako je otřes mozku nebo mozková komoce, zhmoždění mozku (mozková kontuze), traumatické intracerebrální krvácení či epidurální hematom (Král a kol. 2012).

b) Mozkové nádory

Mozkové nádory jsou způsobené nekontrolovaným buněčným dělením v lebeční dutině, které utlačuje nebo devastuje ostatní části mozku. Projevují se neurologickými ložiskovými symptomy nebo syndromem nitrolební hypertenze (ibid.) Čecháčková (in Škodová, Jedlička, a kol., 2007) upozorňuje na fakt, že nezávisí na histologické podstatě mozkového nádoru, ale na jeho lokalizaci.

c) Neuroinfekce

Neuroinfekcí rozumíme zánětlivé onemocnění mozku, které vzniká v důsledku působení patogenních mikroorganismů. Neuroinfekce se mohou dělit podle lokalizace (meningitidy, encefalitidy, myelitidy apod.) a podle příčiny (virové, bakteriální, mykotické, apod.) (Král a kol., 2012).

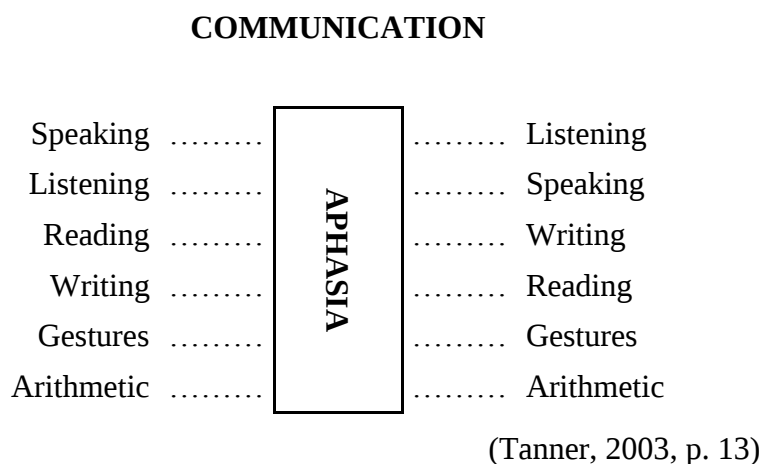
d) Neurodegenerativní onemocnění

Nejčastější neurodegenerativní onemocnění, u kterých se afázie může vyskytovat, je Alzheimerovu demence či Pickova choroba (Čecháčková in Škodová, Jedlička, a kol. 2007).

Mezi další příčiny vzniku afázie řadíme např. intoxikaci mozku či dětskou afázii (Čecháčková, in Škodová, Jedlička, a kol. 2007). Peutelschmiedová (in Vitásková, Peutelschmiedová, 2005) upozorňuje na zvýšený výskyt vzniku afázie, který souvisí se změnou životního stylu (nárůst obezity apod.).

1.3 Symptomatologie

Symptomatologie afázie je charakteristická svou různorodostí. Klinický obraz závisí na lokalizaci léze a na mnoha dalších faktorech. Tanner (2003) hovoří o afázii jako o multimodální poruše. Dle této teorie se afázie netýká pouze obtíží v oblasti čtení, psaní, řeči či gestikulace, ale zasahuje všechny složky komunikace. V souvislosti s touto teorií uplatňuje následující model:



Symptomy se mohou vyskytovat v různé míře, od problémů s vybavováním slov až po úplnou ztrátu jazykových schopností (Tanner, 2003).

Mezi příznaky afázie řadíme dle Cséfalvaye (in Kerekrétiová, a kol. 2009) poruchy plynulosti řeči, poruchy pojmenování, poruchy porozumění mluvené řeči, agramatismy, parafrázie a perseverace. Tyto symptomy se v různé míře vyskytují u všech typů afázií. Čecháčková (in Škodová, Jedlička, a kol., 2007) dále přidává parafrázie a logorheu. V následující části textu podrobněji rozebereme jednotlivé symptomy.

a) Poruchy fluence (plynulosti) řeči

V souvislosti s poruchou fluence řeči proběhla v minulosti řada výzkumů, které sledovaly různé aspekty spontánní produkce. Afázii můžeme v tomto kontextu

rozdělit na dvě velké skupiny – a to na nonfluentní (neplynulou) a fluentní (plynulou). Za běžné tempo promluvy je považována frekvence asi 120 slov za minutu, přičemž pokles nad 50 slov za minutu značí nonfluenci a naopak frekvence přesahující 200 slov za minutu je nazývána hyperfluencí (Cséfalvay in Kerekrétiová a kol., 2009; Poeck in Code, 1989; Čecháčková in Škodová, Jedlička a kol., 2007).

Nonfluentní typy afázie jsou charakteristické zpomaleným tempem promluvy, které může vyústit až v telegrafickou řeč, při které člověk s afázií produkuje pouze několik plnovýznamových slov, často s absencí sloves. Naopak u fluentních typů afázie může být tempo řeči rychlejší, nebo se může vyskytovat tzv. „slovní salát“ (Cséfalvay in Kerekrétiová a kol., 2009).

Poeck (in Code, 1989) řadí mezi fluentní typy afázie - Wernickeovu, amnestickou, konduktivní a transkortikální senzickou afázii, jako nonfluentní - Brocovu, globální a transkortikální motorickou afázii.

b) Poruchy pojmenování

Anomie neboli porucha pojmenování se vyskytuje u všech typů afázie. Jedná se o symptom, při kterém má osoba s afázií potíže s nalezením správného slova v tzv. mentálním lexikonu. Při vyjádření je pak slovo nahrazováno jeho opisem, nebo slovem s podobným významem (Cséfalvay in Kerekrétiová a kol., 2009). Dle Čecháčkové (in Škodová, Jedlička a kol., 2007) je porucha pojmenování charakteristická pro amnestickou afázii.

c) Poruchy porozumění řeči

Poruchy porozumění řeči jsou velice variabilní a vyskytují se v lehké formě téměř u všech typů afázie. Mohou se projevovat v porozumění izolovaným slovům, či celým větám. Vzhledem k tomu, že v procesu diagnostiky afázie je velice důležité porozumění zadaným úkolům, tvoří tato oblast jednu z nejdůležitějších diagnostických kritérií (Cséfalvay in Kerekrétiová a kol., 2009; Čecháčková in Škodová, Jedlička a kol., 2007).

d) Agramatismy

Agramatismus je proměnlivým a častým symptomem u afázie. Je charakterizován jednak jako narušení gramatické roviny jazyka, tedy jako jazykový deficit, nebo jako

kompenzace při poškození mozku, kdy je omezená kapacita mentálních zdrojů a osoba s afázií produkuje jen to nejpodstatnější (Cséfalvay in Kerekrétiová a kol., 2009).

e) Parafázie

Dle Čecháčkové (in Škodová, Jedlička a kol., 2007) jsou parafázie základním charakteristickým symptomem u afázií, které se projevují deformací slov různého typu a stupně. V klinické praxi sledujeme deformování slov, užívání zkomolenin, žargonových slov či užívání slov v nesprávném významu (Velký lékařský slovník: parafázie, 2008; Cséfalvay in Kerekrétiová a kol., 2009; Čecháčková in Škodová, Jedlička a kol., 2007).

Parafázie rozdělujeme na následující typy:

- *fonemická* – jedná se o deformaci slov, při které je však možné porozumět významu, mnohdy se jedná pouze o záměnu fonémů (např. papír – patír apod.),
- *žargonová* – je charakteristická těžkou deformací slov, při které není možné porozumět produkováné řeči (např. ždruchla – židle),
- *sémantická* – projevuje se nahrazováním slova slovem podobným, či opisem (např. nahrazení slova nemocnice slovem ambulance (Cséfalvay in Kerekrétiová a kol., 2009; Čecháčková in Škodová, Jedlička a kol., 2007)).

f) Perseverace

Perseverace se vyskytují zejména v těžkých případech a projevují se ulpíváním v odpovědi na předchozím podnětu, který již nepůsobí. Liší se od echolalie, která je charakteristická opakováním slov po druhých (Cséfalvay in Kerekrétiová a kol., 2009; Čecháčková in Škodová, Jedlička a kol., 2007).

g) Parafrázie

O parafrázích hovoříme v souvislosti s větným vyjádřením, které může být snižené, až zcela nemožné. Projevuje se narušením sekvence při sestavování vět, člověk má potíže s vyhledáváním vhodných slov (Dvořák, 2007; Čecháčková in Škodová, Jedlička a kol. 2007).

h) Logorhea

Logorhea je charakterizována jako chorobná povídavost či překotně rychlá mluva, která se projevuje sníženou srozumitelností (Dvořák, 2007; Čecháčková in Škodová, Jedlička a kol. 2007).

K výše uvedeným symptomům dále Cséfalvay (in Kerekrétiová a kol., 2009) řadí poruchy psané řeči – alexii a agraphii.

ASHA (Aphasia: Signs and symptoms, 1997-2014) naopak rozděluje symptomy do čtyř okruhů:

- narušení expresivní stránky řeči,

Do tohoto okruhu řadí poruchy pojmenování (anomii), těžce utvářenou, váhavou mluvu, telegrafickou řeč, slovní novotvary (žargon) a další.

- poruchy porozumění,

Jsou zastoupeny obtížemi s porozuměním promluvy, které vyžaduje delší čas, zejména pak při rychlém projevu. Často chybí povědomí o chybách.

- poruchy čtení s porozuměním (alexie),

Mezi poruchy čtení s porozuměním patří potíže s pochopením psaného materiálu, rozpoznání slov či problémy se čtením slov nemajících význam (předložky, apod.).

- narušení psané řeči (agrafie).

Narušení psané řeči se promítá v oblasti psaní, opisování písmen, slov a vět, také se projevuje v pravopisu a gramatice.

1.4 Klasifikace

Klasifikace získané orgánové nemluvnosti je založena na popisu syndromů, které jsou tvořeny jednotlivými jazykovými deficity a symptomy (Cséfalvay, Košťálová in Cséfalvay, Lecha a kol., 2013). Obecně však platí, že v klasifikaci panuje značná nejednotnost, která je podmíněna především množstvím afaziologických škol a rozmanitostí symptomů. Existence klasifikací je velice důležitá pro označení složité symptomatiky a současně také usnadňuje komunikaci odborníků zainteresovaných v této oblasti (Kulišťák 2003; Čecháčková in Škodová, Jedlička a kol. 2007). V odborné literatuře se však také setkáváme

s diskusemi, zda má vůbec význam při tak značné variabilitě symptomů afázie klasifikovat (Cséfalvay in Lechta a kol., 2003).

V následující části textu představíme nejčastější klasifikace afázií.

1.4.1 Dichotomická klasifikace

Klasická afaziologie rozděluje dva základní typy afázií – a to expresivní a receptivní. Tato dichotomická klasifikace se řadí mezi nejvíce užívané, avšak dle některých autorů značně zjednodušené. Do expresivních aspektů řadí mluvenou řeč, psaní, gestikulaci a do receptivních porozumění, čtení a porozumění gestům druhých. Setkáváme se i s dělením afázií na motorickou a senzorickou, která byla navržena C. Wernickem (Love, Webb, 2009; Tanner, 2003). Love, Webb (2009) dále jako dichotomickou klasifikaci uvádí moderní rozdělení afázií dle výkonu řečové produkce, a to na fluentní a nonfluentní.

1.4.2 Bostonská klasifikace

Bostonská klasifikace je tzv. typickou klasifikací afázií, kterou vytvořili v 19. stol. P. P. Broca a C. Wernicke a která respektuje lokalizaci léze. Je zaměřena na lingvistické aspekty - opírá se o hodnocení pojmenování, porozumění, fluence a opakování mluvené řeči. Současně také vyšetřuje grafii. Nezaměřuje se však na vyšetření praxe, gnozie, orientace v prostoru apod. (Cséfalvay in Lechta a kol., 2003; Čecháčková in Škodová, Jedlička, 2007).

Bostonská klasifikace rozlišuje následující typy afázií:

Brocova afázie

Jedná se o nonfluentní typ afázie, při které je postižení obvykle lokalizováno do přední části levé mozkové hemisféry. Brocova afázie je charakteristická těžce utvářenou a váhavou verbální produkcí, agramatismy (narušenou syntaxí), výskytem zkrácených vět či dysprozodií. Obsah slov (podstatných jmen, sloves) bývá neporušen, potíže se projevují v sestavování vět, které může vyústit v tzv. “telegrafickou řeč“, nebo v závažnějších případech může být řeč redukována na samostatná slova. Porozumění je u tohoto typu většinou jen mírně až středně narušeno, naopak opakování je narušené vždy (Davis, 2007; Love, Webb, 2009).

Wernickeho afázie

Při Wernickeho afázii je postižení lokalizováno do levé části mozkové hemisféry. Jedná se o fluentní typ afázie, u kterého je narušeno porozumění řeči a opakování. Vyskytují se četné parafrázie, nesmyslná slova, žargon⁴ a neologismy⁵. Větná struktura je zachována, avšak postrádá smysl. Opakování slov a vět je narušeno (Davis, 2007; Love, Webb, 2009).

Konduktivní (konduktivní) afázie

Konduktivní afázie je poměrně vzácný, fluentní typ afázie. Postižení bývá lokalizováno mezi Brocovou a Wernickeho areou. Projevuje se výraznými obtížemi v opakování, zejména složitějších a delších frází. Porozumění a artikulace bývají neporušeny, objevují se potíže s vyhledáváním slov, parafrázie, řeč je dysprozodická. Dále se vyskytují poruchy čtení a psaní (Davis, 2007; Love, Webb, 2009; Čecháčková in Škodová, Jedlička a kol., 2007).

Anomická afázie

Představuje klinicky nejlehčí typ afázie. Charakteristickým symptomem je problém s vyhledáváním správného výrazu, porozumění a opakování je obvykle intaktní (Davis, 2007; Čecháčková in Škodová, Jedlička a kol., 2007).

Transkortikální afázie

Jedná se o typ afázie, při které jsou léze lokalizovány mimo perisylvickou oblast⁶. Základní charakteristikou je zachovaná dobrá schopnost opakování. Transkortikální afázii můžeme dále dělit na transkortikální senzorickou, motorickou a smíšenou (Love, Webb, 2009; Davis, 2007).

⁴ Žargon – „užívání zkomolených slov (neologizmů) a vět, kterým ani sám postižený nerozumí“ (Dvořák, 2007, s. 230).

⁵ Neologismus – slovní novotvar, který je uměle sestavený nebo převzatý a který nenese žádný význam (Dvořák, 2007).

⁶ Perisylvická oblast – oblast, která se nachází na laterální straně dominantní hemisféry a která zahrnuje všechny hlavní arey a dráhy, které jsou zásadní pro jazykovou produkci a percepci (např. Brocova area, Wernickeho area, gyrus supramarginalis atd.) (Love, Webb, 2009).

Globální afázie

Globální afázie představuje nejtěžší typ, který je charakteristický narušením expresivní i receptivní stránky řeči. Z hlediska fluence se jedná o nonfluentní typ afázie, při kterém je vždy narušeno porozumění i řečová produkce. Porozumění může být lepší, zejména ve smyslu porozumění neverbální komunikaci (gestům, výrazům tváře apod.). Narušeno je i opakování (Davis, 2007; Love, Webb, 2009). Čecháčková (in Škodová, Jedlička a kol., 2007) dále uvádí, že globální afázie se vyskytuje v počátečním stádiu a poté se mění v některý jiný výše uvedený typ. V případě přetrvávající globální afázie se jedná o tzv. afatický syndrom se špatnou prognózou.

Na základě nedávných studií a rozvoje zobrazovacích metod v neurologii se můžeme setkat s novou kategorií, a to tzv. **subkortikální afázií**. Ta vzniká v důsledku poškození subkortikálních oblastí (především thalamu a bazálních ganglií). Subkortikální afázie je charakterizována fluentní řečovou produkcí s výskytem parafází a neologismů, zachovaným opakováním a relativně vysokou schopností porozumění (Love, Webb, 2009).

1.4.3 Klasifikace afázií podle Alexandra Romanoviče Luriji

Jedná se o klasifikaci významného ruského psychologa, neurologa a především zakladatele neuropsychologie A. R. Luriji, která je založena na koncepci funkčních bloků a zón mozku. Klasifikace nahlíží na afázii jako na součást tzv. funkčního systému, neorientuje se pouze na topiku léze mozku, ale definuje i primární defekt (Hrnčiarová, 2010; Cséfalvay in Lechta a kol., 2003; Čecháčková in Škodová, Jedlička a kol., 2007). Lurijova klasifikace zdůrazňuje funkční propojení mozku – propojení řeči a dalších psychických procesů a symbolických funkcí. Na základě této koncepce rozlišuje tři funkční bloky mozku:

1. blok – reguluje stav vědomí. Anatomicky se rozkládá od prodloužené míchy až po thalamus.

2. blok – aferentní blok - podílí se na přijímání, zpracování a ukládání informací z okolního světa smyslovými orgány. Anatomicky zahrnuje temporální, parietální a okcipitální laloky.

3. blok – eferentní blok - zajišťuje exekutivní funkce (plánování aktivit, regulace a kontrola psychické činnosti). Je tvořen frontálními laloky a limbickým systémem (Poruchy

krevního zásobení mozku – poruchy řeči: Lurijova klasifikace afázií, 2012; Hrnčiarová, 2010).

Vygotskij (1962) upozorňuje na to, že v průběhu vývoje dochází za předpokladu neporušené primární oblasti k diferenciaci jednotlivých zón mozku směrem nahoru. Výsledkem diferenciacie je funkční dominance terciární oblastí frontálních laloků v regulaci psychické činnosti člověka.

Lurija na základě lokalizace léze dělí afázie na následující typy:

a) Afázie vzniklé při lézích precentrálních (předních) oblastí mozku:

Dynamická

Dynamická afázie je dle Hrnčiarové (2010) jedním z nejsložitějších typů afázie. Základním rysem je porucha programování a struktury řeči, která se projevuje v úrovni aktivní komunikace, iniciace a v neschopnosti vyjádřit myšlenku, při zachované schopnosti pojmenování a opakování. Sledujeme potíže s používáním sloves, ve verbálních asociacích a při tvoření větných celků (Hrnčiarová, 2010; Čecháčková in Škodová, Jedlička a kol., 2007).

Eferentní motorická (kinetická – eferentní blok)

Jedná se o poruchu kinetické organizace řeči, způsobenou narušením plynulosti inervace a denervace. Projevuje se při přechodu z jedné hlásky na druhou ve smyslu neplynulosti, která přináší celkovou dezintegraci řeči (Hrnčiarová, 2010).

b) Afázie vzniklé při poškození postcentrálních (zadních) oblastí mozku

Aferentní motorická (kinestetická – aferentní blok)

Představuje typ afázie, který se projevuje narušením polohocitu hlásky, což vede k potížím s nalezením správné polohy jazyka a dalších artikulačních orgánů při artikulaci. Také se vyskytuje orální apraxie (Hrnčiarová, 2010).

Akusticko-mnestická

Při akusticko-mnestické afázii jsou přítomné mírné poruchy porozumění a snížená sluchová percepce, charakteristické je narušení sluchovo-řečové paměti (Hrnčiarová, 2010; Cséfalvay in Lechta a kol., 2003).

Senzorická

Dle Hrnčiarové (2010) se jedná o typ afázie, který je charakteristický narušením fonemické diferenciací, vnímání a porozumění řeči. Vyskytují se parafrázie a neologismy, řeč se stává nesrozumitelnou.

Sémantická

Sémantická afázie se projevuje narušením simultánní syntézy informací, tedy poruchou dekodování logicko-gramatických struktur (Hrnčiarová, 2010; Cséfalvay in Lechta a kol., 2003).

Amnestická

Představuje typ afázie, který je charakteristický poruchou nominativní funkce, která však není způsobena narušením optické paměti, senzorických či motorických deficitů. Porucha pojmenování vykazuje znaky centrálního defektu (Hrnčiarová, 2010).

1.4.4 Kimlova klasifikace afází

Kimlova klasifikace afází zastupuje taxonomii, která respektuje lokalizaci léze a stejně jako Bostonská klasifikace se orientuje na lingvistický deficit. Jednotlivé typy afází podrobně popisuje z foniatrického hlediska, kterými byla i nejvíce využívána (Čecháčková in Škodová, Jedlička a kol., 2007).

Afázie se dle této klasifikace dělí na:

Aphasia motorica (motorická afázie)

Motorická afázie se dále dělí na typ:

- *jargon* – vyskytují se neologismy, poruchy grafie a kalkúlie. Charakteristické jsou také potíže s chápáním složitějších větných celků.

- *anarthrie* – porozumění řeči je intaktní, projevuje se neschopností produkovat artikulovanou řeč (ibid.).

Aphasia sensorica (senzorická afázie)

Senzorickou afázi dále dělí na typ:

- *jargon* – jedná se o typ afázie s poruchou rozumění řeči, vyskytují se četné parafázie a neologismy, avšak je možné pochopení výpovědi.
- *dyslogický* – je charakteristický tzv. slovní zmateností.
- *amnestický* – při amnestickém typu se vyskytují potíže s vybavováním pojmů pro označení věcí nebo činností.

Aphasia totalis (totální afázie) (Čecháčková in Škodová, Jedlička a kol., 2007).

1.4.5 Hrbkova klasifikace

Klasifikace, jejímž autorem je český neurolog Jaromír Hrbek, řadí afázi do poruch kortikálních funkcí. Akceptuje kromě deficitů produkce a zpracování řeči také poruchy lexie, grafie, gnozie, orientace v prostoru, kalkule atd. (Poruchy krevního zásobení mozku – poruchy řeči: Klasifikace afází podle Hrbka, 2012).

Hrbek (1983, 1969) vychází z předpokladu, že základní mechanismus řeči je tvořen soustavou šesti korových okrků, kterými jsou:

Proprioceptivně-logestetický okrsek (PL)

Jedná se o okrsek, který je považován za nejvýznamnější pro řeč. Je hlavním programátorem vnitřní řeči a při poškození dochází ke vzniku afází.

Proprioceptivně-grafestetický okrsek (PG)

Představuje okrsek, který se podílí na plánování písma, koordinaci pohybů a převodu logestetických a optických podnětů. Při poškození vznikají agrafie.

Logomotorický okrsek (LM)

Okrsek, jenž řídí výkon mluvené řeči a při jeho poškození vzniká motorická afázie. Jedná se o narušení expresivní složky řeči při zachovaném porozumění.

Grafomotorická okrsek (GM)

Grafomotorický okrsek zodpovídá za výkon písma a koordinaci jemné motoriky při psaní. Poškozením vzniká agrafie.

Akustický okrsek (A)

Je oblastí pro vnímání a rozumění řeči. Při jeho poškození vzniká senzorická afázie.

Optický okrsek (O)

Optický okrsek je centrem pro vnímání a chápání psané řeči a jeho narušením vzniká alexie (Hrbek, 1983, 1969).

Čecháčková (in Škodová, Jedlička a kol., 2007) upozorňuje, že chybou této klasifikace je popření významu Wernickeova sluchového centra. Sluchové centrum nacházíme v oblasti supramarginalis dominantní hemisféry (Král a kol., 2012), avšak Hrbek do této oblasti řadí proprioceptivně logestetický okrsek. Naopak přínosem je akceptace kognitivních a gnostických procesů centrální nervové soustavy a zdůraznění parietálního laloku ve spojitosti s mechanismy řeči.

1.4.6 Olomoucká klasifikace

S olomouckou klasifikací se můžeme setkat na Neurologické klinice Fakultní nemocnice v Olomouci, na které také vznikla a vyvíjela se. Klasifikace nese některé prvky Hrbkovy koncepce, ale je také obohacena o poznatky dlouholeté diagnostiky a terapie podložené moderními zobrazovacími metodami. Obsah konkrétních kortikálních poruch je tvořen specifickými symptomy, které se pojí s určitou lokalizací léze. V rámci této klasifikace se setkáváme i s vyšetřením kognitivních funkcí, což lze považovat za podstatný přínos oproti lingvisticky orientovanému Bostonskému přístupu (Čecháčková in Škodová, Jedlička a kol., 2007; (Poruchy krevního zásobení mozku – poruchy řeči: Nová olomoucká klasifikace afázií, 2012).

Čecháčková (in Škodová, Jedlička a kol., 2007) rozlišuje následující typy afázií:

Expresivní

Jedná se neplynulý typ afázie vznikající při lézích frontálního laloku na rozmezí parietofrontální a frontotemporální oblasti. Je charakteristický výskytem parafází, těžko utvářenými slovy či větami, až produkcí tzv. slovních trosek. Vyskytuje se také narušení lexie a grafie.

Integrační

Příčinou vzniku integrační afázie je léze lokalizovaná v oblasti parietálního laloku nebo parietotemporálního a parietofrontálního pomezí. Příznačným znakem tohoto typu afázie je tzv. Gerstmanův syndrom⁷. Dále se může vyskytovat narušení lexie, kresby, výbavnosti slov, také mohou být přítomny mnestické obtíže.

Percepční

Při percepční afázii je narušeno dekodování a rozumění řeči, může se vyskytovat logorhea, perseverace a může docházet k anosognozii (neuvědomování si poruchy). Příčinou jsou léze v zadní části horního temporálního závitu a temporoparietálního pomezí.

Amnestická

Amnestická afázie vznikající při lézích parietálního laloku je považována za nejlehčí formu afázie. Projevuje se především anomii, parafáziemi a lehčími poruchami v oblasti grafie.

Globální (totální)

Jedná se o nejzávažnější poruchu kortikálních funkcí, při které je narušeno rozumění mluvené řeči, řečová produkce i orientace místem, časem a osobou. (Čecháčková in Škodová, Jedlička a kol., 2007)

1.4.7 Klasifikace podle Kertesze

Pro názornost uvádíme klasifikaci, se kterou se můžeme setkat v neuropsychologické literatuře. Jedná se o klasifikaci podle Kertesze, která je založena na vyšetření osob s afázií

⁷ Gerstmanův syndrom – vzniká při poškození parietálního laloku v gyrus angularis dominantní hemisféry a projevuje se fatickou poruchou, agraphií, akalkulií, alexií a agnozií prstů. (Velký lékařský slovník: Gerstmanův syndrom, 2008).

prostřednictvím testové baterie Western Aphasia Battery. Výsledkem je AQ⁸, na základě kterého je určen daný druh afázie (Kulišťák, 2003).

Kertesz využívá klasické názvosloví a afázie dělí na:

a) Neplynulé afázie

- globální (AQ = 10,5),
- Brocova (AQ = 31,7),
- izolovaná (AQ = 34,3),
- transkortikální motorická (AQ = 54,4),

b) Plynulé afázie

- Wernickeova afázie (AQ = 39,0),
- transkortikální senzorická afázie (AQ = 59,6),
- kondukční afázie (AQ = 60,5),
- anomická afázie (AQ = 83,3) (Kulišťák, 2003).

1.5 Diagnostika

Diagnostika získané orgánové nemluvnosti je ovlivněna koncepcí a celkovým chápáním poruchy. Stejně tak, jako existuje množství klasifikačních systémů, i v oblasti diagnostiky se můžeme setkat s řadou diagnostických metod a postupů.

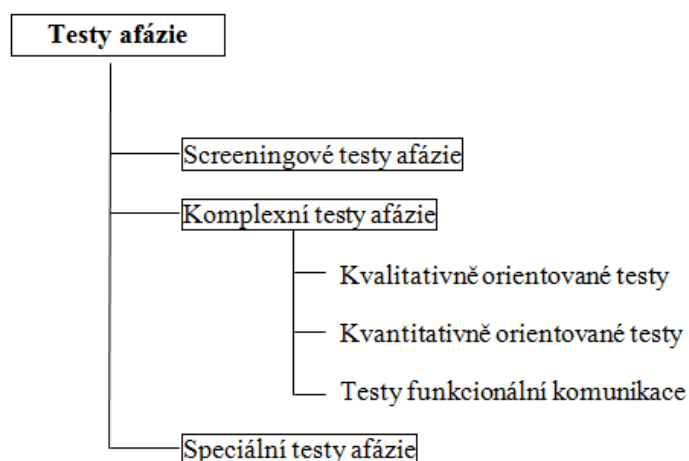
Proces diagnostiky je klíčovým úkolem pro následné plánování terapie. Obecně lze říci, že rozlišujeme dvě základní skupiny metod určených pro diagnostiku jazykových funkcí. Jedná se o kvantitativně zaměřené testy či kvalitativní metodiky, kterou je například lurijovský přístup (Cséfalvay, Wiedermann, Egryová, 2010). Zatímco v zahraničí existuje řada standardizovaných, komplexně zaměřených testových baterií k diagnostice afázie, v našich podmínkách je výběr poměrně omezený (ibid.).

ASHA (Aphasia: Assessment, 1997 – 2014) uvádí, že k diagnostice afázie mohou být využity standardizované testové baterie, nestandardizované postupy či jejich kombinace. Upozorňuje však na to, že výběr vhodné metody je založen na řadě faktorů, ale především na potřebách osoby s afázií. Moderní trendy v diagnostice afázie však

⁸ AQ – afatický kvocient (Kulišťák, 2003).

poukazují na nutnost zaměření se na pragmatickou stránku komunikace včetně psychosociálních důsledků tohoto narušení s využitím jak kvantitativních, tak kvalitativních přístupů (Cséfalvay in Lechta a kol., 2003; Cséfalvay, Košťálová in Cséfalvay, Lechta a kol., 2013; Cséfalvay in Cséfalvay a kol., 2007).

Jako názorné sledujeme dělení testů dle Cséfalvaye, Košťálové (2012, s. 305)



Obrázek 1: Klasifikace testů podle cíle vyšetření (Cséfalvay, Košťálová, 2012, s. 305).

1.5.1 Diagnostické metody uplatňované v ČR a SR

Diagnostika afázie byla v minulosti zejména v kompetenci neurologů, psychologů či neuropsychologů. Později se těžiště zájmu posunulo i do oblasti klinické logopedie. V klinické praxi se nejvíce rozšířilo využívání například Token testu, Vyšetření fatických funkcí, Diagnostika afázie, alexie a agrafie, test VAFO pro vyšetřování akutní fáze či první standardizovaný screening afázie MASTcz (Cséfalvay, Košťálová in Cséfalvay, Lechta a kol., 2013).

K tomu, aby byla diagnostika komplexní, by měla být vyšetřena oblast:

- spontánní řeči,
- porozumění,
- opakování,
- pojmenování,
- psané řeči (čtení, psaní) (Cséfalvay in Lechta a kol., 2003).

V následující části textu podrobněji přiblížíme charakteristiku vybraných diagnostických metod.

Klinické vyšetření vycházející z lurijovské metodologie

Jedním z diagnostických přístupů, je metoda A. R. Luriji a jeho neuropsychologické školy. Cséfalvay, Košťálová (in Cséfalvay, Lechta a kol., 2013) se však domnívají, že tento přístup není dostatečně rozšířen mezi logopedy a psychology u nás, ani ve světě. Základní charakteristikou neuropsychologických metod je nestandardizovaná kvalitativní analýza, která vychází z již zmíněné koncepce funkčního propojení mozku. Vyšší korové funkce jsou dle této teorie chápány jako systém komponentů, které se do systému zapojují podle toho, o jaký úkol se jedná (např. mluvení, psaní apod.). Lurijovská škola poukázala na to, že porušením jednoho komponentu může dojít k dezintegraci celého systému (Hrnčiarová, 2010; Cséfalvay, Košťálová in Cséfalvay, Lechta a kol., 2013).

Průběh celého vyšetření je zahájen sestavením anamnézy prostřednictvím rozhovoru, který současně orientačně mapuje stav verbální i neverbální komunikace v kontextu globálního pohledu na pacienta. Následuje podrobné vyšetření praxe, gnózie (akustické i optické), expresivní a impresivní řeči. Podrobnější rozpracování celého vyšetření nalezneme v publikaci Hrnčiarové (2010) „*Afázia, diagnostika, klasifikácia, terapia*“.

Klinické vyšetření vycházející z kognitivně-neuropsychologické teorie

Jedná se o klinické vyšetření, které vychází z kognitivně-neuropsychologické teorie a které zahrnuje Vyšetření fatických funkcí (Cséfalvay, Košťálová, Klimešová, 2003) a Diagnostiku afázie, alexie a agrafie (Cséfalvay, Egryová, Wiederman, 2007). Obdobně jako lurijovská koncepce předpokládá funkční propojení mozku, tedy narušením jednoho komponentu je ovlivněn celý systém (Cséfalvay, Košťálová in Cséfalvay, Lechta a kol., 2013).

Diagnostika afázie, alexie a agrafie (DgAAA) má kvalitativní charakter a zaměřuje se na oblast porozumění mluvené řeči, řečové produkce, psaní a čtení. Výsledky vyšetřované osoby jsou detailně analyzovány a následně je popsáno, které oblasti byly narušeny (ibid.).

Vyšetření fatických funkcí (VFF) je diagnostický materiál, který vznikl v roce 2002 – 2003. V současné době se setkáváme již s revidovanou verzí z let 2009 – 2012.

Zaměřuje se na hodnocení mluvené řeči, automatických řad, slovního a písemného pojmenování a čtení s porozuměním (ibid.).

Cséfalvay, Košťálová (in Cséfalvay, Lechta a kol., 2013) dále uvádí speciální testy afázie a některých kognitivních funkcí, mezi které řadí např. *Test pojmenování obrázků*, *Mississippi Aphasia Screening Test (MASTcz)* nebo *Zkoušku vizuální pozornosti*. Vzhledem k modernímu trendu orientace na pragmatickou stránku komunikace se můžeme také setkat s *Dotazníkem funkcionální komunikace*, jenž mapuje důsledek jazykových poruch v běžné denní komunikaci (ibid.).

Token test

Test italských neuropsychologů De Renzi a Vignolo z roku 1962 je orientován na poruchy receptivní složky řeči a krátkodobou paměť. Standardní verze se skládá z deseti subtestů různé délky a obtížnosti. Test je založen na identifikaci a manipulaci plastových předmětů (kruh, čtverec) různých barev (černá, červená, modrá, bílá, zelená) a velikostí (malé, velké). Vyšetřující dává slovní instrukce, na základě kterých vyšetřovaná osoba reaguje buď dotykem, nebo manipulací s předměty (Turkyilmaz, Belgin, 2012; Cséfalvay in Lechta a kol., 2003).

1.5.2 Vybrané přístupy uplatňované v zahraničí

Cséfalvay, Košťálová (in Cséfalvay, Lechta a kol., 2013) dělí diagnostické postupy do následujících kategorií:

Screening afázie

Screening afázie se uplatňuje především v akutní fázi onemocnění, případně jako orientační vyšetření. Zaměřuje se na vyšetření automatismů, pojmenování, opakování, spontánní řečové produkce, porozumění a psaní na diktát. Jako příklad uvádíme *Mississippi Aphasia Screening Test* či *Aphasie Schnell Test* (Cséfalvay, Košťálová in Cséfalvay, Lechta a kol., 2013).

Komplexní hodnocení jazykových deficitů

Mezi komplexní testy, které se zaměřují na diagnostiku jazykových deficitů, se řadí již zmiňovaný *Western Aphasia Battery (WAB)*. V současnosti se jedná o jeden

z nejužívanějších testů Severní Ameriky, ale také dalších zemí Evropy. Skládá se ze subtestů, které hodnotí spontánní řeč, porozumění, opakování, pojmenování, lexii, grafii, praxii, konstrukční, vizuoprostorové a kalkulační schopnosti. Získané výsledky z prvních čtyř oblastí je možné kvantifikovat a určit tak kvocient afázie (AQ). Výsledky z oblastí čtení a psaní se získává kvocient jazykového narušení (LQ – language quotient) (Kertesz, 1982; Cséfalvay, Košťálová in Cséfalvay, Lechta a kol., 2013; Cséfalvay in Cséfalvay a kol., 2007).

Mezi další komplexní testy řadí Cséfalvay, Košťálová (in Cséfalvay, Lechta a kol., 2013) *Aachener Aphasia Test*, *Comprehensive Aphasia Test* či *Psycholinguistic Assessment of Language Processing in Aphasia*.

Testy specifických jazykových funkcí

Jedná se o heterogenní skupinu testů, které vyšetřují určitou specifickou jazykovou schopnost. Jako zástupce této skupiny uvádíme *The Boston Naming test*, který je zaměřen na pojmenování obrázků. Delší verze obsahuje 60 položek, kratší 15. Jednotlivé položky zobrazují běžné objekty a jsou seřazeny podle obtížnosti. Cílem je, aby vyšetřovaná osoba jednotlivé objekty pojmenovala. Tento test byl standardizován ve více zemích a užívá se také jako součást jiných testových baterií (Cséfalvay, Košťálová in Cséfalvay, Lechta a kol., 2013; Cséfalvay in Cséfalvay a kol., 2007). Mezi další testy specifických schopností dále řadíme již zmíněný *Token test*, *Reporter's test*, *Bilingual Aphasia test* a další (Cséfalvay in Cséfalvay a kol., 2007).

Hodnocení funkcionální komunikace a konverzace

Skupina těchto diagnostických metod vychází ze zkušeností, že ne vždy se v testech jazykových deficitů projeví schopnost komunikovat v běžných denních situacích. Jako příklad uvádíme test *Communicate Activities of Daily Living (CADL-2)*, v rámci kterého má osoba s afázií řešit situace běžného denního života (nakupování, návštěva lékaře apod.) s využitím kterékoliv modality (řeč, psaní, gesta, apod.) (Cséfalvay, Košťálová in Cséfalvay, Lechta a kol., 2013).

1.6 Terapie

Stejně tak, jako jsme vymezili různé koncepce a pojetí klasifikačních systémů a diagnostických přístupů k získané orgánové nemluvnosti, v oblasti terapeutických přístupů tomu není jinak. Jak již bylo uvedeno, symptomatologie afázie je velice variabilní a každá osoba s tímto narušením vyžaduje individuální terapeutický přístup, který bude přesně odpovídat jejím potřebám, možnostem a schopnostem.

S termínem terapie se v logopedii setkáváme ve smyslu odstranění poruchy, odchylky či zmírnění následků postižení (Dvořák, 2007). Dále se ve stejné souvislosti vyskytují pojmy, jako je reedukace řeči, rehabilitace, obnovování řeči, neuropsychologická rehabilitace apod. (Hrnčiarová, 2010). Pro potřeby diplomové práce se přikláníme k terminologii, kterou užívá Cséfavlay (in Lechta a kol. 2011). Ten hovoří o terapii afázie.

ASHA (Aphasia: Treatment, 1997-2014) definuje obecné cíle terapeutického působení, mezi které řadí:

- obnovení jazykových schopností působením na všechny narušené komunikační modality,
- podporu neporušených jazykových modalit a jejich uplatňování v komunikaci,
- kompenzaci jazykových deficitů prostřednictvím augmenativních a alternativních metod komunikace,
- vzdělávání rodinných příslušníků a pečujících osob o efektivní komunikaci s osobami s afázií,
- vzdělávání osob s afázií, rodinných příslušníků, pečujících a dalších významných osob o povaze poruch mluvené či psané řeči, o průběhu léčby a prognóze.

Hrnčiarová (2010) vymezuje základní principy neuropsychologické terapie osob s afázií. Jedná se o:

psychofyzilogické principy,

Cílem je na základě neuropsychologické analýzy nalézt mechanismy centrálního defektu, vytvářet funkční systémy, opírat se o různou úroveň organizace psychických funkcí, uplatňovat princip kontroly aj.

psychologické principy,

Psychologické principy zdůrazňují nutnost respektovat osobnost pacienta, využívat zachované formy verbální a neverbální komunikace, opírat se o praktickou činnost pacienta, aj.

psychologicko – pedagogické principy.

Zahrnují princip posloupnosti od jednoduchého ke složitějšímu atd.

Dle Elman (in LaPointe, 2011) existují dva modely terapie – medicínský a sociální. Tradiční – medicínský model, pojímá narušení jako individuální problém jednotlivce a zaměřuje se na jeho odstranění. Naproti tomu stojí tzv. sociální model, který vnímá narušení v kontextu osobního, fyzického, environmentálního a společenského faktoru. V pojetí Cséfalvaye (in Lechta a kol. 2011) dominují v terapii afázie dva hlavní směry, a to kognitivně-neuropsychologický přístup a funkcionálně orientovaná terapie.

a) Kognitivně-neuropsychologický přístup

Zdrojem kognitivní neuropsychologie je dle Kulišťáka (2003) experimentální psychologie, která vytváří modely normální kognice. Cílem je charakterizovat výkon pacienta s poškozením mozku, srovnat jej s modely normální kognitivní činnosti a na základě toho formulovat závěry.

V kontextu terapie afázie se jedná o přístup, který vychází z modelu jazykových procesů. Terapie je založena na důkladném vyšetření, na základě kterého se formulují hypotézy o místě a charakteru léze. V našich podmínkách se s tímto přístupem však setkáváme ojediněle (Cséfavlay in Lechta a kol. 2011).

b) Pragmaticky zaměřené terapie

Pragmaticky zaměřené terapie představují směr, který se neorientuje na jednotlivé jazykové deficity, ale na zlepšení každodenní komunikace jako celku. Vycházejí z předpokladu, že člověk s afázií například po cévní mozkové příhodě, se dostává do sociální izolace, což má za následek nedostatečné množství komunikačních příležitostí a tím i nedostatečnou příležitost k rozvíjení stávajících schopností a dovedností. Současně je u těchto terapií nutná aktivní účast osoby s afázií s využitím kteréhokoliv způsobu

dorozumívání. Akceptuje se i výskyt agramatismů a parafází (Cséfalvay in Cséfalvay a kol., 2007; Cséfalvay in Lechta a kol., 2011).

Jako příklad pragmaticky zaměřených terapií uvádíme:

PACE (Promoting Aphasic's Communicative Effectiveness)

Jedná se o jednu z nejznámějších pragmaticky orientovaných terapií, která využívá rozhovoru mezi terapeutem a klientem jako základního nástroje pro učení. Cílem terapie je stimulovat spontánní komunikaci. Využívá k tomu kresbu, obrázky a další vizuálně stimulující podněty, které vedou klienta k produkci nápadů (Vega, 2008). Tato technika se také velice často využívá ve skupinové terapii (Cséfalvay in Lechta a kol., 2011).

Konverzační trénink

Jedná se o velice rozšířenou techniku klinické praxe, jejíž autorkou je Audrey Holland z Arizony. Tato strategie se zaměřuje na zvýšení komunikační důvěry prostřednictvím předepsaných rozhovorů, které sestavuje terapeut společně s klientem. Po sestavení a nácviku scénáře se přidává další osoba, která však s obsahem není seznámena. Cílem terapie je, aby osoba s afázií předala potřebné informace této osobě. Logoped vstupuje do terapie v případě potřeby klienta a pomáhá mu identifikovat nejúčinnější komunikační strategie (Davis, 2011; Cséfalvay in Lechta a kol., 2011).

Jiné rozdělení uvádí Národní asociace afázie (*National Aphasia Association*) (Davis, 2011). Rozlišuje dvě kategorie terapií:

a) Terapie zaměřené na jazykové deficit

Cílem těchto terapií je zlepšení jazykových funkcí, při kterých logoped přímo stimuluje porozumění, mluvenou řeč, čtení a psaní. Jako zástupce tohoto druhu terapií uvádíme např. Melodicko-intonační terapii (MIT), jejímž zakladatelem je Robert Sparks z Bostonu. Terapie je založena na sérii kroků, v rámci kterých osoba s afázií uměle produkuje melodické věty. Je vhodná pro osoby s těžkým typem afázie, u kterých je dobré porozumění vzhledem k nutnosti spolupráce (Davis, 2011). Dle Cséfalvaye (in Cséfalvay a kol., 2007) je tato terapie vhodná pro osoby s nonfluentním typem afázie, u kterých je minimální řečová produkce, nebo se vyskytují pouze neologismy či perseverace slabik.

Dále do tohoto druhu terapie řadíme tzv. Telerehabilitation (TR). Jedná se o odvětví telemedicíny, při které jsou terapeutické postupy aplikovány prostřednictvím informačních technologií a telekomunikačních systémů. Hlavním motivem vzniku tohoto druhu terapie bylo nabídnout služby pro jedince, kteří žijí daleko od zdravotních středisek, nebo kteří mají pohybový deficit (Fridler, Rosen, 2012; Davis, 2011).

b) Terapie na bázi komunikace

Tento druh terapie se zaměřuje na zlepšení komunikace jakýmkoliv prostředky. Jedná se o pragmaticky orientované terapie, které zahrnují interakci v reálném životě. Spadají sem již zmíněné techniky PACE a Konverzační trénink (Davis, 2011).

Další z forem je skupinová terapie, které se budeme podrobněji věnovat v následující kapitole.

2 SKUPINOVÁ LOGOPEDICKÁ INTERVENCE

Současné pojetí logopedické intervence zdůrazňuje nutnost multidisciplinárního přístupu. Při terapii spolupracuje řada oborů, jako je např. psychologie, neurologie, psychiatrie, fyzioterapie a mnohé další. Komplexně - teoreticky i prakticky se terapií narušené komunikační schopnosti zabývá logopedie. Logoped je součástí rehabilitačního týmu společně s neurologem, internistou, neuropsychologem, psychologem, ergoterapeutem a fyzioterapeutem (Lechta in Lechta a kol., 2005; Kulišťák in Preiss a kol., 2006).

Logopedii řadíme do soustavy věd o člověku, v užším pojetí spadá do oblasti speciálněpedagogických disciplín. Dle Lechty (in Lechta a kol. 2005) definujeme logopedii jako interdisciplinární vědní obor, jehož předmětem je zkoumání zákonitostí vzniku, eliminace a prevence narušené komunikační schopnosti. V moderním pojetí je logopedie chápána jako věda, která zkoumá příčiny, projevy, následky, možnosti diagnostiky, terapie a prevence v oblasti narušené komunikační schopnosti. Z pohledu Dvořáka (2007, s. 112) charakterizujeme logopedii jako *„obor zabývající se fyziologií a patologií mezilidské komunikace ve všech aspektech, který se opírá o nozologické jednotky MKN⁹“*.

2.1 Logopedická intervence

Terminologickému vymezení oblasti působnosti práce logopeda panovala v historii značná nejednotnost. Setkáváme se s termíny jako např. „výchova řeči“, nebo „rozvoj, výchova a vzdělávání“ (Sovák, 1978; Lechta in Lechta a kol., 2005). Tyto termíny se však neujaly. V současném pojetí logopedie uplatňujeme termín „logopedická intervence“. Intervence pochází z anglického *intervene*, což znamená zasahovat do, zakročit. Logopedickou intervencí rozumíme aktivitu, která je specifická pro logopeda ve všech jejích oblastech. Je realizována jako zákrok v něčí prospěch, nebo do nějakého jevu. Je užívána také jako synonymum reedukace či terapie (Lechta in Lechta a kol., 2005; Dvořák, 2007).

Sovák (1978) spatřoval hlavní úlohu logopedie v rozvíjení mateřského jazyka, v prevenci a péči o vady a poruchy. V moderním pojetí je cílem logopedické intervence **identifikovat, eliminovat**, zmírnit či alespoň překonat narušenou komunikační schopnost,

⁹ MKN – „Mezinárodní klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů“ (Dvořák, 2007, s. 118).

nebo **předejít** tomuto narušení. Je realizována na třech, vzájemně se prolínajících úrovních. Jedná se o oblast diagnostiky, terapie a prevence (Lechta in Lechta a kol. 2005, 2011).

2.1.1 Východiska logopedické intervence

Lechta (in Lechta a kol. 2011) považuje za stěžejní východisko logopedické intervence úroveň komplexní diagnostiky, která se stává základem pro terapii narušené komunikační schopnosti. Diagnostika se v logopedii odehrává na třech úrovních. Konkrétně se jedná o vyšetření:

- **orientační** - odehrává se v rámci screeningu či depistáže,
- **základní** – je zaměřeno na určení konkrétního druhu narušené komunikační schopnosti,
- **speciální** – se orientuje na co nejpřesnější identifikaci (druh, stupeň) zjištěné narušené komunikační schopnosti (Lechta in Lechta a kol. 2011).

Lze tedy konstatovat, že hlavním a nejdůležitějším východiskem terapie je vyšetření speciální (ibid.).

2.1.2 Formy logopedické intervence

Nejzákladnější rozdělení forem logopedické intervence podle Borbonusa a Maihacka (2000) cituje Kerekrétiová (2009), a to na:

- individuální terapii,
- skupinovou terapii.

Individuální terapie je zaměřena na jednotlivce, zatímco skupinová pracuje s více než třemi klienty zároveň (Dvořák, 2007; Lechta in Lechta a kol., 2011).

2.2 Skupinová logopedická intervence

Individuální logopedická intervence v historii převládala nad skupinovou. Někteří autoři dokonce uvádí, že byla považována za méně významnou a v odborné literatuře byla opomíjena. Od roku 1950 se objevují první průkopnické práce a metodiky zabývající se zavedením skupin do procesu logopedické intervence. Účelem těchto skupin bylo využít reálných sociálních situací v procesu logopedické terapie a tím zlepšit řečovou produkci.

Nepatrný zájem se však opíral o rozvíjení porozumění a využití skupinové dynamiky. V současnosti se ve skupinové logopedické intervenci rovněž nevyužívá dynamiky skupiny. Většina moderních skupinových přístupů je zaměřena na individuální práci ve skupině, spíše než na simulaci přirozených mezilidských interakcí (Lieberman, Michael, 1986; Kearns, Simmons, 1985).

2.2.1 Vymezení termínu skupina

Termín *skupina* pochází z francouzského *groupe*. Původně byl používán ve výtvarném umění k označení předmětů, osob apod., které k sobě náležely. Odtud byl převzat do hovorové řeči, kde označoval vnitřní vztahy mezi věcmi, osobami atp. V současné době je tento termín jedním ze základních sociologických pojmů a v rámci některých systémů tvoří ústřední osu sociologického zkoumání (Geist, 1992).

Skupinu můžeme dle Lershe (in Taylor, Peplau, Sears, 2006) charakterizovat jako soubor osob, které jsou bezprostředně nebo zprostředkovaně ve vzájemném vztahu a navzájem na sobě závislé, přičemž tato příslušnost ke skupině není jen vnější, ale i vnitřní.

2.2.2 Druhy skupin

Sociologický slovník (Geist, 1992) vymezuje řadu druhů skupin, jako je např. skupina autoritářská, liberální, formální, neformální, atp. Pro potřeby diplomové práce však považujeme za dostačující základní rozdělení, a to na skupinu malou a velkou.

Geist (1992) charakterizuje **malou skupinu** podle Berelson-Steiner (1964) jako soubor lidí od dvou do nespecifikovaného, ale nepříliš velkého počtu lidí, kteří jsou ve vzájemných vztazích po rozsáhlejší časové období. Tento soubor lidí se v určitém ohledu odlišuje od ostatních, lidé jsou si vědomi svého členství ve skupině a osobní vztahy jsou chápány jako cíl sám o sobě. Někteří autoři ohraničují malou skupinu počtem cca do 30 lidí (Urbanovská, Škobrtal, 2012).

Velká skupina je vymezena z kvantitativního aspektu jako protiklad malé. Ve velké skupině se již nezná každý s každým, existují však různé vztahy. Velké skupiny mohou vznikat a fungovat přímo nebo nepřímo na základě obecných společenských vztahů (Geist 1992).

Dle Urbanovské a Škobrtala (2012) můžeme malé skupiny dále dělit. Pro příklad uvádíme rozdělení na skupinu primární a sekundární, kde kritériem je intimita vztahu. Další rozdělení je např. na skupinu formální a neformální, vlastní a nevlastní či členskou a referenční.

Jandourek (2012) rozlišuje skupinu společenskou a vrstevnickou. **Společenská skupina** je v jeho pojetí chápána jako jednotka populace, která je tvořena nejméně třemi osobami, které na sebe vzájemně trvale a přímo působí. Skupina má stabilní strukturu a prostřednictvím členství v ní jsou uspokojovány hmotné a duchovní potřeby. Naproti tomu **vrstevnická skupina** je tvořena lidmi, kteří sdílejí podobný nebo stejný sociální status a jsou přibližně stejného věku. Lidé v této skupině sdílejí některé činnosti, avšak mohou zde být i jedinci odlišní, např. co do úrovně vzdělání, rasy, víry či kultury.

2.2.3 Skupina v logopedické intervenci

V úvodu je nutno říci, že vzhledem k tomu, že v rámci logopedické péče je větší prostor věnován individuální terapii, literatura zabývající se problematikou skupinové logopedické intervence je značně omezená. Setkáváme se spíše s vymezením skupinové psychoterapie. Skupinová psychoterapie oproti skupinové logopedické intervenci pracuje s dynamikou skupiny a může ji provádět jen psychoterapeut s patřičným vzděláním a výcvikem.

Přesto však, jak uvádí Müller (2005), i logopedie jakožto součást speciální pedagogiky mimo výchovu, vzdělávání a celkový rozvoj klienta se zdravotním postižením, také působí terapeutickými prostředky, které mají své zdroje a východiska. Za jeden z hlavních zdrojů terapií využívaných v rámci speciální pedagogiky považuje psychoterapii, která využívá prostředky, které jsou svým charakterem speciální pedagogice blízké.

Psychoterapii můžeme definovat jako *„vědomé působení na duševní procesy, funkce a stavy, na osobnost, na poruchy a činitele, které je podmiňují, a to prostřednictvím specifických prostředků a zákonitostí, které se cílně a systematicky užívají ve formě určitého metodického postupu na obnovení zdraví“* (Dvořák, 2007, s. 163). Dle Kratochvíla (2009) se jedná o léčebné působení prostřednictvím psychologických prostředků. Dvořák (2007) dále uvádí, že psychoterapie může být individuální, skupinová, rodinná apod. Mimo psychoterapii

dále speciální pedagogika čerpá z fyzioterapie a dalších, na člověka zaměřených oborů, jako je např. psychologie, pedagogika, právo a filozofie (Müller, 2005).

Domníváme se, že skupinová psychoterapie je na základě výše uvedených skutečností jedním z hlavních zdrojů skupinové logopedické intervence. Skupinovou psychoterapii charakterizujeme jako postup, který k léčebnému působení využívá skupinovou dynamiku, tj. vztahy a interakce mezi členy a terapeutem a mezi členy mezi sebou navzájem (Kratochvíl 2009). Tímto se dle Kratochvíla (2009) odlišuje od individuální psychoterapie, kde je vztah mezi terapeutem a jedním pacientem, ale také od psychoterapie hromadné či kolektivní. Důležitým prvkem, který se uplatňuje ve skupinové psychoterapii, je skupinová dynamika. Do té řadíme cíle a normy skupiny, role ve skupině, koheze a tenze, projekce minulých zkušeností apod. (Kratochvíl 2009).

Naproti tomu Lieberman, Michael (1986) hovoří o skupinové logopedické intervenci v souvislosti s tzv. „skupinou kooperativního učení“. Ta je složena ze dvou a více účastníků spolupracujících tváří v tvář, kteří jsou si vědomi příslušnosti ke skupině a kteří se snaží dosáhnout společných cílů. Mezi hlavní charakteristiky této skupiny řadí:

- vzájemnou závislost – k dosažení společných cílů je nutná spolupráce členů skupiny,
- interakce tváří v tvář,
- individuální odpovědnost – každý člen je zodpovědný za dosažení svých vlastních cílů,
- interakční a skupinové dovednosti, které jsou nutné pro spolupráci ve skupině.

K některým základním principům při sestavování tzv. kooperativních logopedických terapeutických skupin Lieberman, Michael (1986) stanovili následující podmínky:

- **specifikování cílů,**
Pro samotnou terapii je důležité stanovení individuálních, ale i skupinových cílů.
- **určení velikosti skupiny,**
Velikost skupiny se odvíjí od sociální zralosti členů, materiálů, aktivit a také od časového rozvržení terapeutického sezení.

- **vytvoření struktury skupiny,**

Skupina může být sestavena z jednotlivců s různým druhem narušené komunikační schopnosti. Výhodou takovéto skupiny je, že každý jednatel může vynikat. v různých oblastech.

- **uspořádání skupiny,**

Ideálním rozmístěním, je uspořádání do kruhu, kde na sebe jednotliví členové vzájemně vidí a mohou pracovat se společnými materiály.

- **přiřazení skupinových rolí,**

Role jsou v rámci skupiny přiřazeny na základě individuálních vlastností a schopností. Může být např. ve skupině osoba, která má na starost zajištění, zda všichni rozumí zadání, nahrávání skupinové diskuse, atd.

- **strukturování materiálů.**

Výběr a rozptřzení vhodných materiálů (Lieberman, Michael, 1986).

Jednotlivá sezení by měla být zakončena hodnocením terapie, evaluací jazykových schopností klientů, ale také závěrečnou diskusí (ibid.).

2.3 Skupinová logopedická intervence u osob se získanou orgánovou nemluvností

Diagnóza získané orgánové nemluvnosti s sebou přináší nejen obtíže v oblasti komunikace, ale výrazně ovlivňuje celkovou osobnost člověka, ať už po stránce emocionální, sociální či osobnostní. Často se také setkáváme se sociální izolací, ať už z důvodu narušené komunikační schopnosti nebo pohybového deficitu. Terapie získané orgánové nemluvnosti přispívá ke zlepšení komunikační schopnosti člověka s afázií rozvíjením jazykových schopností, kompenzačními technikami případně osvojením si jiných metod komunikace (Cséfalvay in Cséfalvay a kol., 2007; Hrnčiarová, 2010; Aphasia: How is aphasia treated?, 2008).

2.3.1 Vymezení

Cséfalvay (in Lechta a kol., 2011) poukazuje na to, že v historii jednoznačně převládala individuální logopedická terapie nad skupinovou. V současné době však

zaznamenáváme posun ke skupinové terapii v rámci pragmaticky orientovaných terapií. Právě ty se totiž nejlépe realizují ve skupině.

Zatímco individuální logopedická terapie se orientuje na specifické potřeby člověka, skupinová logopedická intervence nabízí možnost využít nové komunikační dovednosti prakticky, v prostředí malé skupiny. Představuje na jedné straně prostředí, ve kterém má osoba s afázií možnost konverzovat s dalšími komunikačními partnery, na straně druhé slouží jako doplněk individuální logopedické péče (Cséfalvay in Cséfalvay a kol., 2007; Hrnčiarová, 2010; Aphasia: How is aphasia treated?, 2008).

Klippi (1996) uvádí, že obecně rozlišujeme tři typy skupinové logopedické terapie pro osoby s afázií. Konkrétně se jedná o:

- přístup zaměřený na terapii řeči,
- socio-terapeutický přístup,
- psychoterapeutický přístup.

Jiné dělení skupinové logopedické terapie osob s afázií uvádí Kearns (1986). Ten rozlišuje pět následujících typů.

Přímé

Přímé terapie jsou obvykle didaktické, strukturované a řídí se pokyny terapeuta. Podobají se terapii, která se využívá v individuální terapii.

Nepřímé

Nepřímé techniky jsou nestrukturované a do značné míry nedefinované v obsahu a postupu. Mohou sestávat z běžné konverzace, hraní rolí či výletů.

Sociolingvistické

Jedná se o terapii, která se zaměřuje na interaktivní komunikaci mezi účastníky s minimálním vedením a zásahy terapeuta. Jedním z cílů je maximalizace komunikace a zlepšení mezilidské komunikace.

Přechodné

Tento typ skupinové terapie je organizován za účelem pomoci klientů s afázií přizpůsobit se komunikačním deficitům a posílit schopnosti získané v individuální terapii prostřednictvím interakce ve skupině.

Udržovací

Jedná se o skupinu, která je zaměřena na udržování stavu po individuální terapii prostřednictvím pravidelné komunikace a stimulace prostřednictvím činností sociální povahy (Kearns, 1986).

2.3.2 Metody

Terapeutická skupina by měla být tvořena 3 až 5 pacienty, kteří vzájemně spolupracují, pomáhají si, soutěží. U těžších stupňů by skupina neměla přesahovat počet 5 – 6 osob (Hrnčiarová, 2010; Cséfalvay in Lechta a kol., 2011).

Mezi metody, které se mohou ve skupinové logopedické terapii využívat, patří:

Beseda

Beseda je dle Hrnčiarové (2010) charakterizována jako setkání, v rámci kterého je navozena příjemná atmosféra, která imituje přirozené prostředí a zároveň stimuluje verbální i neverbální komunikaci. Cílem je zapojit všechny členy skupiny prostřednictvím řečových cvičení, výtvarnou činností či zpěvem. Respektuje se však i rozhodnutí účastníka v případě, že se momentálně nemá chuť do aktivit zapojit. Můžeme rozlišit tři druhy besedy:

frontální – v rámci frontální besedy se členové skupiny pod vedením terapeuta zabývají pouze jedním určeným tématem.

frontálně – lokální – u tohoto typu besed spontánně vznikají v rámci skupiny malé podskupiny, které se zabývají daným tématem.

lokální – při lokální besedě terapeut rozdělí členy na několik podskupin, zadá téma rozhovoru a sám se staví do role zprostředkovatele dialogu (Hrnčiarová, 2010).

Témata besed mohou být předem připravená, nebo nepřipravená. Na tvorbě se podílí i samotní pacienti. Cílem je, aby témata byla zajímavá pro všechny členy skupiny a současně verbálně zvládnutelná (ibid.).

Dramatizace (hraní rolí, simulace reálných situací)

Cílem dramatizace neboli rolových her je ztvárnění životních scénářů. Tato metoda napomáhá vstupovat do různých situací, vytvořit si a emocionálně zpracovat zadané téma jak po stránce lexikální, tak gramatické. Tématy dramatizace mohou být situace, ve kterých osoby s afázií selhaly, nebo ze kterých mají obavy. Tato metoda má dobrý vliv na obnovení automatizované řeči, může také napomáhat pro přenesení situací do reálného života (Hrnčiarová, 2010; Cséfalvay in Cséfalvay a kol., 2007; Cséfalvay in Lechta a kol., 2011).

Kino

Tato metoda je založena na sledování filmů či dokumentů. Hrnčiarová (2010) tuto formu uvádí především z toho důvodu, že promítání filmů evokuje pacienty k diskusi, k opakování promluvy po hercích, ale také kvůli emocionální dimenzi (vnímání hudby, náboj filmu, apod.).

Řečové hry

Řečové hry jsou zaměřeny na obnovení či rozvoj expresivní i receptivní stránky řeči. Mohou mít i formu společenských her (ibid.). Zařazují se hry, jako je např. slovní kopaná, vyhledávání slovních kategorií podle počátečního písmene apod. (Kulišťák in Kulišťák a kol., 1997).

Památníky

Jedná se o vytvoření knihy, která zachycuje důležité momenty osoby s afázií, fotografie apod. (Cséfalvay in Lechta a kol., 2011).

Společné řešení problémů

Cílem této metody je formulace vlastních názorů a společné řešení problémů ve skupině. Společná diskuse vede účastníky skupiny k vyjádření vlastního názoru v bezpečném prostředí (Cséfalvay in Lechta a kol., 2011).

Mezi další metody skupinové logopedické intervence řadíme terapii kresbou, hudbou, pracovní terapii, realizování oslav svátků, rozpoznávání předmětů či obrázků, práce na sobě (Hrnčiarová, 2010; Cséfalvay in Cséfalvay a kol., 2007; Kulišťák in Kulišťák, 1997).

V rámci skupinové logopedické terapie je také důležité stimulovat všechny psychické funkce, tj. myšlení, paměť, pozornost, ale také motoriku, grafomotoriku apod. Důraz je kladen na využití sociálních vlivů na aktivaci řeči (Kulišťák in Kulišťák, 1997). Cséfalvay (in Cséfalvay a kol., 2007) dále upozorňuje na to, že volba vhodných metod pro skupinovou terapii závisí především na stupni afázie. U těžších stupňů je potřeba více strukturovaný program, iniciace a udržení konverzace, oproti skupinám s lehčími stupni afázie.

V následující podkapitole se budeme zabývat skupinovou logopedickou intervencí osob se získanou orgánovou nemluvností v zahraničí. Situaci v České republice následně detailně rozebereme v praktické části diplomové práce.

2.3.3 Skupinová logopedická intervence osob se získanou orgánovou nemluvností v zahraničí

V zahraničí se můžeme setkat s tzv. „*stroke clubs*“, tedy kluby, které jsou určeny pro osoby po cévní mozkové příhodě. Jedná o regionální podpůrné skupiny, které jsou obvykle organizovány ve většině velkých měst. Pomáhají osobám s diagnózou afázie vyzkoušet si nové komunikační dovednosti či strategie, ale také slouží jako nápomocná centra pro rodiny těchto osob. Pomáhají tak přizpůsobit se životním změnám, které s sebou afázie přináší (Aphasia: How is aphasia treated?, 2008).

V následující části textu bychom rádi přiblížili alespoň některé organizace, které se skupinovou logopedickou intervencí u osob s afázií zabývají.

Jednou z nich je například *Aphasia Center of California*, která vznikla jako první nezávislá organizace ve Spojených Státech Amerických a která poskytuje přímé služby pro jedince s afázií. Skupinové terapie zde fungují od roku 1994, kdy proběhly výzkumy, které prokázaly, že terapie ve skupině je pozitivní a přináší výrazné zlepšení v komunikačních dovednostech a v kvalitě života. V rámci centra jsou tvořeny individuální programy pro jednotlivé klienty. Centrum nabízí komunikační skupiny, knižní klub (*Aphasia Book Club*) zaměřený na podporu lexie a grafie, internetové služby, filmový klub, ale také

individuální logopedické terapie (Aphasia Center of California: Aphasia Treatment, 2014).

Mezi hlavní cíle centra patří:

- vzdělávání a poskytování poradenských služeb rodinným příslušníkům a blízkým osob s afázií,
- osobní cíle (zlepšení komunikačních schopností, dosažení maximální psychosociální pohody a kvality života),
- konverzační cvičení,
- osvojení si komunikačních strategií,
- konverzace ve skupině („cross talk“) (Bernstein-Ellis, Elman in Elman, 2007).

V USA nacházíme obdobných zařízení nespočet. Dalším z nich je například *Centrum pro výzkum a terapii afázie (Center for Aphasia Research and Treatment)* v Chicagu, které vzniklo v roce 2001 jako rehabilitační zařízení pro osoby s afázií. Poskytuje obdobné služby jako centrum v Kalifornii - tedy konverzační skupiny, čtenářský klub apod. Mimo to také nabízí intenzivní terapeutický program, který probíhá od pondělí do pátku, od 9:00 do 16:00. Účastníkům nabízí 30 hodin intenzivní logopedické terapie s využitím nejnovějších terapeutických technik (Rehabilitation Institute of Chicago: Center for Aphasia Research and Treatment, 2014).

Velmi zajímavý program nabízí Klinika pro poruchy komunikace Edwarda D. Mysaka při pedagogické fakultě v New Yorku. Organizuje dvě skupiny osob s afázií – a to v úterý a v sobotu. Úterní setkání probíhá jednu hodinu a v každé skupině je 10 – 20 pacientů na přibližně stejné úrovni. Setkání je zaměřeno na aktivity pro zlepšení komunikace, paměti, vyjadřování, porozumění a také na využití funkční komunikace v běžném životě. Sobotní setkání vždy připadají na první sobotu v měsíci, kdy se schází malé skupiny (4 – 6 účastníků). Ty jsou zaměřeny jednak na individuální potřeby pacientů, ale také na funkční komunikaci ve skupině. Probíhají v rámci těchto setkání snídaně, obědy, dále také různé relaxační techniky, hudební výchova. Zvláštností těchto sobotních setkání je zapojení komunity do terénních programů, návštěvy kulturních zařízení apod. (Edward D. Mysak Clinic for communication disorders: Aphasia Groups, 2014).

Ve Finsku zase funguje skupinová logopedická terapie buď jako doplněk k individuální terapii afázie, nebo jako přechodné prostředí po individuální terapii. Skupiny, které jsou zaměřené na rozvoj řeči, často používají přímé techniky, které jsou podobné

individuálním. Na druhou stranu také některé skupiny poskytují možnost socializace klientů. Skupinové logopedické intervence se skládají ze skupinových cvičení a diskusí, obvykle v závislosti na zvoleném tématu. Na začátku a na konci každého setkání je vymezen prostor pro volný rozhovor klientů (Klippi, 1996).

Situaci v České republice se budeme podrobněji věnovat v praktické části diplomové práce.

II PRAKTICKÁ ČÁST

3 VÝZKUMNÉ ŠETŘENÍ

V praktické části diplomové práce bychom rádi navázali na poznatky z části teoretické. Domníváme se, že skupinová logopedická intervence u osob se získanou orgánovou nemluvností je ve srovnání s individuální logopedickou terapií v našich podmínkách doposud méně rozšířená. Naše tvrzení je podloženo jednak zkušenostmi z klinické praxe a také nepříliš rozsáhlým zastoupením této problematiky v odborné literatuře.

3.1 Cíl výzkumného šetření

Výzkumnému šetření diplomové práce předcházela pravidelná, více než roční docházka do občanského sdružení Afázie v Šumperku, které se skupinovou logopedickou intervencí u osob se získanou orgánovou nemluvností zabývá. Po zkušenosti s touto formou logopedické terapie, ohlasy rodinných příslušníků a samotných klientů s afázií, nás vedlo zaměření diplomové práce ke stanovení následujících cílů.

Hlavním cílem diplomové práce bylo detailně zmapovat a vzájemně komparovat poskytovatele skupinové logopedické intervence pro osoby se získanou orgánovou nemluvností na území České republiky. Dalším cílem bylo také zjistit zkušenosti se skupinovou logopedickou intervencí z pohledu samotných osob s afázií a jejich rodinných příslušníků.

3.2 Výzkumný problém

Ve výzkumném šetření se zaměřujeme na problém rozšířenosti skupinové formy logopedické intervence pro osoby se získanou orgánovou nemluvností na území České republiky a reflexí osob s afázií a jejich rodinných příslušníků.

3.3 Výzkumné otázky

S odkazem na vymezené cíle diplomové práce jsme si stanovili následující výzkumné otázky:

Výzkumná otázka č. 1: Jaká je nabídka skupinové formy logopedické intervence pro osoby se získanou orgánovou nemluvností na území České republiky?

Výzkumná otázka č. 2: Jak hodnotí skupinovou logopedickou intervenci lidé s diagnózou získaná orgánová nemluvnost?

Výzkumná otázka č. 3: Jaký je pohled rodinných příslušníků osob se získanou orgánovou nemluvností na skupinovou logopedickou intervenci?

3.4 Metody získávání dat

K naplnění stanovených cílů jsme využili metod kvalitativního výzkumu. Ten byl realizován metodou kvalitativního dotazování prostřednictvím dotazníku. Tento typ získávání odpovědí se využívá dle Hendla (2005) především v pedagogickém výzkumu. Mimo rozhovory, interview, sem řadíme i dotazník s otevřenými otázkami (Hendl, 2005).

Dotazník je charakterizován jako „*soubor otázek předkládaných osobám ve standardní podobě za účelem zjištění specifických údajů*“ (Dvořák, 2007, s. 50). Autorka pracovala s dotazníky určenými pro tři skupiny respondentů. Konkrétně se jednalo o:

- poskytovatele skupinové logopedické intervence pro osoby s diagnózou afázie v České republice,
- klienty s diagnózou afázie, kteří navštěvují skupinovou logopedickou intervenci,
- rodinné příslušníky klientů, kteří dochází na skupinovou logopedickou intervenci.

Vzhledem k již zmíněnému faktu nízkého zastoupení této formy terapie, byl i počet respondentů omezený. Původním záměrem byla distribuce dotazníků pro klienty s diagnózou afázie a jejich rodinné příslušníky pouze v rámci občanského sdružení Afázie v Šumperku. Pro získání komplexnějšího náhledu na skupinovou formu terapie jsme však výzkumné šetření rozšířili na celou oblast České republiky.

Jednotlivé dotazníky byly konstruovány z otázek **otevřených**, ve kterých respondenti mohli odpovídat ve větách, **polouzavřených**, ve kterých dotazovaní vybírali z daných možností, ale mohli výběr doplnit, dále také z **dichotomických** a **nepravých dichotomických**, kde vybírali z možností *ano*, *ne*, případně *nevím*. Současně do dotazníků

byly zahrnuty položky **výběrové**, které předpokládají výběr jedné odpovědi a **výčtové**, které naopak nabízejí více možností výběru (Svoboda, 2012).

3.5 Charakteristika výzkumného souboru

V zájmu pozornosti výzkumného šetření stáli poskytovatelé, kteří pravidelně realizují skupinové logopedické intervence pro osoby se získanou orgánovou nemluvností na území České republiky. Dle Miovského (2006) je podstatou této metody výběr služeb nebo činností instituce, která je určena pro cílovou skupinu, která je předmětem našeho zájmu. Do výzkumu nebyli zapojeni pořadatelé rekondičních pobytů pro osoby po cévních mozkových příhodách.

Dále byly do výzkumného šetření zahrnuty osoby s afázií, které navštěvují skupinovou logopedickou terapii a jejich rodinní příslušníci.

3.6 Organizace a průběh výzkumného šetření

Výzkumné šetření bylo realizováno v následujících etapách:

- vyhledávání organizací, jež nabízí skupinovou formu terapie pro osoby se získanou orgánovou nemluvností, studium odborné literatury,
- tvorba dotazníků určených pro tři skupiny respondentů:
 - poskytovatele skupinové logopedické intervence pro osoby s diagnózou afázie v České republice,
 - klienty s diagnózou afázie, kteří navštěvují skupinovou logopedickou intervenci,
 - rodinné příslušníky klientů, kteří navštěvují skupinovou logopedickou intervenci,
- distribuce dotazníků vyhledaným organizacím, osobám s afázií a jejich rodinným příslušníkům,
- sběr a vyhodnocení získaných dat.

Prvotní fáze výzkumného šetření se zaměřovala na internetové vyhledávání organizací, které realizují skupinovou logopedickou intervenci pro osoby se získanou orgánovou nemluvností. Celkový přehled nalezených organizací uvádí tabulka 1.

Název zařízení	Město
Občanské sdružení Klub Afasie	Praha
Občanské sdružení ProAfázie	Brno
Soukromá klinika LOGO, s.r.o.	Brno
Občanské sdružení LOGO	Brno
Středisko logopedické péče při SSOŠ Hranice, s.r.o. ¹⁰	Hranice
Občanské sdružení Afázie	Šumperk

Tabulka 1: Přehled vyhledaných a oslovených poskytovatelů skupinové logopedické intervence pro osoby se získanou orgánovou nemluvností v ČR

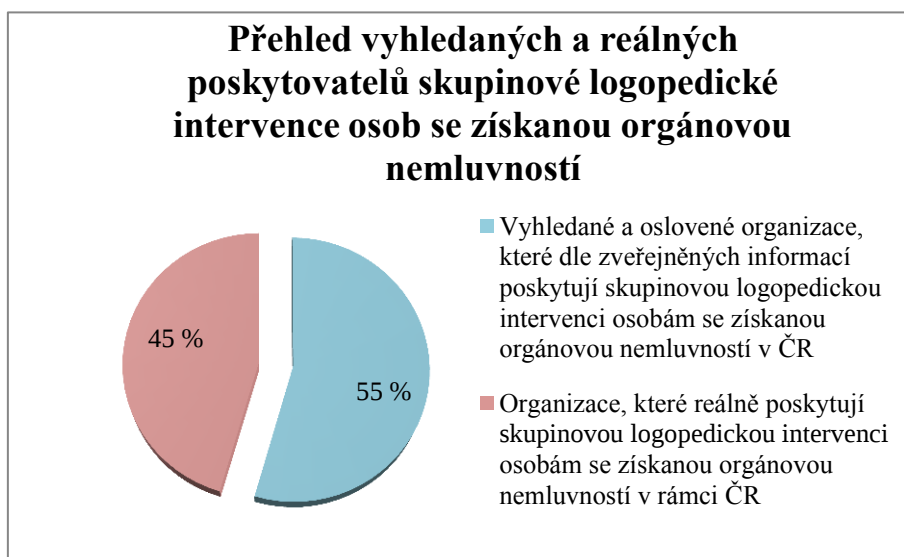
Po vyhledání organizací probíhala tvorba dotazníků určeným třem cílovým skupinám – organizacím poskytující skupinovou logopedickou intervenci osobám s afázií, osobám s afázií, kteří tuto formu terapie navštěvují a jejich rodinným příslušníkům. Po vyhotovení nástrojů sběru dat byly oslovovány jednotlivé organizace uvedené v tabulce 1, a to formou osobního, nebo e-mailového kontaktu. Na základě spolupráce všech oslovených organizací bylo zjištěno, že skupinovou logopedickou intervenci pro osoby se získanou orgánovou nemluvností nerealizuje a nikdy nerealizovalo Středisko logopedické péče při SSOŠ Hranice, s.r.o., a to z důvodů časových a finančních. Úvodní šetření tedy přineslo výsledek pěti organizací, které odpovídají charakteristice výzkumného souboru. Přehledný seznam uvádí tabulka 2.

Název zařízení	Město
Občanské sdružení Klub Afasie	Praha
Občanské sdružení ProAfázie	Brno
Soukromá klinika LOGO, s.r.o.	Brno
Občanské sdružení LOGO	Brno
Občanské sdružení Afázie	Šumperk

Tabulka 2: Přehled poskytovatelů skupinové logopedické intervence pro osoby se získanou orgánovou nemluvností v ČR

¹⁰ SSOŠ Hranice, s.r.o. – Soukromá střední odborná škola Hranice, s.r.o.

Procentuální zastoupení organizací vyhledaných vůči těm, které reálně poskytují skupinovou logopedickou intervenci pro osoby se získanou orgánovou nemluvností, znázorňuje graf 1.



Graf 1: Přehled vyhledaných a reálných poskytovatelů skupinové logopedické intervence pro osoby se získanou orgánovou nemluvností

Po navázání spolupráce s jednotlivými zařízeními probíhala distribuce nástrojů sběru dat. Dotazování bylo částečně anonymní. Tato fáze výzkumného šetření probíhala v průběhu měsíce ledna a února 2014. Distribuce probíhala formou osobního předání, poštovního či e-mailového zaslání. Dále byly dotazníky k dispozici v elektronické podobě na internetu.

a) Dotazník pro organizace poskytující skupinovou logopedickou intervenci osobám s diagnózou afázie

Vytvořený dotazník se na základě dané charakteristiky výzkumného souboru týkal celkem pěti organizací, které byly v prvotní fázi vyhledány. Tyto organizace byly nejdříve osloveny telefonicky, osobně, nebo prostřednictvím e-mailu. V případě kladného vyjádření a zájmu o spolupráci jim byl následně dotazník předán nebo zaslán. Přehled poskytovatelů, kteří souhlasili se zahrnutím do výzkumného šetření, uvádí tabulka č. 3.

Název zařízení	Město
Občanské sdružení Klub Afasie	Praha
Občanské sdružení ProAfázie	Brno
Soukromá klinika LOGO, s.r.o.	Brno
Občanské sdružení LOGO	Brno
Občanské sdružení Afázie	Šumperk

Tabulka 3: Přehled poskytovatelů skupinové logopedické intervence pro osoby se získanou orgánovou nemluvností v ČR, kteří souhlasili se zahrnutím do výzkumného šetření

Dotazník obsahoval celkem 16 položek. Ty se týkaly samotného průběhu a realizace skupinových logopedických terapií pro osoby s diagnózou afázie. Z celkových pěti odeslaných dotazníků se nám vrátilo pět. Návratnost tedy byla 100 %. Dotazník je součástí přílohy č. 1.

b) Dotazník pro klienty s diagnózou afázie, kteří navštěvují skupinovou logopedickou terapii

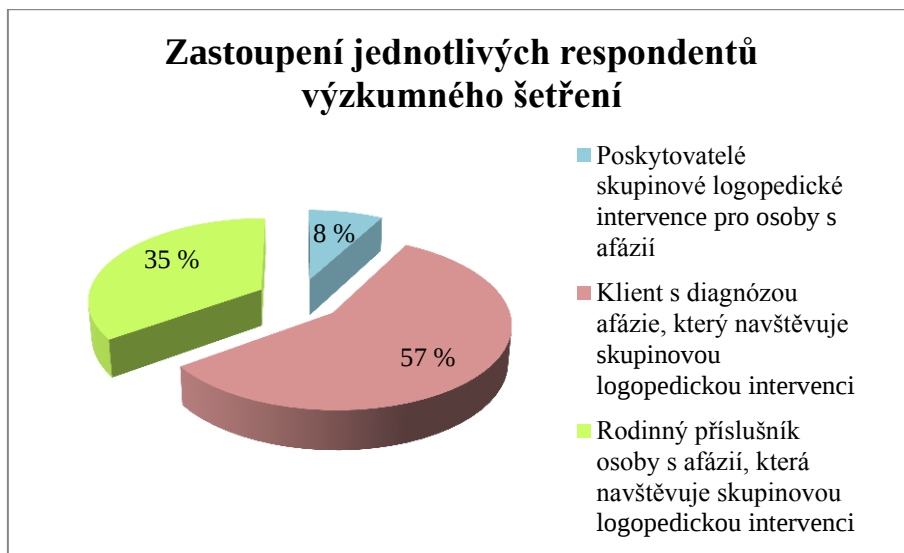
Dotazník byl distribuován klientům formou osobního předání, nebo na základě předchozí dohody prostřednictvím zařízení, do kterého dochází na skupinovou logopedickou terapii. Rovněž byl přístupný v elektronické podobě na webových stránkách www.survio.com. Jednalo se o anonymní dotazník obsahující celkem 11 položek, který u respondentů zjišťoval osobní údaje, celkové hodnocení a přínos skupinové logopedické intervence. Celkově se druhé části výzkumného šetření zúčastnilo 36 osob. Dotazník je součástí přílohy č. 2. Vzhledem k symptomatologii afázie spolupracovali na vyplnění organizace či blízké osoby.

c) Dotazník pro rodinné příslušníky klientů s diagnózou afázie, kteří navštěvují skupinovou logopedickou terapii

Třetí část výzkumného šetření byla rovněž anonymní a byla určena rodinným příslušníkům případně blízkým osobám klientů s diagnózou afázie, kteří dochází na skupinovou logopedickou terapii. Dotazník, jenž je součástí přílohy č. 3, se skládal ze 12 otázek a u respondentů zjišťoval, jakým pohledem vnímají skupinové logopedické terapie pro osoby s afázií. Distribuce probíhala stejnou cestou, jako u předchozího, tedy buď formou osobního předání, nebo prostřednictvím organizace pořádající skupinové terapie.

Stejně tak byl k dispozici v elektronické podobě na webových stránkách www.survio.com. Celkem se výzkumného šetření zúčastnilo 22 respondentů.

Zastoupení respondentů jednotlivých částí výzkumného šetření znázorňuje graf 2.



Graf 2: Celkový přehled respondentů výzkumného šetření

Celkem se výzkumného šetření zúčastnilo 5 poskytovatelů skupinové logopedické intervence pro osoby se získanou orgánovou nemluvností, 36 osob s diagnózou afázie, kteří navštěvují tuto formu terapie a 22 jejich rodinných příslušníků. V následující kapitole se budeme věnovat vyhodnocením a interpretaci výsledků výzkumného šetření.

4 INTERPRETACE ZÍSKANÝCH ÚDAJŮ

Hlavním cílem diplomové práce bylo detailně zmapovat a vzájemně komparovat poskytovatele skupinové logopedické intervence pro osoby se získanou orgánovou nemluvností na území České republiky. Dalším z vytyčených cílů bylo získat zpětnou vazbu od klientů, jež tuto formu terapie využívají a jejich rodinných příslušníků. K naplnění těchto vytyčených cílů vedlo kvalitativní dotazování adresované pro tři cílové skupiny. V následující části textu podrobně rozebereme získané výsledky výzkumného šetření.

4.1 Analýza výsledků dotazníkového šetření zaměřeného na organizace poskytující skupinovou logopedickou intervenci osobám s diagnózou afázie

První část výzkumného šetření byla zaměřena na organizace poskytující skupinovou logopedickou intervenci osobám se získanou orgánovou nemluvností na území České republiky. V pilotní části bylo vyhledáno celkem pět organizací, které splňovaly požadavky výzkumného souboru a které souhlasily se zapojením do šetření. Celkový přehled uvádí tabulka 4.

Název zařízení	Město	Adresa	www
Občanské sdružení Klub Afasie	Praha	Wuchterlova 11, Praha 6 - Dejvice, 160 00	www.klubafasie.com
Občanské sdružení ProAfázie	Brno	FN Brno Bohunice, Jihlavská 20, 625 00 Brno	www.proafazie.cz
Soukromá klinika LOGO, s.r.o.	Brno	Vsetínská 20, 639 00 Brno	www.moje-klinika.cz
Občanské sdružení LOGO	Brno	Vsetínská 20, 639 00 Brno	www.oslogo.cz
Občanské sdružení Afázie	Šumperk	Obchodní korzo, Dr. E. Beneše, 5, 787 01 Šumperk	www.afazie.cz

Tabulka 4: Organizace poskytující skupinovou logopedickou intervenci osobám s afázií na území ČR

V následující části textu se budeme věnovat vyhodnocení jednotlivých položek dotazníku.

1. Od kterého roku Vaše organizace nabízí možnost navštěvovat skupinové logopedické terapie osob s afázií?

V první otázce výše uvedení respondenti odpovídali na to, od kterého roku nabízí skupinovou logopedickou intervenci pro osoby s afázií. Jednotlivé odpovědi zobrazuje tabulka 5.

Název zařízení	Rok zahájení skupinové logopedické intervence pro osoby s afázií
Občanské sdružení Klub Afasie	„Od roku 2000. Původně bylo svépomocné sdružení, od roku 2001 jsou konverzační skupiny vedeny terapeutem.“
Občanské sdružení ProAfázie	„Pod hlavičkou občanského sdružení od roku 2010, předtím setkávání fungovala několik let jako svépomocná skupina.“
Soukromá klinika LOGO s.r.o.	„Od roku 2002.“
Občanské sdružení LOGO	„Od roku 2005.“
Občanské sdružení Afázie	„Od roku 2001.“

Tabulka 5: Rok zahájení skupinové logopedické intervence pro osoby s afázií

Názorněji rok zahájení skupinové logopedické intervence v České republice znázorňuje graf 3.



Graf 3: Rok zahájení skupinové logopedické intervence pro osoby s afázií v České republice v rámci jednotlivých zařízení

Vznik nabídky skupinové logopedické intervence pro osoby s afázií na území České republiky sledujeme v období od roku 2000 do roku 2010. Ze získaných dat lze konstatovat, že jako první zahájilo činnost v souvislosti se skupinovou logopedickou intervencí občanské sdružení Klub Afasie v Praze. Naopak nejpozději vzniklo občanské sdružení ProAfázie v Brně, avšak dotazovaní uvedli, že skupinová setkání v rámci sdružení byla realizována již o několik let dříve, formou svépomocné skupiny.

2. Jaký je zájem o tuto službu ze strany osob s afázií?

Zájem o službu skupinové logopedické intervence v jednotlivých zařízeních uvádí tabulka 6.

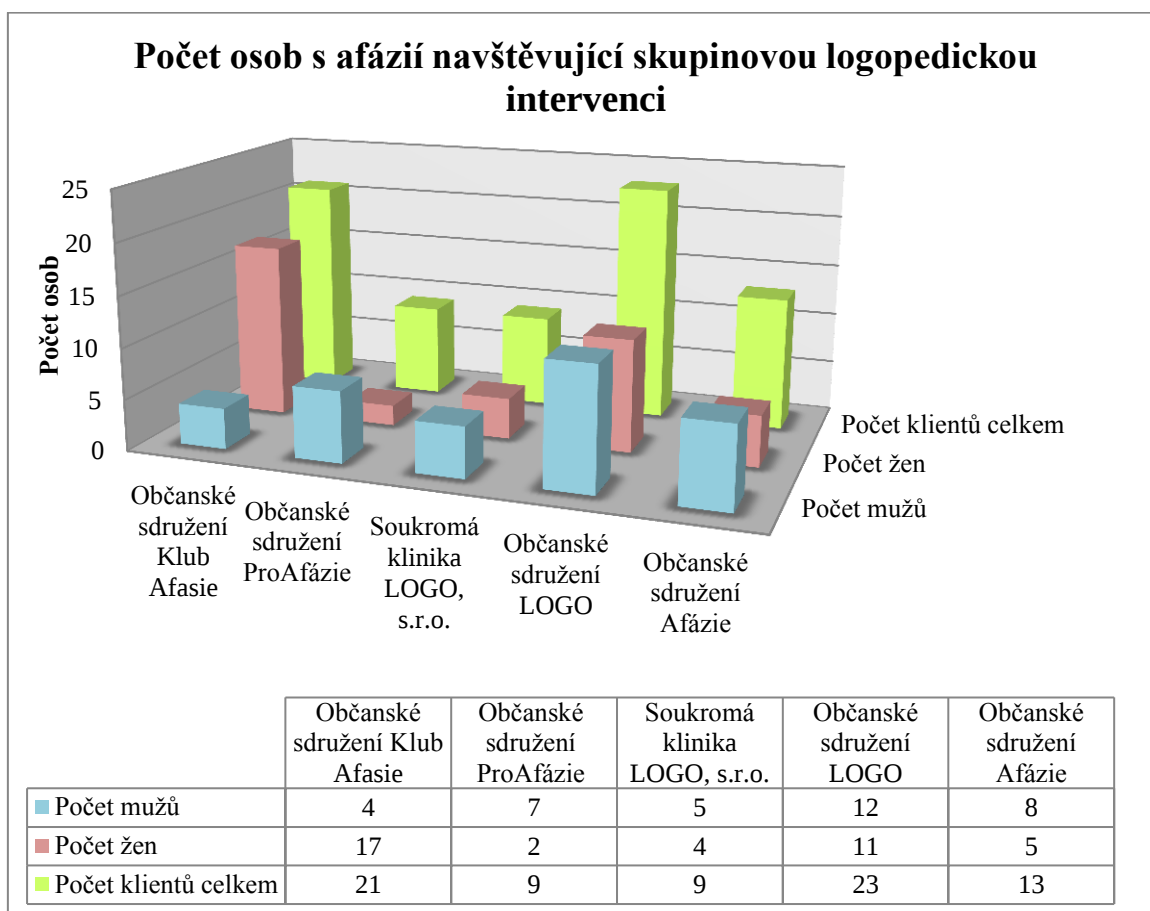
Název zařízení	Zájem o skupinovou logopedickou intervenci ze strany osob s afázií
Občanské sdružení Klub Afasie	<i>„Celkově pozorujeme vzestupnou tendenci. V roce 2003 činil průměrný počet účastníků skupiny 1,53 osob, v roce 2012 to bylo již 10,6 - 13 osob. Ročně přibydou průměrně 3 noví klienti.“</i>
Občanské sdružení ProAfázie	<i>„Klienti skupinová setkávání vyhledávají spíše na základě informace od klinického logopeda, než že by skupinu vyhledali samostatně.“</i>
Soukromá klinika LOGO s.r.o.	<i>„Velice různorodý. Záleží na každém. Někdo je natěšený, někdo reaguje přesně naopak.“</i>
Občanské sdružení LOGO	<i>„Poměrně velký, hlavně u osob s těžší diagnózou.“</i>
Občanské sdružení Afázie	<i>„U akutních a subakutních fází onemocnění je zájem menší z důvodu těžkého úrazu osobnosti pacienta. V chronické fázi je zájem větší.“</i>

Tabulka 6: Zájem o skupinovou logopedickou intervenci ze strany osob s afázií

Ze získaných údajů nelze jednoznačně generalizovat, jakému zájmu se skupinové logopedické terapie těší. Respondenti na jedné straně uvádí, že zájem osob s afázií je velký s rostoucí tendencí, především pak v chronickém stádiu afázie. Na druhou stranu dotazovaní uvádí, že osoby s afázií skupinu vyhledávají spíše na doporučení logopeda, nežli samostatně. Současně jsou i klienti, kterým skupinová forma terapie nevyhovuje.

3. Kolik klientů v současné době Vaši organizaci navštěvuje?

Třetí otázka se orientovala na počet klientů, který v současné době skupinové terapie v rámci jednotlivých zařízení navštěvuje. Níže uvedený graf 4 znázorňuje počet účastníků skupinové logopedické intervence v jednotlivých zařízeních. Organizací, která v současné době pracuje s nejvyšším počtem účastníků, je občanské sdružení LOGO. Dalším velkým sdružením je občanské sdružení Klub Afasie. Celkově evidujeme v rámci České republiky 79 osob s afázií, které dochází na skupinové logopedické terapie. Průměrně připadá na jedno sdružení 15,8 osob.



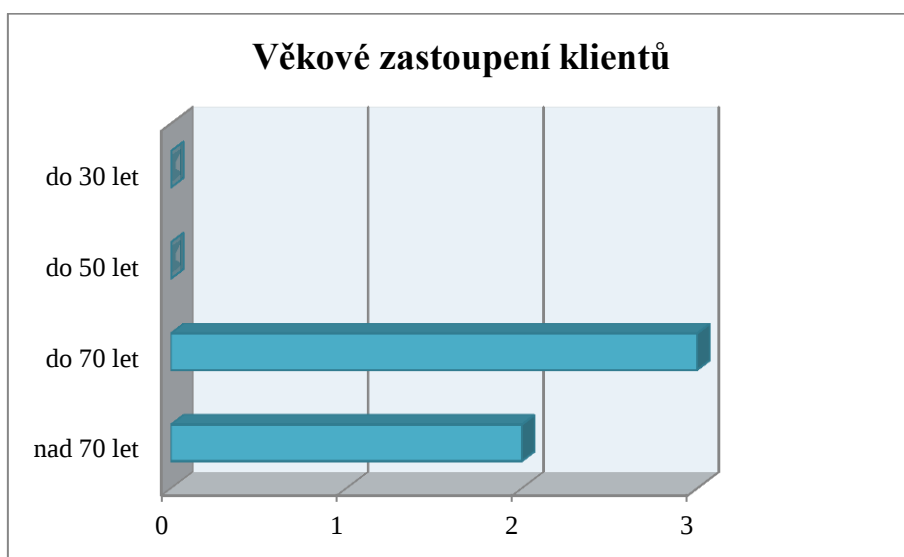
Graf 4: Počet osob s diagnózou afázie, které navštěvují skupinovou logopedickou intervenci

4. V jaké věkové kategorii se nejčastěji klienti pohybují?

V otázce zjišťující věkové rozmezí klientů navštěvujících skupinovou logopedickou intervenci dotazovaní vybírali z možností:

- a. do 30 let,
- b. do 50 let,
- c. do 70 let,
- d. nad 70 let.

Nejčastější klientelou skupinové logopedické intervence jsou osoby s afázií od 50 let a výše. U tří z pěti zařízení převažují osoby s afázií ve věkovém rozmezí od 50 do 70 let, zbylé dvě zařízení uvádí klienty nad 70 let. Zastoupení jednotlivých odpovědí znázorňuje graf 5.



Graf 5: Věkové zastoupení klientů skupinové logopedické intervence

5. Prosím, uveďte, jaké jsou podmínky pro přijetí klienta do skupinové logopedické terapie.

Mezi podmínky pro zařazení do skupinové logopedické terapie, poskytovatelé řadí přítomnost fatické poruchy, nejčastěji v chronickém, případně subakutním stádiu, stabilizovaný zdravotní stav a především motivace klienta. Současně se přihlíží k typu a stupni afázie, od kterého se mnohdy odvíjí i zařazení do příslušné skupiny. Některé organizace pořádají také další akce (např. muzikoterapie, výlety, výstavy,...), do kterých

se mohou zapojit i rodinní příslušníci a blízcí osob s afázií. Jednotlivé odpovědi zachycuje tabulka 7.

Název zařízení	Podmínky pro přijetí
Občanské sdružení Klub Afasie	– „stabilizovaný zdravotní i sociální status (velmi důležité je nezařazovat klienty akutní, kteří očekávají úpravu ad integrum), – dostatečná časoprostorová orientace a samostatná lokomoce (bohužel i schopnost překonat mezipatro schodů), resp. doprovod, – motivace klienta!!!“
Občanské sdružení ProAfázie	„V rámci stanov OS ProAfázie nejsou jasné dané podmínky přijetí. Obecně platí, že by měl mít klient narušení fatických funkcí, lepší v subakutním či chronickém stadiu. Obtížnější bývá zapojení klientů s Wernickeovou afázií (zde záleží od tíže fatické poruchy). Jelikož OS ProAfázie nabízí i jiné aktivity (výlety, exkurze, ...) než jen skupinový konverzační trénink, mohou se těchto aktivit zúčastnit všichni, kdo mají zájem, jak klienti s afázií, tak jejich rodinní příslušníci či komunikační partneři.“
Soukromá klinika LOGO s.r.o.	„Podmínky jsou jediné možnost dostavit se osobně. Máme dva druhy skupinové terapie- jedna pro „lehčí typy“ a druhá pro závažnější projevy afázie“.
Občanské sdružení LOGO	„Poruchy komunikace a hybnosti nejčastěji po cévní mozkové příhodě.“
Občanské sdružení Afázie	„Podmínkou pro přijetí je podobná úroveň klientů tak, aby mohla být sestavena skupina, která spolu kooperuje.“

Tabulka 7: Podmínky pro přijetí klienta do skupinové logopedické terapie

Další část dotazníku se zaměřovala na konkrétní podobu a strukturu skupinové logopedické terapie v rámci jednotlivých zařízení. Respondenti odpovídali na otázky polouzavřené, ale i otevřené.

6. Kdo skupinové terapie vede?

V otázce, kdo skupinové terapie vede, vybírali z možností:

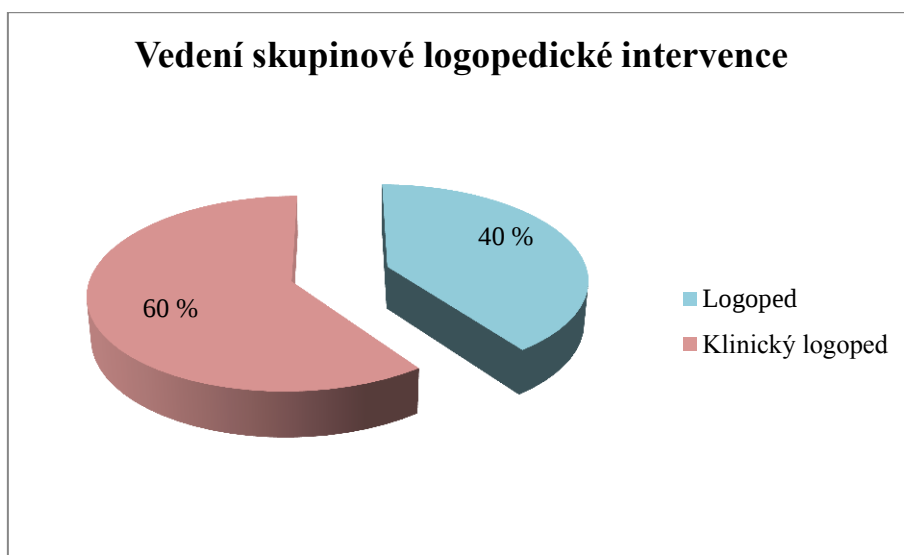
- a. speciální pedagog,
- b. logoped,
- c. klinický logoped,
- d. jiné:

Ve většině organizací vede skupinové logopedické terapie klinický logoped, méně často logoped. V některých sdruženích jsou také přítomni asistenti – studenti logopedie, dále se mnohdy účastní sociální pracovníci či psychologové. Odpovědi jednotlivých zařízení znázorňuje tabulka 8.

Název zařízení	Vedení skupinové logopedické intervence
Občanské sdružení Klub Afasie	klinický logoped
Občanské sdružení ProAfázie	logoped
Soukromá klinika LOGO s.r.o.	klinický logoped
Občanské sdružení LOGO	logoped
Občanské sdružení Afázie	klinický logoped

Tabulka 8: Vedení skupinové logopedické intervence

Procentuální podíl vedení skupinové logopedické intervence znázorňuje graf 6.



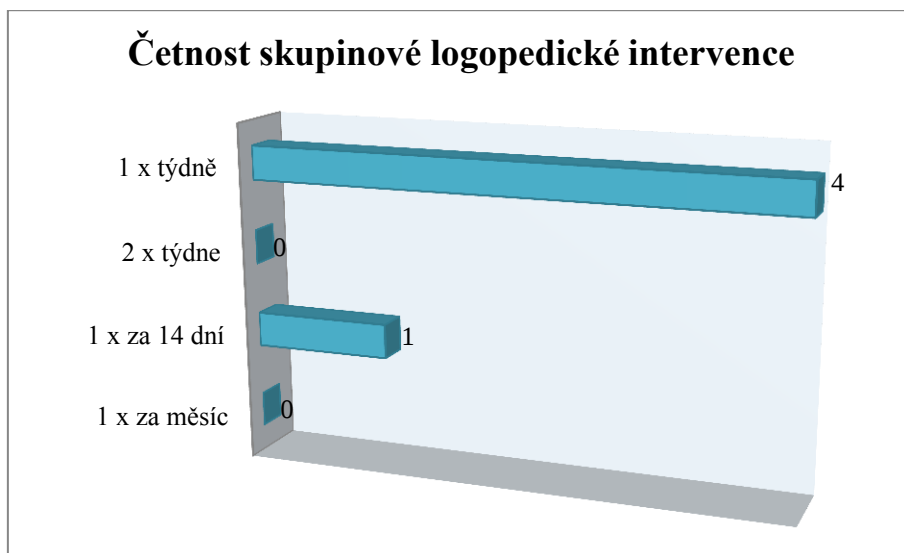
Graf 6: Vedení skupinové logopedické intervence

7. Jak často jsou skupinové logopedické terapie realizovány?

Četnost jednotlivých terapií zjišťovala otázka číslo sedm. Respondenti vybírali z možností:

- a. 1 x týdně,
- b. 2 x týdně,
- c. 1x za 14 dní,
- d. 1x za měsíc,
- e. jiné (prosím, uveďte:.....)

Čtyři z pěti organizací nabízí možnost účasti na skupinové logopedické terapii pro osoby s afázií 1 x týdně, pouze jedno zařízení 1 x za 14 dní. Graf 7 znázorňuje zastoupení jednotlivých odpovědí.



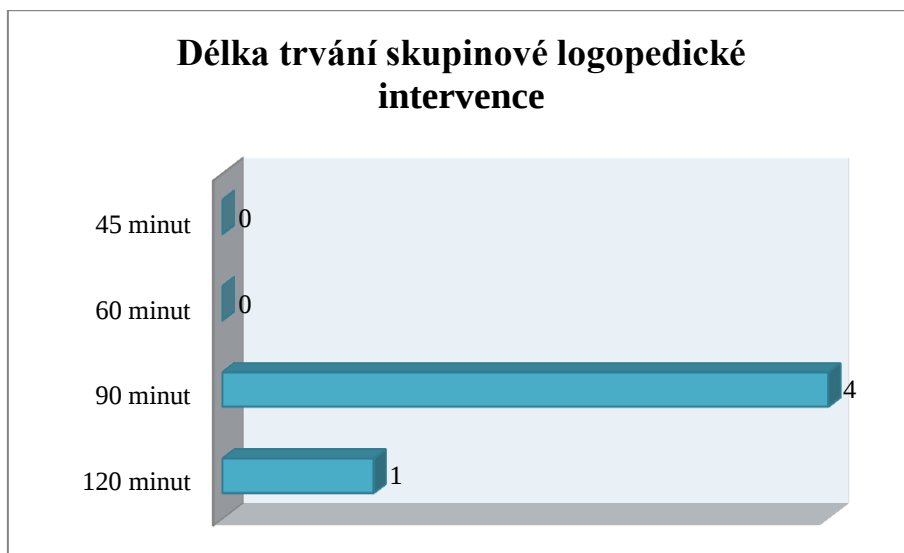
Graf 7: Četnost skupinové logopedické intervence

8. Jaký je časový harmonogram jedné logopedické terapie – jednoho setkání?

Dalším cílem dotazníku bylo zjistit, jaký je časový harmonogram jedné terapie – jednoho setkání. Na výběr měli odpovědi:

- a. 45 minut,
- b. 60 minut,
- c. 90 minut,
- d. 120 minut,
- e. jiné (prosím, uveďte:.....)

Ve většině organizací je časový harmonogram skupinové logopedické intervence 90 minut, výjimkou je sdružení, které uvádí délku trvání jedné terapie 120 minut.



Graf 8: Délka trvání skupinové logopedické intervence

Následující otázky se týkaly charakteristiky terapeutických skupin.

9. Kolik členů tvoří jednu terapeutickou skupinu?

V otázce zjišťující počet členů skupiny vybírali z položek:

- a. 1 – 3,
- b. 4 – 6,
- c. 7 – 8,
- d. 9 a více,
- e. jiné:

10. Kolik skupin klientů v současné době v rámci Vašeho sdružení funguje?

Respondenti mohli vybírat z předem daných možností, případně svoji odpověď mohli dopsat.

Výsledky poukazují na fakt, že v rámci téměř všech zařízení jsou organizovány dvě terapeutické skupiny, nejčastěji o velikosti 4 – 6 osob. Přehled odpovědí zaznamenává tabulka 9.

Název zařízení	Počet členů jedné skupiny	Celkový počet skupin
Občanské sdružení Klub Afasie	<i>„9 a více. Řádně zapsaných členů má jedna skupina dvanáct, druhá devět. Reálně je průměrný počet účastníků skupiny za rok 2013 šest.“</i>	2
Občanské sdružení ProAfázie	<i>„Průměrný počet jedné skupiny je 4 – 6 osob.“</i>	2
Soukromá klinika LOGO s.r.o.	<i>„4 – 6 osob.“</i>	2
Občanské sdružení LOGO	<i>„7 – 8 osob.“</i>	2
Občanské sdružení Afázie	<i>„4 – 6 osob.“</i>	1

Tabulka 9: Počet členů jedné terapeutické skupiny a celkový počet skupin

11. Na základě jakých kritérií je skupina sestavena?

V otázce zjišťující podmínky pro sestavení skupiny dotazovaní vybírali z položek:

- a. typ afázie,
- b. věk,
- c. pohlaví,
- d. vzdělání,
- e. zájmy,
- f. jiné:

Z tabulky 10 lze konstatovat, že skupina je obvykle sestavena na základě typu a stupně afázie, ale např. v občanském sdružení Klub Afasie si klienti skupinu volí sami.

Název zařízení	Kritéria pro sestavení skupiny
Občanské sdružení Klub Afasie	<i>„Klienti si sami volí skupinu, která je jim příjemná.“</i>
Občanské sdružení ProAfázie	<i>„Na základě tíže fatické poruchy.“</i>
Soukromá klinika LOGO s.r.o.	<i>„Typ afázie a míra projevů.“</i>
Občanské sdružení LOGO	<i>„Typ afázie, závažnost poruch komunikace.“</i>
Občanské sdružení Afázie	<i>„Na základě typu afázie.“</i>

Tabulka 10: Kritéria pro sestavení skupiny

12. Prosím, charakterizujte průběh a obsah skupinové logopedické terapie.

Skupinová forma terapie má v rámci jednotlivých zařízení svá specifika. Do programu jsou obvykle zařazovány aktivity na přivítání, zorientování se. Velice často je součástí diskuse o novinkách a zprávách o aktuálním dění. Jednotlivá setkání mají svá tematická zaměření. Pracuje se s celou skupinou, kdy terapeut (klinický logoped nebo logoped) koordinuje dění tak, aby měl každý člen skupiny prostor k vyjádření. Mimo aktivity na rozvoj řeči se také zařazují činnosti na rozvoj dalších kognitivních funkcí, jemné a hrubé motoriky, grafomotoriky, grafie, lexie, kalkule, atd. Na závěr někteří poskytovatelé zařazují relaxaci. Podrobný obsah uvádí tabulka 11.

Název zařízení	Průběh a obsah skupinové terapie
Občanské sdružení Klub Afasie	„Skupinu vede vždy jedna ze tří logopedek za asistence studentky posledního ročníku speciální pedagogiky - logopedie. Maximální možný prostor pro aktivní práci skupiny je ponechán členům Klubu – osobám s afázií. Podpora terapeuta je důležitá pro vytvoření pozitivní atmosféry a pro dodržení rovnoměrného prostoru pro všechny klienty. Aktivita jsou připraveny tak, aby využívaly potenciál skupiny (ne sekvence úkolů z individuální terapie).“ Aktivita: – Vždy primárně podpora komunikace mezi klienty. – Reakce na aktuální události. – Pracovní listy připravené pro konkrétní skupinu (individualizace dle jednotlivých členů). Formy práce: – celá skupina, – menší skupiny, – dvojice, – minimalizace individuální práce.“
Občanské sdružení ProAfázie	„Jelikož jsou setkání realizována pod hlavičkou občanského sdružení, nepoužíváme termín „terapie“, ale skupinová setkání se zaměřením na konverzační trénink. Průběh takového setkání je rozdělen do úvodní části – úvodní rozhovor o novinkách, zajímavostech jednotlivých členů, kontrola zadání z předešlého setkání. Konverzační trénink je pak následně realizován tematicky a veden pomocí pracovních listů.“
Soukromá klinika LOGO s.r.o.	„Klienti procvičují fatické funkce. V rámci terapie spolupracují asistenti, kteří s klienty pracují individuálně. Obsah je zaměřený na procvičování paměti, rozumění, psaní, čtení... Dále je pravidelnou součástí volný rozhovor a relaxace.“
Občanské sdružení LOGO	„S klienty pracujeme zejména ve skupině, kde trénují komunikační a sociální dovednosti, navazování sociálních kontaktů, zvládání situací ve společnosti, zejména prosazování svých práv a zájmů, dále nácvik soběstačnosti a nezávislosti v běžných denních aktivitách. Dochází k nácviku motorických dovedností jemné a hrubé motoriky, grafomotorických schopností. V souvislosti se specifickými potřebami seniorů trpících poruchami komunikace je zajištěna také individuální konzultace se speciálním pedagogem, kdy probíhá rozvoj všech psychických funkcí. To vše probíhá pod vedením zkušených odborníků na poruchy komunikace – logopedů, speciálních pedagogů, sociálního pracovníka a také psychologa. Cílem svépomocných aktivit v rámci projektu

	<i>je začlenit osoby s poruchami komunikace do společnosti a pomoci zlepši kvalit jejich života.</i> <i>Stimuluje se řeč, myšlení, paměť, pozornost, grafomotorické schpnosti a schopnosti komunikace verbální i neverbální formou. Dále se zaměřujeme na:</i> - <i>cvičení modulace řeči,</i> - <i>cvičení motoriky,</i> - <i>cvičení krátkodobé a dlouhodobé paměti,</i> - <i>cvičení počítání a základních počtů,</i> - <i>pohybová koordinace rukou a očí,</i> - <i>progresivní získávání grafomotorické zručnosti,</i> - <i>posilování pozitivní motivace,</i> - <i>využívání pomůcek pro alternativní a augmentativní komunikaci (např. komunikační tabulky, atd.).</i>
Občanské sdružení Afázie	<i>„Začátek setkání je vždy zaměřen na přivítání, zorientování se v čase a rozhovor o novinkách a aktualitách běžného života. Každé sezení má své téma – zaměřuje se na rozvoj slovní zásoby, konverzaci nad tématem, diskusi mezi jednotlivými členy. Dle možností a zájmu klientů se pracuje na rozvoji grafomotoriky, oromotoriky. Současně se v rámci skupinové terapie organizuje i muzikoterapie s bubny.“</i>

Tabulka 11: Charakteristika průběhu a obsahu skupinové logopedické intervence

13. Mohou se terapie zúčastnit i rodinní příslušníci?

V otázce, zda se skupinové terapie mohou zúčastnit i rodinní příslušníci, dotazování vybírali z možností *ano* či *ne*. Z výsledků můžeme konstatovat, že skupinové terapie se rodinní příslušníci ve všech organizacích zúčastnit mohou. Zazněla i odpověď, že zařazení rodinných příslušníků do terapie je obvykle pouze dočasné, než se klient na práci skupiny, resp. na docházení do skupiny adaptuje.

14. Jaký je z Vašeho pohledu přínos skupinové logopedické terapie pro samotnou osobu s afázií?

Organizace, pořádající skupinovou logopedickou intervenci pro osoby s afázií, shodně charakterizují hlavní přínos této formy terapie. Ten lze rozdělit do tří oblastí:

- rovina **terapie narušené komunikační schopnosti – afázie**.

Skupinová logopedická intervence, transfer a generalizace naučených dovedností, nácvik komunikace ve skupině, apod.

- oblast **psychické podpory** osoby s afázií.

Do této oblasti řadíme příležitost potkat se s lidmi s obdobnými potížemi – „prožitek univerzálnosti.“ Poskytnutí vzájemné podpory, motivace.

– **resocializace (rovina sociální).**

Účast na skupinových setkáních lze považovat za společenskou záležitost, která mnohdy dostává klienta s afázií ze začarovaného kruhu sociální izolace. V rámci skupinové formy terapie mají klienti příležitost seznámit se s novými lidmi, sdílet své problémy, přebírat zkušenosti apod.

Odpovědi jednotlivých zařízení znázorňuje tabulka 12.

Název zařízení	Přínos skupinové logopedické intervence
Občanské sdružení Klub Afasie	– „v rovině rehabilitace řeči – transfer a generalizace naučených dovedností (Bezpečné prostředí, multilaterální komunikace), nové komunikační strategie – v rovině psychologické podpory – kontakt s lidmi s podobnými obtížemi (prožitek „univerzálnosti“) – v rovině sociální – společenský kontakt, nové vazby, vztahy (osobně považují za nejdůležitější vzhledem k charakteru onemocnění, které ze své podstaty vede k sociální izolaci klienta a jeho rodiny.“
Občanské sdružení ProAfázie	„Skupinová setkání jsou společenskou záležitostí, zároveň konverzační trénink umožňuje transfer jazykových schopností do modelových situací v rámci skupiny, podporuje komunikační sebevědomí osob s afázií, je můstkem mezi individuální logopedickou terapií a komunikačním prostředím běžného života.“
Soukromá klinika LOGO s.r.o.	„Přínos sledujeme v možnosti potkat se s osobami s podobnými problémy. Afázie je pro člověka vždy velký šok a to nejen osobní, ale i sociální. Další přínos sledujeme v možnosti obohacení denního programu osob s afázií. Obvykle totiž raději zůstávají doma a kontaktům se spíše vyhýbají. Díky skupinové terapii mají program na celé dopoledne. Zahrnujeme do toho totiž i chystání si věci, oblékání, hygiena, cesta na kliniku atd.“

	<i>Skupinové terapie vidíme jako velice přínosné. Z praxe se nám potvrdilo, že ideální představa soustředit do skupiny osoby se stejnými typy afázie je téměř nereálná, protože se málokdy potká tolik klientů současně. Spíše jsme zavedli rozdělení podle míry a rozsahu afázie a to se ukázalo jako realizovatelné a současně funkční.“</i>
Občanské sdružení LOGO	<i>„Práce ve skupině osob s obdobným postižením pomáhá překonávat psychické i sociální obtíže, zabraňuje jejich sociální izolaci a znemožňuje jim kontakt se společnostmi. Účastníci svépomocných skupin si vzájemně vyměňují své zkušenosti se zvládáním svého handicapu, mají možnost srovnání pokroků u ostatních postižených, což výrazně posiluje jejich motivaci v překonávání jejich obtíží. Lidé si ve svépomocné skupině poskytují vzájemnou podporu, pomáhají si s řešením životních problémů a mohou se navzájem poučit z vlastních zkušeností. Hlavně pocítí důležitý fakt, že nejsou s tímto problémem sami. Skupinová setkání pořádáme i 1 x měsíčně pro rodinné příslušníky osob s afázií.“</i>
Občanské sdružení Afázie	<i>„Resocializace osob s afázií. Rozvoj pragmatické stránky konverzace, nácvik komunikace ve skupině, setkání s lidmi se stejnými potížemi, účast na dalších akcích sdružení (vernisáž, vánoční posezení, muzikoterapie, apod. V klubu jsou také k dispozici dva počítače se speciálním tréninkovým programem i internetem, dále je možné zapůjčit literaturu a metodický materiál.“</i>

Tabulka 12: Přínos skupinové logopedické intervence

15. Spatřujete v rámci skupinové logopedické terapie u osob s afázií i nějaké zápory/negativa?

Respondenti odpovídali z předem určených možností *ano, ne*. Zazněly zde odpovědi, jako je nedostatek finančních prostředků či nesourodost symptomů afázie u jednotlivých klientů. Jednotlivé odpovědi prezentuje tabulka 13.

Název zařízení	„Spatřujete v rámci skupinové logopedické intervence u osob s afázií i nějaké zápory/negativa?“
Občanské sdružení Klub Afasie	„Ano – u akutních pacientů předčasná a bolestná konfrontace s dlouhodobostí onemocnění.“
Občanské sdružení ProAfázie	„Ne.“
Soukromá klinika LOGO s.r.o.	„Ne.“
Občanské sdružení LOGO	„Ne.“
Občanské sdružení Afázie	„Nedostatek finančních prostředků, různorodost symptomů u jednotlivých klientů.“

Tabulka 13: Negativa skupinové logopedické intervence

16. Jakým způsobem jsou skupinové logopedické terapie financovány?

Problém financování byl řešen v předposlední polouzavřené otázce. Respondenti vybírali z možností:

- členskými poplatky klientů (můžete, prosím, řádově uvést výši:.....),
- z grantů či projektů (prosím, uveďte z jaké oblasti:),
- ze sponzorských darů,
- jiné:

Vzhledem k tomu, že skupinová forma logopedická terapie není hrazena pojišťovnami, otázka financování je zajišťována formou členských poplatků klientů, které se pohybují od 50 Kč za jedno setkání až po 1000 Kč za rok. Dále respondenti uváděli sponzorské dary, prodej reedukačních materiálů, materiální pomoc, či granty a projekty. Financování v jednotlivých zařízeních znázorňuje tabulka 14.

Název zařízení	Financování
Občanské sdružení Klub Afasie	– členské poplatky klientů (300 Kč/rok) – sponzorské dary – jiné: prodej reedukačních materiálů
Občanské sdružení ProAfázie	– členské poplatky klientů (1000 Kč/rok) – sponzorské dary (nejčastěji ve formě materiální pomoci – kancelářské potřeby atd.)
Soukromá klinika LOGO s.r.o.	– členské poplatky klientů (50 Kč/ jedno sezení)
Občanské sdružení LOGO	– z grantů či projektů (Sociální oblast, Magistrát města Brna, Jihomoravský kraj, MPSV – centrum denních služeb).
Občanské sdružení Afázie	– členské poplatky klientů (100 Kč/rok) – z grantů či projektů (město) – ze sponzorských darů (podnikatelé)

Tabulka 14: Financování skupinové logopedické intervence

4.1.1 Resumé

Z první části výzkumného šetření lze konstatovat, že na území České republiky můžeme nalézt celkem pět poskytovatelů skupinové logopedické intervence pro osoby s afázií. Všechna zařízení jsou situována ve větších městech a fungují jako občanská sdružení, nebo soukromá zařízení. Celkem registrujeme na území České republiky 79 klientů, kteří se účastní skupinové logopedické terapie. V současné době největší organizací je občanské sdružení LOGO v Brně, do kterého dochází celkem 23 klientů.

Skupinové logopedické terapie vede nejčastěji klinický logoped, případně logoped. V některých zařízeních se účastní i studenti logopedie, kteří fungují jako podpora jednotlivých klientů. Při některých terapiích je přítomen také sociální pracovník a psycholog.

Podmínky pro přijetí si určují jednotlivá zařízení, obecně je žádoucí stabilizovaný zdravotní stav, dostatečná časoprostorová orientace, samostatná lokomoce, motivace, ale také se přihlíží k typu a stupni afázie tak, aby skupiny byly kooperativní. Četnost terapií se pohybuje ve frekvenci 1x týdně nebo 1x za 14 dní v délce 90 – 120 minut na jedno setkání.

Struktura terapie je zaměřena ve většině zařízení na určité téma. Úvod je věnován přivítání, diskusím nad novinkami ze života apod. Následuje tematicky zaměřený program, který je prokládán grafomotorickými cvičeními, pracovními listy, cvičením paměti, porozumění, psaní a čtení. Terapeut ve skupině pracuje jako podpora, navozuje pozitivní atmosféru a upravuje prostředí tak, aby měl prostor k vyjádření každý člen skupiny. Všechna zařízení umožňují zapojení rodinných příslušníků, které je důležité pro adaptaci osoby s afázií především na samém začátku zahájení skupinové terapie. Vítaná je také účast na dalších akcích, které poskytovatelé pořádají (výlety, exkurze, přednášky...). Občanské sdružení LOGO současně nabízí i skupinová setkání určená pro rodinné příslušníky osob s afázií, která jsou organizována za účelem podpory, poradenství, jak se s novou životní situací vyrovnat, kam se obrátit, apod.

Klientelou skupinové logopedické intervence jsou lidé s afázií od 50 let a výše, nejčastěji v chronické fázi onemocnění. V jedné terapeutické skupině je obvykle 4 – 6 osob. Zařazení do příslušné skupiny je buď dle přání klienta, nebo dle tíže fatické poruchy. Za hlavní přínos je z pohledu poskytovatelů považována oblast terapie afázie v bezpečném prostředí skupiny, konverzační trénink, dále také rovina psychické podpory a resocializace. Naopak jednou ze záporných stránek této formy intervence je otázka financování. Ta je realizována téměř ve všech zařízeních členskými poplatky klientů, nebo prostřednictvím sponzorských darů a grantů. Členské poplatky se pohybují od 50 Kč/sezení až po 1000 Kč/rok. Poskytovatelé také jako negativní stránku hodnotí heterogenost jednotlivých symptomů a projevů afázie.

4.2 Analýza výsledků dotazníkového šetření zaměřeného na osoby s afázií, které navštěvují skupinovou logopedickou terapii

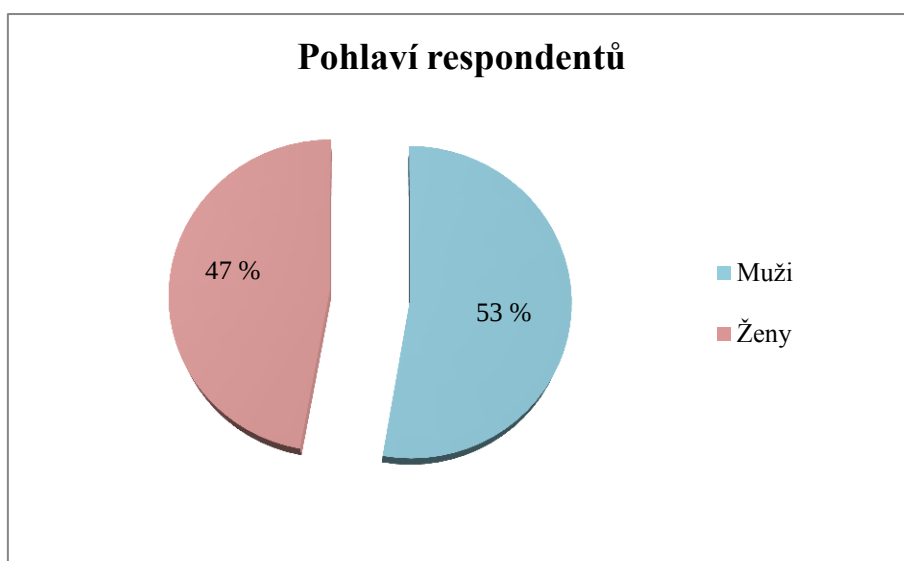
Druhá část výzkumného šetření diplomové práce se orientovala na osoby s afázií, které pravidelně navštěvují skupinovou logopedickou intervenci. Dotazníky byly distribuovány osobně, poštou, e-mailem, nebo byly k dispozici na internetu. Vzhledem k symptomům získané orgánové nemluvnosti byla při vyplňování dotazníku nutná pomoc další osoby (buď v rámci skupinové logopedické intervence, nebo prostřednictvím rodinného příslušníka).

V následující části textu se budeme věnovat jednotlivým položkám dotazníku a jejich vyhodnocení.

1. Jsem

- a. muž,
- b. žena.

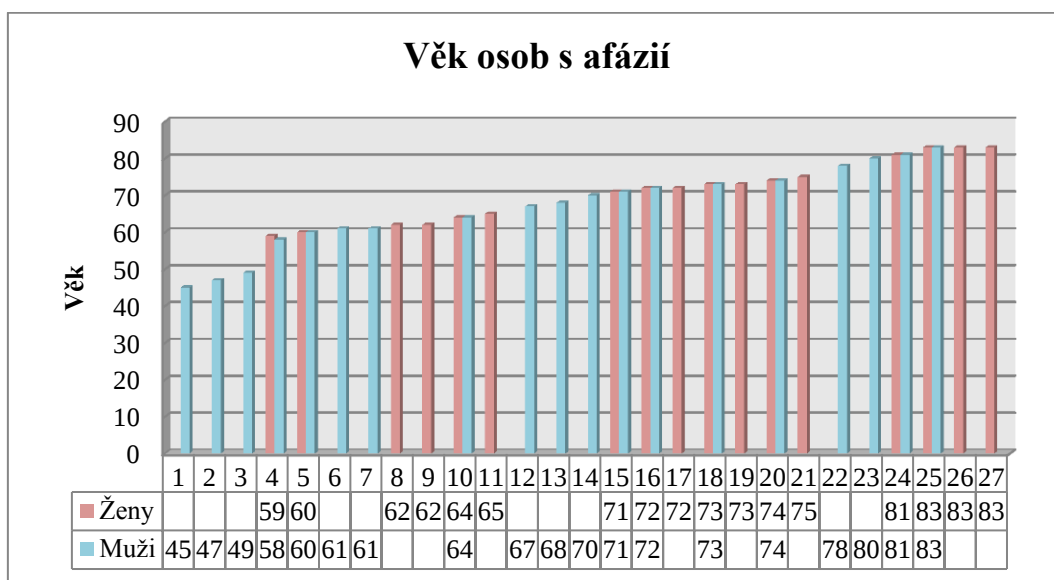
První otázka zjišťovala pohlaví respondentů. Celkově se výzkumného šetření zúčastnilo 36 osob s afázií, z čehož bylo 17 žen a 19 mužů. Procentuální zastoupení znázorňuje graf 9.



Graf 9: Pohlaví respondentů

2. Je mi:let

Další otázka zjišťovala věk dotazovaných. Nejmladším klientem, který dochází na skupinové logopedické terapie, je muž ve věku 45 let, naopak nejstarší, jsou tři ženy a jeden muž ve věku 83 let. Průměrný věk klientů je 68,7 let. Věkové rozložení respondentů znázorňuje graf 10.

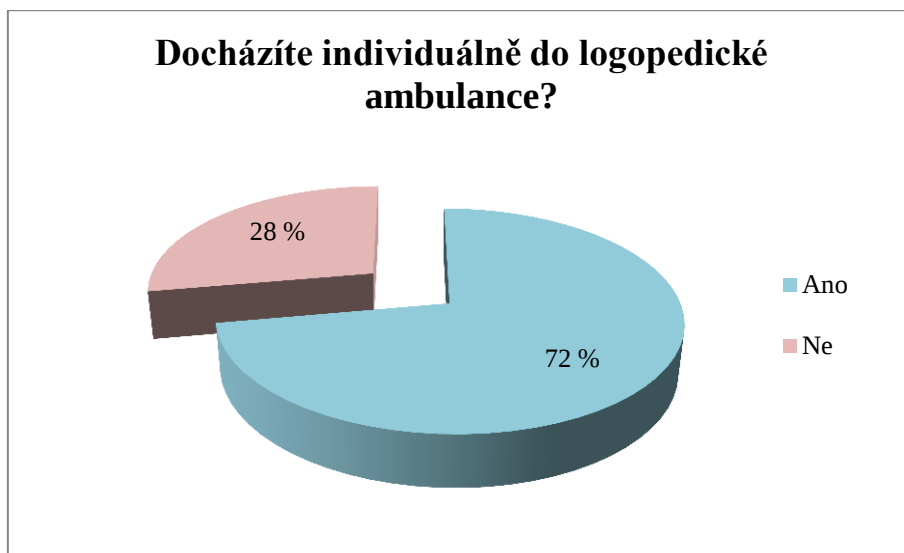


Graf 10: Věk osob s afázií navštěvujících skupinovou formu logopedické intervence

3. Docházíte individuálně do logopedické ambulance?

- a. ano (pokud ano, jak často:),
- b. ne.

V další položce respondenti odpovídali na to, zda dochází na individuální logopedickou terapii. Z celkového počtu 36 respondentů, 26 dochází současně na individuální logopedickou terapii v intervalu 1x týdně, nebo méně často, a to 1x – 2x měsíčně. Zazněly také odpovědi 1x za 14 dní nebo 1x měsíčně. Naopak 10 respondentů nedochází na individuální logopedickou terapii. Procentuální rozložení zachycuje graf 11.



Graf 11: Individuální logopedická terapie

4. Jak dlouho navštěvujete skupinovou logopedickou terapii?

V otázce, jak dlouho respondenti skupinovou logopedickou intervencí navštěvují, vybírali z možností, nebo mohli odpověď vypsát.

- a. méně než měsíc,
- b. ne déle než půl roku,
- c. 1 rok,
- d. více než rok,
- e. jiné:

Rozložení jednotlivých odpovědí je znázorněno v grafu 12. Výsledky poukazují na skutečnost, že dotazovaní dochází na skupinovou logopedickou intervenci déle než měsíc. V největším zastoupení pak dochází více než rok a dále. Jsou i klienti, kteří navštěvují skupinovou formu terapie 8 let.



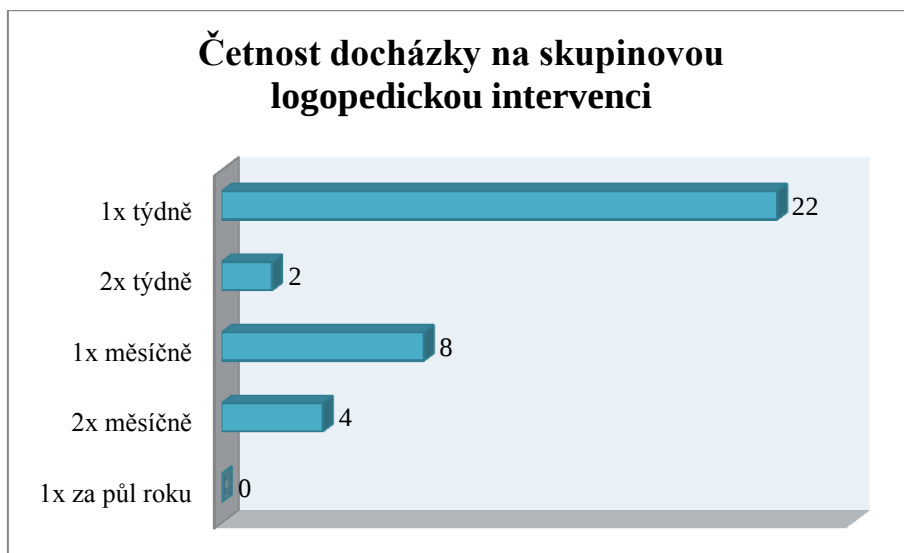
Graf 12: Doba docházky na skupinovou logopedickou intervenci

5. Jak často navštěvujete skupinovou logopedickou terapii?

Položka zjišťující frekvenci docházky na skupinovou formu logopedické intervence nabízela možnosti:

- a. 1x týdně,
- b. 2x týdně,
- c. 1x měsíčně,
- d. 2x měsíčně,
- e. 1x za půl roku,
- f. jiné:

Nejvíce zastoupenou položkou byla odpověď 1x týdně. Podrobnější přehled četnosti docházky znázorňuje graf 13.

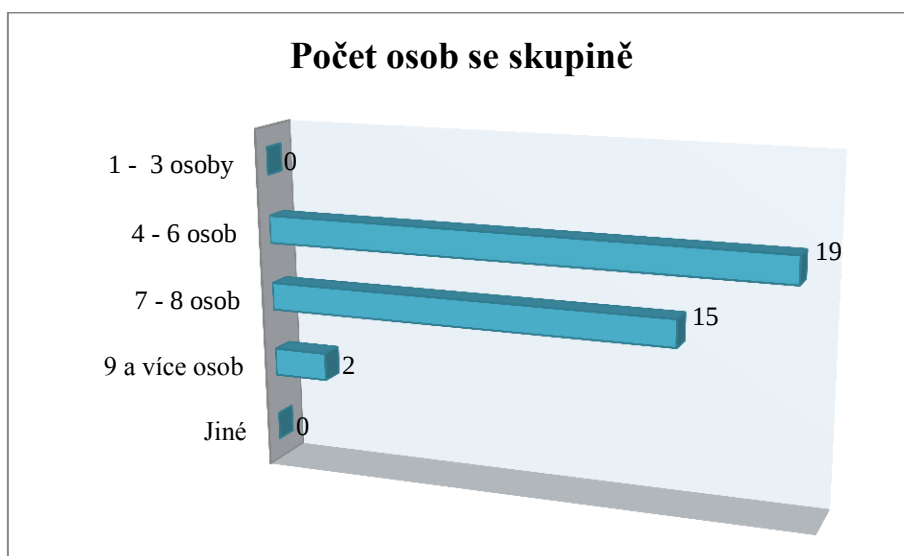


Graf 13: Četnost docházky na skupinovou logopedickou intervenci

6. Kolik členů má Vaše skupina?

- a. 1 – 3,
- b. 4 – 6,
- c. 7 – 8,
- d. 9 a více,
- e. jiné:.....

Nejčastěji je skupina sestavena ze 4 – 6, nebo 7 - 8 osob. Výzkumného šetření se ale zúčastnili i respondenti, kteří dochází do skupiny, kde je více než 9 osob. Vyhodnocení jednotlivých odpovědí znázorňuje graf 14.



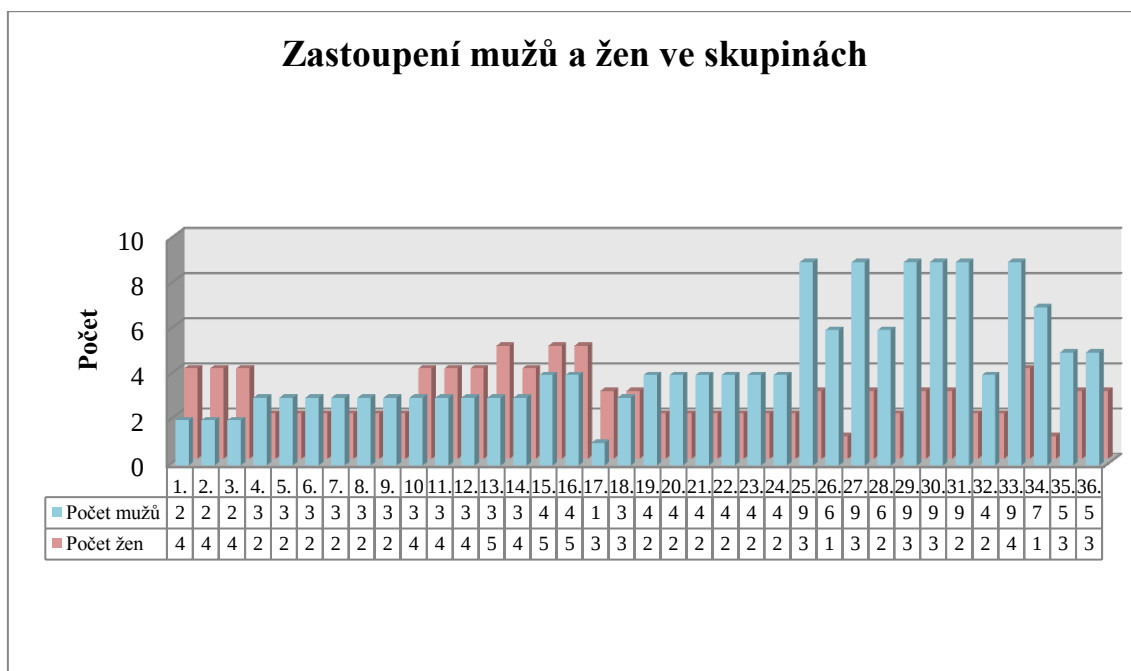
Graf 14: Počet osob ve skupině

7. Kolik je ve Vaší skupině:

Mužů:

Žen:

Zastoupení jednotlivých pohlaví zjišťovala otevřená otázka číslo sedm. Průměrný počet žen ve skupině se pohybuje okolo 2,7 a mužů 4,5. Rozložení zobrazuje graf 15.



Graf 15: Zastoupení mužů a žen v jednotlivých skupinách

8. Jste spokojen/spokojena s průběhem skupinové logopedické terapie?

- a. ano,
- b. ne,
- c. nevím.

V položce zjišťující spokojenost s průběhem skupinové logopedické intervence respondenti vybírali z možností *ano*, *ne*, nebo *nevím*. Všichni dotazovaní hodnotili tuto otázku odpovědí *ano*. Spokojenost se skupinovou logopedickou intervencí je tedy z pohledu osob s afázií 100 %.

9. V rámci skupinového setkání nejvíce oceňujete:

- a. skupinové aktivity zaměřené na rozvoj komunikace,
- b. setkávání s lidmi se stejnými potížemi,
- c. možnost seznámit se s novými lidmi,
- d. možnost sdílet se členy skupiny své radosti/starosti,
- e. příležitost zúčastnit se dalších akcí, které poskytovatel pořádá,
- f. jiné (prosím, uveďte)

Respondenti v rámci skupinové logopedické intervence v největší míře oceňují skupinové aktivity, které jsou zaměřené na rozvoj komunikace. Mezi další pozitiva řadí možnost setkávat se s lidmi se stejnými potížemi a příležitost seznámit se s novými lidmi. Na místo položky „jiné“, dotazovaní uváděli odpověď „využití volného času“. Zastoupení jednotlivých položek znázorňuje graf 16.



Graf 16: Nejvíce oceňované aktivity v rámci skupinové logopedické intervence

10. Je pro Vás skupinová logopedická intervence přínosná?

- a. ano,
- b. ne,
- c. nevím.

V otázce, zda je pro osoby s afázií skupinová logopedická intervence přínosná, byla 94 % odpovědí, „ano“, zbylých 6 % dotázaných zvolilo odpověď „nevím“. Grafické znázornění uvádí graf 17.



Graf 17: Přínos skupinové logopedické intervence

11. Pokud ano, v čem vidíte největší přínos?

V otevřené otázce dotazovaní uváděli, v čem vidí největší přínos skupinové logopedické intervence. Níže uvádíme vybrané odpovědi:

- „Učit potřebné znalosti jako učitelky od „první třídy“ v průběhu zlepšování a mluvení kvůli mozku v pokračování základní školy a k „maturitě“.
- „Mám program, takže se mám na co těšit. Procvičuji si tam mluvení, protože jinde s nikým příliš nemluví, nemám příležitost.“
- „Mám možnost mluvit, dozvím se nové informace.“
- „Že jsem se naučil mluvit.“
- „Psychická podpora, rozvoj myšlení a řeči. Člověk ví, že není sám se svými problémy.“
- „Mluvení, musím přemýšlet.“
- „Musím se naučit mluvit, počítat.“
- „Cvičení na řeč, psaní, počítání.“

- „Skupinové aktivity na rozvoj komunikace, možnost setkávat se s lidmi se stejnými potížemi, seznámit se s novými lidmi. Mít s kým sdílet radost a starosti běžného života.“
- „Rozvoj řeči, muzikoterapie, psychická podpora.“
- „Procvičování psaní, čtení, rozhovory ve skupině.“
- „Mám možnost potkávat se s lidmi se stejným problémem.“
- „Setkání se s lidmi se stejnými problémy.“
- „Možnost sdílet se členy skupiny své radosti.“

12. Doporučil/a byste skupinovou logopedickou terapii dalším lidem s diagnózou afázie?

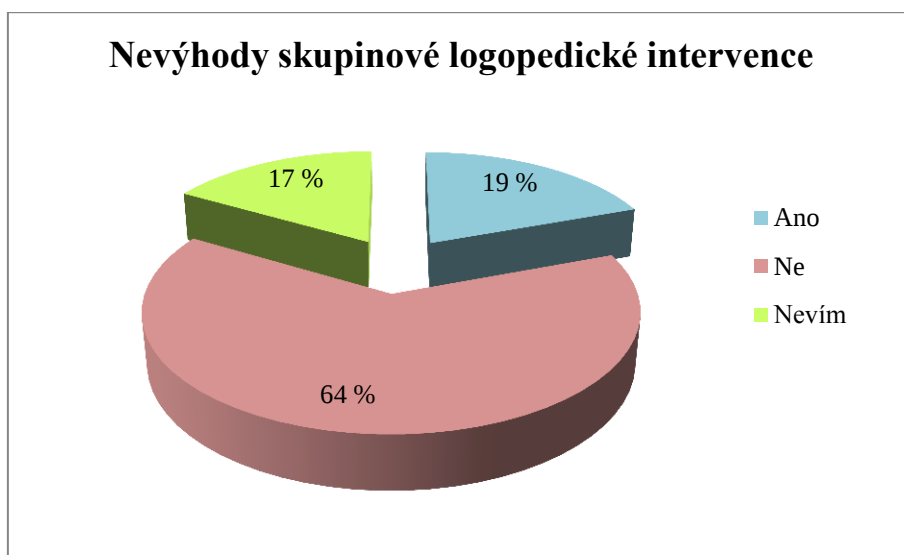
- a. ano,
- b. ne,
- c. nevím.

Na otázku, zda by tuto formu terapie doporučili, 100 % respondentů odpovědělo „ano“.

13. Spatřujete ve skupinové logopedické intervenci i nějaké nevýhody?

- a. ano,
- b. ne,
- c. nevím.

Většina respondentů nevýhody nespatřuje, nebo neví. Ti, kteří zvolili odpověď „ano“, uváděli jako nevýhodu skutečnost, že každý klient je na tom jinak (tzn. heterogenost symptomů afázie). Konkrétní zastoupení jednotlivých odpovědí znázorňuje graf 18.



Graf 18: Nevýhody skupinové logopedické intervence

14. Zde máte prostor pro Vaše další náměty, připomínky:

Závěr dotazníku byl vymezen pro případné další náměty či připomínky respondentů.

- „Chtěla bych, aby kolektivní terapie byla častěji a pro lidi, kteří jsou na tom hodně podobně. Ale to by muselo být asi rozšířenější povědomí o těchto skupinách.“
- „Muzeum, výstava, noviny...“

4.2.1 Resumé

Druhá část výzkumného šetření zjišťovala postoje a hodnocení klientů s afázií, kteří navštěvují skupinovou logopedickou terapii. Výzkumný soubor byl složen z většinového zastoupení mužů – 53 %, ženy byly reprezentovány 47 % podílem. Věkové rozložení respondentů bylo v rozmezí od 45 do 83 let. Lze konstatovat, že klienty skupinové logopedické intervence jsou lidé s afázií v průměrném věku 68,7 let. Většina dotazovaných současně navštěvuje individuální logopedickou terapii, a to nejčastěji v intervalu 1x týdně, nebo 1x – 2x měsíčně.

Z otázek zaměřených již na skupinovou logopedickou intervenci bylo zjištěno, že většina respondentů dochází na terapii více než rok, nejčastěji 1x týdně. Nejdelší účast na skupinové terapii je více než 8 let, nejméně ne déle než půl roku. Získané odpovědi tedy poukazují na fakt, že klienty jsou osoby v chronickém stádiu afázie. Skupina je v největší míře sestavena ze 4 – 6, nebo 7 – 8 osob různého zastoupení jednotlivých pohlaví. Jsou však na území ČR organizovány i skupiny, které sestávají z více než 9 osob. Průměrný počet

žen ve skupině se pohybuje okolo 2,7 a mužů 4,5. Převažuje tedy mužské zastoupení ve skupině. Lidé navštěvující skupinové logopedické terapie nejvíce oceňují skupinové aktivity, které jsou zaměřené na rozvoj komunikace. Mezi další pozitiva řadí i možnost setkávat se s lidmi se stejnými potížemi, příležitost seznámit se s novými lidmi, nebo také prostor pro sdílení radostí a starostí každodenního života se členy skupiny. Všichni respondenti zahrnutí do výzkumného šetření jsou spokojeni s průběhem a skupinovou terapii by doporučili. Za největší přínos považují jednak zmíněné aktivity zaměřené na rozvoj komunikace, čtení, psaní a počítání. Dále také dotazovaní ve velké míře uváděli, že mají možnost mluvit a vyjádřit se, která se jim v běžném životě příliš nenaskytne. Také je pro ně účast ve skupině určitou psychickou podporou, ukázkou, že v nastalé situaci nejsou sami. Spatřujeme tedy na základě odpovědí klientů přínos ve třech oblastech, tedy v rovině terapie afázie (rehabilitace řeči), v rovině psychologické podpory a v rovině sociální.

4.3 Analýza výsledků dotazníkového šetření zaměřeného na rodinné příslušníky osob s afázií, které navštěvují skupinovou logopedickou terapii

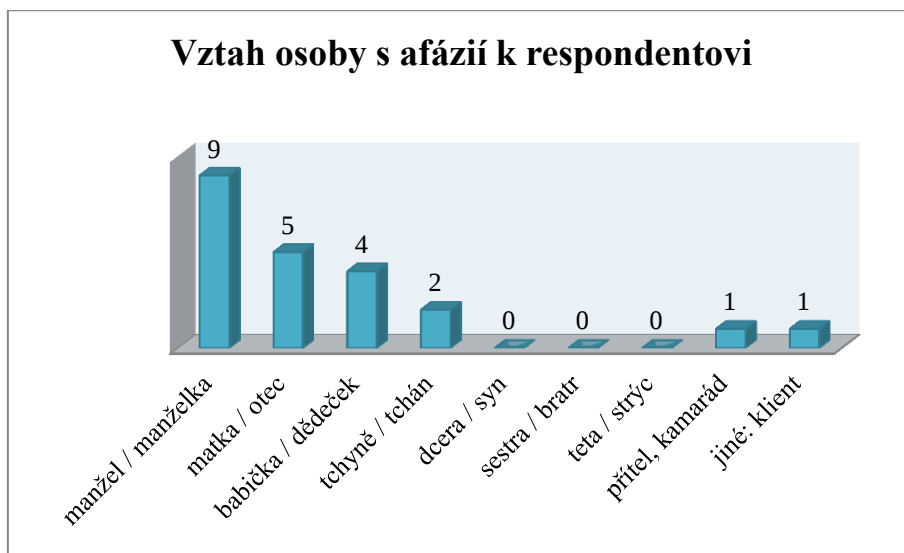
Třetí část výzkumného šetření byla zaměřena na rodinné příslušníky případně blízké osoby klientů s afázií, kteří navštěvují skupinovou logopedickou terapii. Respondenti byli osloveni buď osobně, nebo se mohli šetření zúčastnit vyplněním elektronického dotazníku, který byl zavěšen na webových stránkách www.survio.com. Cílem závěrečné části praktické části diplomové práce bylo zjistit pohled rodinných příslušníků osob s afázií na tuto formu terapie. Dotazování bylo anonymní.

1. V jakém vztahu je k Vám osoba s diagnózou afázie?

První otázka šetření zjišťovala, v jakém vztahu je k respondentovi osoba s afázií. Dotazování vybírali z možností:

- a. manžel / manželka,
- b. matka / otec,
- c. babička / dědeček,
- d. tchyně / tchán,
- e. dcera / syn,
- f. sestra / bratr,
- g. teta / strýc,
- h. přítel, kamarád,
- i. jiné: (prosím, uveďte):

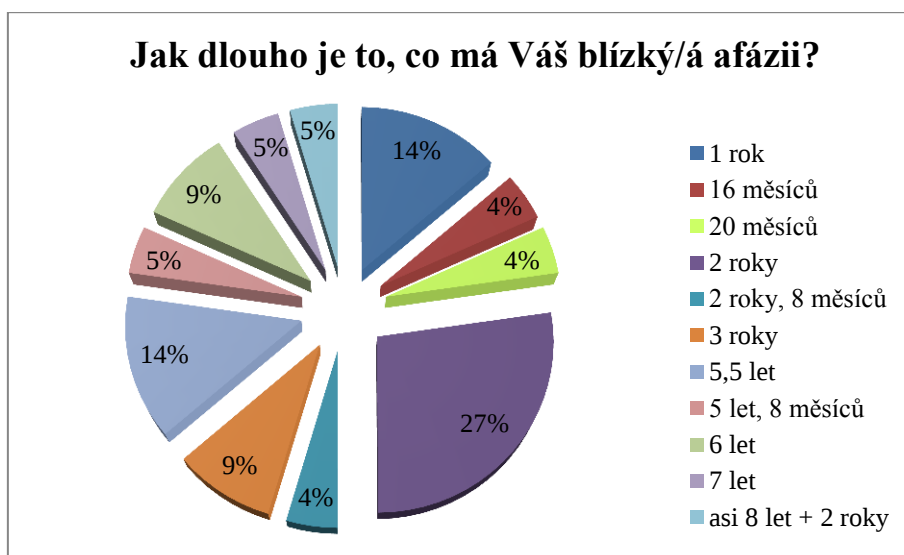
Nejčastěji byl ve výzkumném šetření zastoupen vztah manžela/manželky a matky/otce. Graf 19 znázorňuje zastoupení jednotlivých odpovědí.



Graf 19: Vztah osoby s afázií k respondentovi

2. Jak dlouho je to, co má Váš blízký/á afázii?

Další otázka zjišťovala dobu, jakou má rodinný příslušník respondenta diagnózu afázie. Zjištěné údaje potvrzují, že skupinovou logopedickou intervenci navštěvují klienti v chronickém stádiu afázie. Nejdelší doba přítomnosti afázií je ve výzkumném šetření asi 8 let + 2 roky po další příhodě, nejkratší 1 rok. Nejčastější odpovědi byly 2 roky. Podrobné výsledky zobrazuje graf 20.



Graf 20: Přítomnost afázie u rodinného příslušníka

3. Docházeli jste/docházíte s Vaším blízkým na individuální logopedickou terapii?

- a. ano (pokud ano, jak často:),
- b. ne.

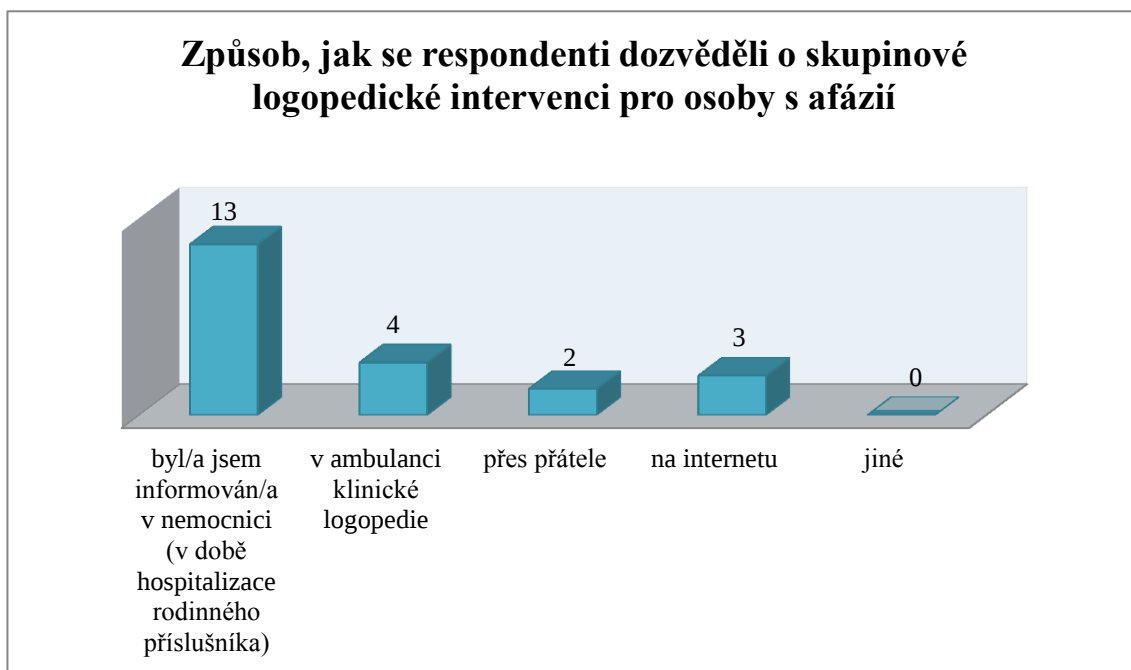
Převážná většina respondentů (71,5 %) odpověděla, že blízká osoba s afázií současně také dochází na individuální logopedickou terapii. Zbýlých 28,5 % dotazovaných uvedlo, že osoba s afázií navštěvuje pouze skupinovou logopedickou intervenci.

4. Jak jste se dozvěděli o možnosti navštěvovat s Vaším blízkým skupinovou logopedickou terapii?

V otázce číslo čtyři jsme zjišťovali, jak se respondenti dozvěděli o možnosti docházet s osobou s afázií na skupinovou logopedickou terapii. Dotazovaní vybírali z možností:

- a. byl/a jsem informován/a v nemocnici (v době hospitalizace rodinného příslušníka),
- b. v ambulanci klinické logopedie,
- c. přes přátele,
- d. na internetu,
- e. jiné (prosím, uveďte:).

Nejčastěji byli respondenti informováni v nemocnici v době hospitalizace rodinného příslušníka s afázií. Další častou odpovědí byla ambulance klinické logopedie. Naopak nejméně byli informováni přes přátele, nebo prostřednictvím internetu. Zastoupení jednotlivých odpovědí znázorňuje graf 21.



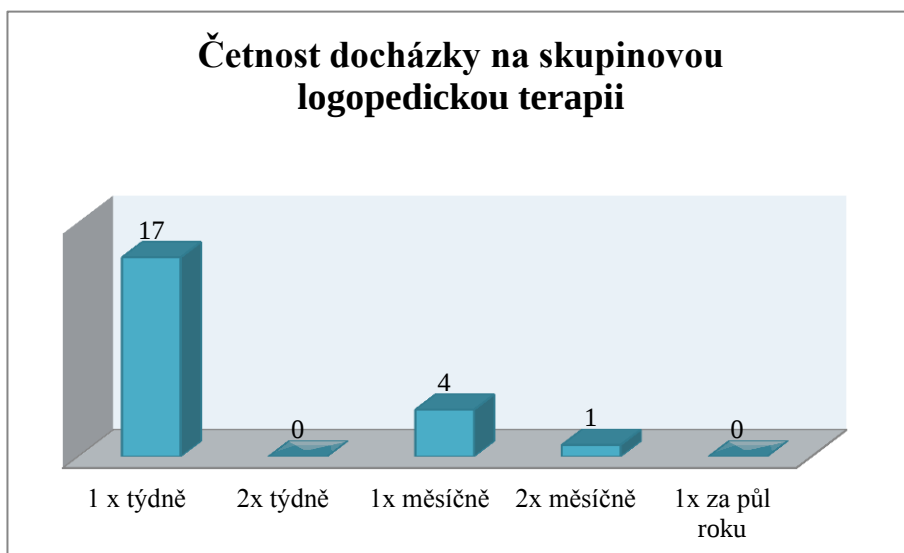
Graf 21: Způsob, jakým se respondenti dozvěděli o skupinové logopedické terapii

5. Jak často navštěvujete s Vaším blízkým skupinovou logopedickou terapii?

Respondenti vybírali z možností:

- a. 1x týdně,
- b. 2x týdně,
- c. 1x měsíčně,
- d. 2x měsíčně,
- e. 1x za půl roku,
- f. jiné:

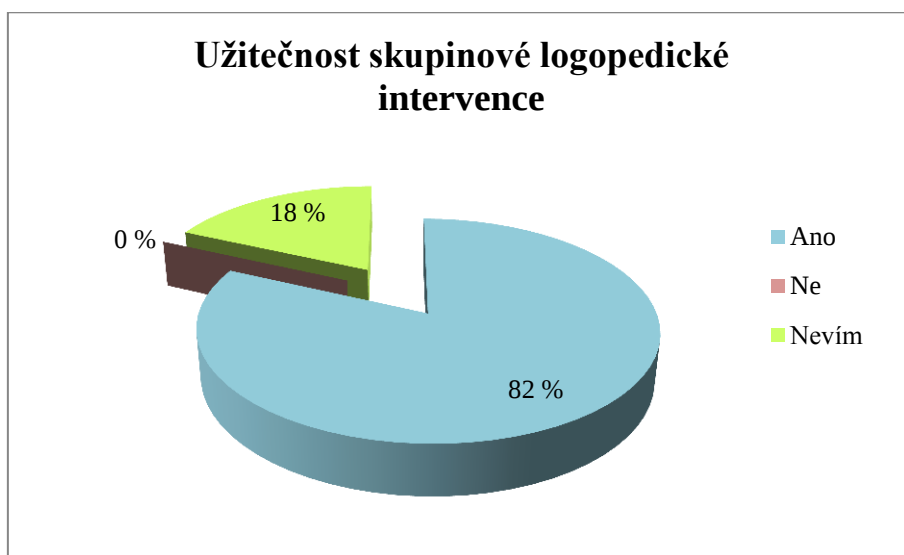
V největší míře dochází osoby s afázií na skupinovou logopedickou terapii 1 x týdně. Podíl odpovědí znázorňuje graf 22.



Graf 22: Četnost docházky na skupinovou logopedickou terapii

6. Hodnotíte skupinovou logopedickou terapii jako užitečnou?

Na otázku, zda hodnotí skupinovou logopedickou terapii jako užitečnou, rodinní příslušníci vybírali z možností *ano*, *ne*, nebo *nevím*. Z 82 % odpovídali prostřednictvím odpovědi *ano*. Zbylí respondenti hodnotili položkou *nevím*. Nikdo z dotazovaných nespatřuje skupinovou logopedickou terapii jako neúčinnou. Zastoupení jednotlivých odpovědí znázorňuje graf 23.



Graf 23: Užitečnost skupinové logopedické intervence

7. V čem spatřujete výhody skupinové logopedické terapie?

V otevřené otázce dotazovaní uváděli jako výhodu logopedická cvičení a také především to, že se osoba s afázií dostane do společnosti lidí, kteří trpí stejným problémem. Níže uvádíme některé odpovědi respondentů:

- „Manžel se na skupinové terapie vždy moc těší. Baví ho program, spolupráce s ostatními členy, aktivita, dostane se mezi lidi.“
- „Možnost nácviku různých situací, může si pečlivě otázku (nebo cokoli jiného) promyslet a zatím lze pracovat s jinými klienty. Je mezi lidmi, kteří trpí stejným problémem, mohou si předávat zkušenosti, učí se od ostatních podle toho, co obkukají. Komunikace mezi více lidmi tak, jako v reálu.“
- „Logopedická cvičení, cvičení motoriky, psaní, čtení, počítání. Manželka chodí velmi ráda. Zúčastňujeme se i dalších akcí.“
- „Ve skupině je lepší komunikace, soustředění a procvičování paměti.“
- „Manžel je rád, že není pouze doma, že se dostane mezi lidi. Zjistil, že existují lidé, kteří jsou na tom hůře než on.“
- „Možnost setkávat se s lidmi se stejnými potížemi.“
- „Dostane se mezi lidi, kteří jsou na tom obdobně, komunikuje s nimi. Chodí tam velmi rád.“
- „Logopedická péče, setkání se s lidmi se stejným problémem, dobrá nálada.“
- „Lidi se stejným problémem, stejná věková kategorie, společné téma rozhovorů.“
- „Lidé se stejným handicapem, noví přátelé.“

8. V čem skupinová logopedická terapie Vašeho blízkého posunula?

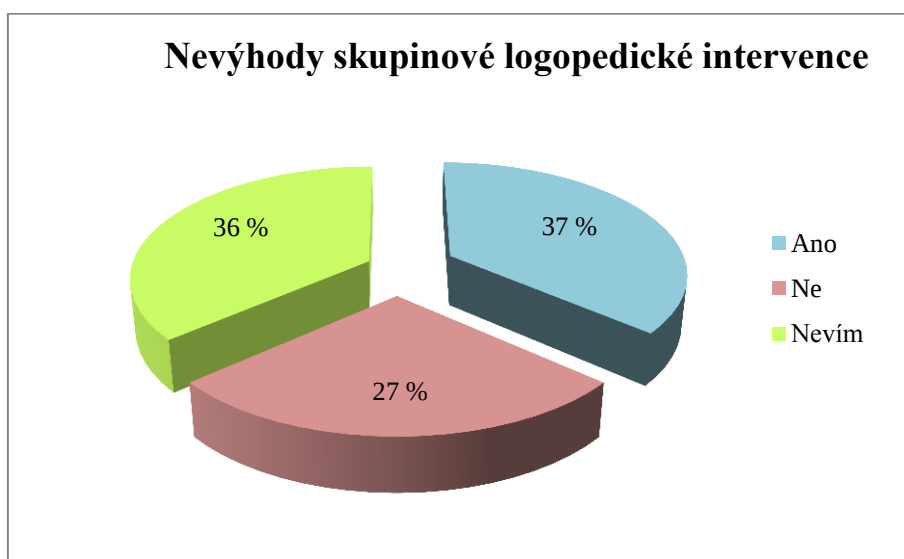
Další otevřená otázka se zaměřovala na to, v čem skupinová logopedická terapie osobu s afázií posunula. Vybrané odpovědi respondentů byly následující:

- „Vnesla mu trošku optimismu do života.“
- „Babička dlouhou dobu na skupiny nechtěla chodit, bála se. Ted' se nemůže dočkat, vždy už se těší a připravuje se od rána. Baví ji aktivity na rozvoj řeči, paměti.“
- „U plynulosti a celkového projevu řeči.“
- „Ve všem.“

- „Manželka získala zase chuť chodit mezi lidi, na terapie se těší. Taký chodíme v rámci sdružení na muzikoterapie, což je zase nová zkušenost, která nás baví.“
- „Aktivita, optimismus.“
- „Stal se vyrovnanějším. Zlepšila se mu řeč.“
- „Komunikace, slovní zásoba, lepší vyjadřování.“
- „Rozvoj slovní zásoby, pojmenování, lepší paměť, lepší obratnost mluvních orgánů.“
- „V komunikaci – především optimismus, chuť komunikovat, aktivita.“
- „Manžel byl dlouhou dobu neochoten stýkat se s lidmi, nechtěl nikam chodit. Po terapiích zjistil, že na tom není jen on sám špatně. Zlepši se v tom, že má zájem chodit ven. Nebojí se!“

9. Myslíte si, že má skupinová logopedická terapie i nějaké nevýhody/slabé stránky?

Ve výzkumném šetření jsme se také zaměřovali na to, zda má dle rodinných příslušníků skupinová logopedická intervence pro osoby s afázií i nějaké nevýhody či slabé stránky. Respondenti vybírali z možností *ano*, *ne* nebo *nevím*. Dotazovaní nejčastěji uváděli, že ve skupinové logopedické intervenci pro osoby s afázií spatřují nevýhody, a to zejména v různorodosti symptomů každého člověka s afázií. Druhá nejčastěji zastoupená položka, byla odpověď *nevím*. Naopak 27 % respondentů nevýhody neuvádí. Rozložení odpovědí znázorňuje graf 24.

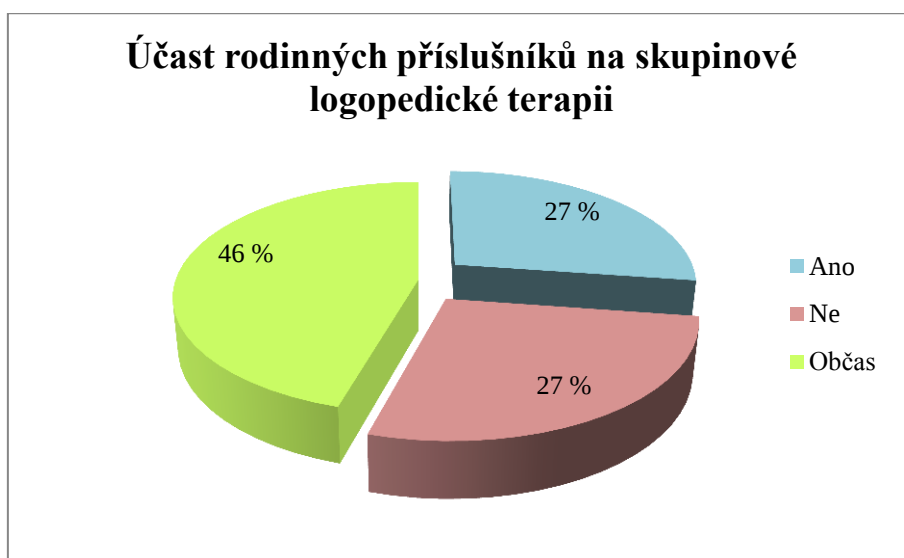


Graf 24: Nevýhody skupinové logopedické intervence

10. Zapojujete se Vy sami do skupinové logopedické terapie?

- a. ano,
- b. občas,
- c. ne,
- d. jiné (prosím, uveďte:).

Předposlední dvě otázky zjišťovaly, zda se rodinní příslušníci účastní skupinových terapií a zda se zapojují do dalších akcí, které poskytovatel pořádá. Z výsledků lze konstatovat, že převážná většina rodinných příslušníků se do skupinové logopedické terapie pro osoby s afázií zapojuje občas, v menší míře pravidelně. Pouze 27 % dotázaných se terapie neúčastní.

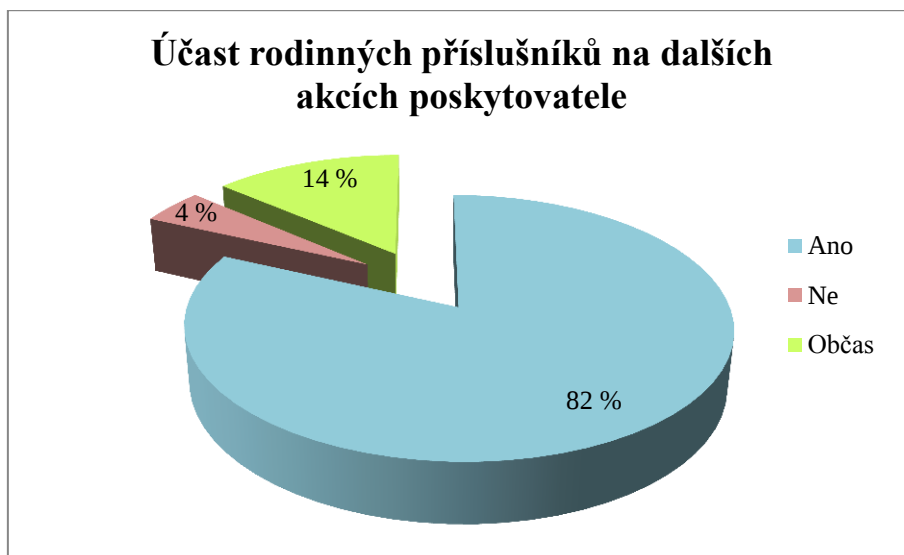


Graf 25: Účast rodinných příslušníků na skupinové logopedické terapii

11. Účastníte se společně s osobami s afázií dalších akcí, které poskytovatel pořádá?

- a. ano,
- b. ne.

Dotazovaní se v 82 % účastní dalších akcí, pouze 4 % rodinných příslušníků se nezapojuje. Přehledné zastoupení uvádí graf 26.



Graf 26: Účast rodinných příslušníků na dalších akcích poskytovatele

12. Zde máte prostor pro Vaše další náměty, připomínky.

V rámci poslední otázky měli rodinní příslušníci prostor pro další náměty a připomínky. Respondenti uváděli následující:

- „Skupinových terapií je v ČR nedostatek, bylo by dobré zvýšit nabídku.“
- „Návštěvy na afázii mají dobrý vliv na manžela a je vidět značné zlepšení. Důležitý je i pobyt v kolektivu.“
- „Dobré kombinovat individuální a skupinovou terapii.“
- „Skupinové terapie doporučuji všem, kteří mají takovéto problémy.“
- „Manželka chodí na terapie velmi ráda. Má možnost vyjádřit se, práce ve skupině jí prospívá a baví ji.“
- „Logopedická skupina je zase něco jiného, vidíme ale, že manželce docházka prospívá. Skupiny doporučujeme.“
- „Ze začátku manžel neměl vůbec zájem do skupiny chodit. Podařilo se nám však jednou dojít, několik setkání jsem trávila s ním, potom už byl ochoten zůstat i sám. Teď už se na každé setkání těší, od rána už se připravuje. Skupinová setkání mohu jen doporučit.“

4.3.1 Resumé

Závěrečná část výzkumného šetření byla zaměřena na rodinné příslušníky osob s afázií, které navštěvují skupinovou formu logopedické terapie. Celkově se anonymního

dotazování zúčastnilo 22 rodinných příslušníků, v převážné většině v rodinném vztahu manžela, nebo manželky. Získané odpovědi potvrdily tvrzení, že se skupinové formy terapie účastní lidé v chronickém stádiu afázie. Nejkratší uvedená doba přítomnosti diagnózy byla ve výzkumném šetření 1 rok, nejdelší 8 let plus 2 roky po další příhodě. Průměrně je u klienta, který navštěvuje skupinovou formu terapie, přítomna diagnóza afázie 3,5 roku. 71 % dotázaných rodinných příslušníků také uvedla, že blízké osoby s afázií současně dochází na individuální logopedickou terapii.

O možnosti navštěvovat skupinovou formu terapie se respondenti v největší míře dozvěděli v nemocni v době hospitalizace rodinného příslušníka, nebo v ambulanci klinické logopedie. Získané odpovědi potvrzují výpovědi poskytovatelů v tom, že tato forma terapie není jako taková vyhledávána samotnými osobami s afázií či rodinnými příslušníky. Klienti spíše do skupiny přichází na základě doporučení či nabídky logopeda. Shoduje se také četnost docházky na skupinovou terapii, tedy 1x týdně.

Z otázek zaměřených již na rodinné příslušníky lze vyhodnotit, že 82 % dotázaných hodnotí skupinovou logopedickou intervenci jako užitečnou, zbylých 18 % neví. Nikdo z respondentů však nehodnotí tuto formu terapie jako neužitečnou. Mezi výhody je z pohledu rodinných příslušníků řazena především příležitost setkat se s lidmi se stejnými problémy a seznámit se s novými lidmi. Dále je pozitivně hodnocena logopedická terapie a nácvik komunikace ve skupině. Respondenti shledávají u osob s afázií posun v oblasti komunikace, ale také zejména v rovině psychické a sociální. V oblasti komunikace uváděli rozvoj slovní zásoby, pojmenování, procvičování oromotoriky a zlepšení v celkovém mluvním projevu. V rovině psychické to byl zejména větší optimismus, vyrovnanost, aktivita, chuť komunikovat. Sociální rovina je reprezentována především zájmem o kontakt s lidmi.

Závěr výzkumného šetření přinesl zjištění, že 73 % rodinných příslušníků osob s afázií se účastní skupinových terapií a to buď pravidelně, nebo občas. U dalších akcí, které poskytovatel pořádá, je přítomných 96 % rodinných příslušníků.

5 ZÁVĚR PRAKTICKÉ ČÁSTI A DISKUSE

V následující části textu bychom se chtěli zabývat vytyčenými cíli diplomové práce a chtěli bychom zodpovědět stanovené výzkumné otázky.

V úvodu výzkumného šetření jsme si stanovili jako hlavní cíl zmapovat a vzájemně komparovat poskytovatele skupinové logopedické intervence pro osoby se získanou orgánovou nemluvností na území České republiky. Dalším cílem bylo zjistit pohled osob s afázií a jejich rodinných příslušníků, kteří mají s touto formou logopedické terapie zkušenost. Původní záměr diplomové práce byl zacílen pouze na klienty a rodinné příslušníky občanského sdružení Afázie v Šumperku, avšak pro získání komplexnější zpětné vazby jsme šetření rozšířili na území celé České republiky. K naplnění vytyčených cílů jsme využili metody kvalitativního dotazování s využitím tří druhů dotazníků. Jak jsme již nastínili v úvodu praktické části práce, skupinovou formu terapie můžeme považovat v našich podmínkách za méně rozšířenou. Domníváme se, že i přes tuto skutečnost byl vzorek respondentů zapojených do šetření pro naplnění stanovených cílů dostatečný. Na základě analýzy výsledků jednotlivých šetření bychom rádi na tomto místě zodpověděli námi formulované výzkumné otázky.

Výzkumná otázka č. 1: Jaká je nabídka skupinové formy logopedické intervence pro osoby se získanou orgánovou nemluvností na území České republiky?

V současné době registrujeme na území České republiky pět organizací, které zajišťují skupinovou logopedickou intervenci pro osoby s afázií. Mezi největší řadíme Občanské sdružení LOGO v Brně a občanské sdružení Klub Afasie v Praze.

Výzkumná otázka č. 2: Jak hodnotí skupinovou logopedickou intervenci lidé s diagnózou získaná orgánová nemluvnost?

Z celkového počtu 36 dotázaných osob s afázií, 94 % hodnotí skupinovou logopedickou intervenci jako přínosnou, zbylých 6 % neví. Nejvíce v rámci skupinové formy logopedické terapie oceňují aktivity zaměřené na rozvoj komunikace, skutečnost, že se mohou vyjádřit, diskutovat, mají program, musí přemýšlet. Na základě získaných dat lze tedy z pohledu osob s afázií považovat skupinovou formu terapie za prospěšnou a užitečnou.

Výzkumná otázka č. 3: Jaký je pohled rodinných příslušníků osob se získanou orgánovou nemluvností na skupinovou logopedickou intervenci?

Rodinní příslušníci v 82 % považují skupinovou logopedickou intervenci za přínosnou, zbylí dotázaní, neví. Nikdo z rodinných příslušníků tedy nevnímá skupinovou formu terapie jako zbytečnou.

Dále jsme na základě rozboru dospěli k následujícím poznatkům:

- Klienty skupinových logopedických terapií jsou osoby s afázií ve věku od 50 let a výše v chronickém stádiu afázie. Výzkumného šetření se zúčastnili klienti ve věkovém průměru 68,7 let s průměrnou délkou přítomnosti diagnózy 3,5 roku.
- Skupinové logopedické intervence jsou obvykle organizovány 1x týdně v rozsahu 90 minut. Skupina je nejčastěji sestavena ze 4 – 6 klientů a to na základě typu a závažnosti afázie. Setkání je vedeno klinickým logopedem, nebo logopedem. Terapií se mohou zúčastnit i rodinní příslušníci, kteří této možnosti využívají buď pravidelně, nebo občas. Stejně tak převažuje účast rodinných příslušníků na dalších akcích, které organizace pořádají.
- V jednotlivých zařízeních má terapie svou strukturu, obecně se setkáváme s úvodním rozhovorem, tematicky zaměřeným programem, tréninkem komunikace ve skupině, diskusí, rozvíjením kognitivních funkcí, grafie, lexie, kalkule, motoriky, grafomotoriky a závěrečnou relaxací.
- Největší přínos sledujeme z pohledu poskytovatelů v rovině terapie narušené komunikační schopnosti, v rovině psychologické a sociální. Osoby s afázií nejvíce oceňují aktivity zaměřené na rozvoj komunikace a možnost setkávat se s lidmi se stejnými potížemi. Rodinní příslušníci klientů vyzdvihují především sociální a psychickou rovinu. Tedy zapojení se do společnosti, kontakt s lidmi se stejnými potížemi, posílení sebedůvěry, aktivita, optimismus.
- Naopak jako nevýhoda je z pohledu všech respondentů uváděna různorodost symptomů afázie u jednotlivých účastníků skupinové logopedické intervence. Celkově je však skupinová forma terapie u klientů oblíbená a dále by ji doporučili.
- Financování je zajišťováno formou členských poplatků, sponzorských darů, prodeje reedukačních materiálů a také grantů či projektů.

Rádi bychom poukázali na shodu v hodnocení přínosu skupinové formy terapie pro osoby s afázií. Všichni zapojení respondenti vnímají přínos ve třech oblastech, tedy v rovině terapie narušené komunikační schopnosti, sociální a psychické. Lze však vnímat jistou preferenci. Rodinní příslušníci vyzdvihují oblast sociální a psychickou, osoby s afázií řadí na první místo aktivity na rozvoj komunikace, poskytovatelé shodně uvádí všechny tři oblasti.

Závěrem kapitoly bychom rádi konstatovali, že cíle výzkumného šetření byly naplněny a stanovené výzkumné otázky byly zodpovězeny. Předmětem diskuse se stává otázka, zda s sebou nese námi realizované výzkumné šetření i svá rizika. Domníváme se, že za jedno z úskalí lze považovat druhou část výzkumného šetření, které bylo zaměřeno na osoby s afázií. Konkrétně vnímáme jako možný kámen úrazu symptom afázie, který jak uvádí odborná literatura (např. Základy logopédie, Klinická logopedie), je přítomný téměř u každého typu afázie. Jedná se o poruchu porozumění řeči. Přestože byly otázky v dotazníku určenému osobám s afázií formulovány jasně a srozumitelně, nelze vyloučit, že mohlo dojít k určitému zkreslení získaných odpovědí. Tomuto problému jsme se snažili předejít prostřednictvím spolupracujících logopedů z jednotlivých organizací, jež zařadili vyplnění dotazníku do obsahu skupinové logopedické intervence a mohli tak klientům zadanou otázku případně objasnit. Předpokládali jsme také určitou pomoc pro osoby s afázií ze strany logopedů a rodinných příslušníků při vyplňování dotazníků.

6 ZÁVĚR

Osoby se získanou orgánovou nemluvností se mnohdy v důsledku narušené komunikační schopnosti a jejích symptomů dostávají do situace, která s sebou nese obtíže v oblasti komunikace, ale také zasahuje stránku psychickou, fyzickou a sociální. Lidé s afázií se často i v důsledku pohybového postižení po nejčastější příčině vzniku, cévní mozkové příhodě, stávají obětí sociální izolace. Skupinová logopedická intervence představuje možnost, jak sociální izolaci zamezit či předejít, přesto si netroufáme tvrdit, že pro všechny klienty je skupinová forma terapie vhodná. Cílem naší práce bylo zmapovat situaci v České republice, jak z pohledu poskytovatelů skupinové logopedické intervence, tak z pohledu osob s afázií a jejich rodinných příslušníků.

Nejdříve jsme se v rámci teoretické části práce zabývali zpracování problematiky získané orgánové nemluvnosti a skupinové logopedické intervence v odborné literatuře. Přiblížili jsme charakteristiku afázie, včetně její terminologie, etiologie, symptomatologie a klasifikace. V neposlední řadě jsme se věnovali otázce diagnostiky a terapie získané orgánové nemluvnosti. Druhá kapitola teoretické části byla věnována skupinové logopedické intervenci, nejdříve v kontextu logopedie obecně, poté ve spojitosti s lidmi s diagnózou afázie. Praktická část byla věnována analýze a vyhodnocení výzkumného šetření, které bylo zacíleno na tři cílové skupiny. Jednalo se o organizace poskytující skupinovou logopedickou intervenci pro osoby se získanou orgánovou nemluvností na území České republiky, dále o osoby s afázií, které využívají služby skupinové logopedické intervence a jejich rodinné příslušníky. Na základě výsledků šetření jsme dospěli k názoru, že skupinová forma logopedická terapie je z pohledu osob s afázií i rodinných příslušníků přínosná. Nabídka ze strany poskytovatelů se však v současné době koncentruje ve větších městech a není dle našeho názoru příliš rozšířená. Domníváme se, že dosažené výsledky diplomové práce lze považovat za podnět k dalšímu šetření, které by bylo možné uchopit i z jiných úhlů pohledu. Nabízí se např. šetření zaměřené na skupinovou logopedickou intervenci pohledem osob s afázií, které tuto formu terapie nevyužívají, nebo o ní neví. Výsledky by ukázaly, zda je nabídka poskytovatelů na území České republiky dostatečná.

Doufáme, že naše práce přinesla náhled na skupinovou formu logopedické intervence v České republice a byli bychom rádi, kdyby přispěla i k vyššímu zájmu odborníků z oblasti logopedie.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

BANNISTER, Roger. *Brain and Bannister's Clinical Neurology*. 7th edn. Oxford: Oxford Medical Publications, 1992.

CSÉFALVAY, Zsolt. 2007. Diagnostika afázie. In: CSÉFALVAY, Zsolt a kol. *Terapie afázie: teorie a případové studie*. 1. vyd. Praha: Portál, s. 33 - 49. ISBN 978-80-7367-316-1.

CSÉFALVAY, Zsolt. 2003. Diagnostika afázie. In: LECHTA, Viktor a kol. *Diagnostika narušené komunikační schopnosti*. 1. vyd. Praha: Portál, s. 202 – 236. ISBN 80-7178-801-5.

CSÉFALVAY, Zsolt. 2007. Klinické syndromy afázie. In: CSÉFALVAY, Zsolt a kol. *Terapie afázie: teorie a případové studie*. 1. vyd. Praha: Portál, s. 15 - 23. ISBN 978-80-7367-316-1.

CSÉFALVAY, Zsolt. 2007. Melodicko-intonační terapie u pacientky s chronickou Brocovou afázií. In: CSÉFALVAY, Zsolt a kol. *Terapie afázie: teorie a případové studie*. 1. vyd. Praha: Portál, s. 99 – 105. ISBN 978-80-7367-316-1.

CSÉFALVAY, Zsolt. 2007. Terapie afázie. In: CSÉFALVAY, Zsolt a kol. *Terapie afázie: teorie a případové studie*. 1. vyd. Praha: Portál, s. 53 - 70. ISBN 978-80-7367-316-1.

CSÉFALVAY, Zsolt. 2007. Význam konverzační skupiny pro pacienty s chronickou afázií. In: CSÉFALVAY, Zsolt a kol. *Terapie afázie: teorie a případové studie*. 1. vyd. Praha: Portál, s. 145 - 154. ISBN 978-80-7367-316-1.

CSÉFALVAY, Zsolt. 2009. Afázia. In: KERÉKRÉTIÓVÁ, Aurélia a kol. *Základy logopédie*. Bratislava: Univerzita Komenského v Bratislavě, s. 227 - 241. ISBN 978-80-223-2574-5.

CSÉFALVAY, Zsolt. 2011. Terapie afázie. In: LECHTA, Viktor a kol. *Terapie narušené komunikační schopnosti*. 2., aktualiz. vyd. Praha: Portál, s. 203 - 237. ISBN 978-80-7367-901-9.

CSÉFALVAY, Zsolt; KOŠTÁLOVÁ, Milena; KLIMEŠOVÁ, Marta. *Diagnostika a terapie afázie, alexie, agrafie*. 1. vyd. Praha: Asociace klinických logopedů České republiky, 2003. 490 s. ISBN 80-903312-0-3.

CSÉFALVAY, Zsolt; KOŠTÁLOVÁ, Milena. 2013. Diagnostika afázie. In: CSÉFALVAY, Zsolt; LECHTA, Viktor a kol. *Diagnostika narušené komunikační schopnosti u dospělých*. 1. vyd. Praha: Portál, s. 83 – 116. ISBN 978-80-262-0364-3.

ČECHÁČKOVÁ, Miloslava. 2007. Získané organické poruchy řečové komunikace. In ŠKODOVÁ, Eva; JEDLIČKA Ivan a kol. *Klinická logopedie*. 2. aktual. vyd. Praha: Portál, s. 147-179. ISBN 978-80-7367-340-6.

DAVIS, G. Albyn. *Aphasiology: Disorders and Clinical Practice*. Boston, MA: Allyn & Bacon 2007. 400 p. ISBN 0205480993.

DVOŘÁK, Josef. *Logopedický slovník*. 3. vyd. Žďár nad Sázavou: Logopedické centrum, 2007. 248 s. ISBN 978-80-902536-6-7.

ELMAN, Roberata. J. Social and Life Participation Approaches to Aphasia Intervention. 2011. In: LaPOINTE, Leonard. *Aphasia and Related Neurogenic Language Disorders*. 4 th. edition. Thieme. ISBN-10: 1604062614.

GEIST, Bohumil. *Sociologický slovník*. Praha: Victoria Publishing, 1992. 647 s. ISBN 80-85605-28-7.

HARTL, Jiří. *Afázie, agnozie, apraxie*. 1. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého, 1987. 24 s.

HENDL, Jan. Kvalitativní výzkum: základní metody a aplikace. vyd. 1. Praha: Portál, 2005. 407 s. ISBN 80-7367-040-2.

HRBEK, Jaromír. *Neurologie IV*. Praha: SPN, 1969.

HRBEK, Jaromír. *Neurologie. 4, část 2., Obecná syndromologie. Topická diagnostika. Mozkové hemisféry*. 1. vyd. Praha: 1983.

HRNČIAROVÁ, Anna. *Afázia: diagnostika, klasifikácia, terapia*. Bratislava: Kalligram, 2010. 144 s. ISBN 978-80-8101-334-8.

JANDOUREK, Jan. *Slovník sociologických pojmů*. 1. vyd. Praha: Grada, 2012. 258 s. ISBN 978-80-247-3679-2.

KEARNS, Kevin, P. 1986. Group Therapy for aphasia: Theoretical and Practical Considerations. In: CHAPEY, Roberta. *Language Intervention Strategies in Adult Aphasia*. 2 edition. Baltimore: Williams & Wilkins, p. 304 – 318.

KLIPPI, Anu. *Conversation as an achievement in aphasics*. Helsinki: Suomalaisen kirjallisuuden seura, 1996. 214 p. ISBN 95-171-7915-4.

KRÁL, Michal a kol. *Neurologie pro speciální pedagogy*. 1. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2012. 211 s. ISBN 978-80-244-3244-1.

KRATOCHVÍL, Stanislav. *Skupinová psychoterapie v praxi*. 3. doplněné vyd. Praha: Galén, 2009. 297 s. ISBN 978-80-7262-347-1.

KULIŠŤÁK, Petr. *Neuropsychologie*. 1. vyd. Praha: Portál, 2003. 327 s., xvi s. barev. obr. příl. ISBN 80-7178-554-7.

KULIŠŤÁK, Petr. 2006. Model neuropsychologické rehabilitace po úrazech hlavy. In: PREISS, Marek; KUČEROVÁ, Hana a kol. *Neuropsychologie v neurologii*. 1. vyd. Praha: Grada, s. 331 – 338. ISBN 80-247-0843-4.

LECHTA, Viktor. 2005. Metody a techniky logopedické terapie, principy jejich aplikace. In: LECHTA, Viktor a kol. *Terapie narušené komunikační schopnosti*. 1. vyd. Praha: Portál, s. 15 - 30. ISBN 80-7178-961-5.

LECHTA, Viktor. 2011. Metody a techniky logopedické terapie, principy a jejich aplikace. In: LECHTA, Viktor a kol. *Terapie narušené komunikační schopnosti*. 2., aktualiz. vyd. Praha: Portál, s. 15 - 31. ISBN 978-80-7367-901-9.

LEJSKA, Mojmir. *Poruchy verbální komunikace a foniatrie*. Brno: Paido, 2003. 156 s. ISBN 80-7315-038-7.

LOVE, Russell J., WEBB, Wanda G. *Mozek a řeč: neurologie nejen pro logopedy*. 1. vyd. Praha: Portál, 2009. 372 s. ISBN 978-80-7367-464-9.

MAČÁKOVÁ, Jana. *Doplňky k neuropsychologii a psychofyziologii*. Olomouc: Univerzita Palackého, 1988. 41 s.

MIOVSKÝ, Michal. *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu*. 1. vyd. Praha: Grada, 2006. 332 s. ISBN 80-247-1362-4.

MLČÁKOVÁ, Renata. 2011. Osoby s narušením komunikační schopnosti. In: MICHALÍK, Jan a kol. *Zdravotní postižení a pomáhající profese*. 1. vyd. Praha: Portál, 2011. 511 s. ISBN 978-80-7367-859-3.

MÜLLER, Oldřich. *Terapie ve speciální pedagogice*. 1. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého, 2005. 295 s. ISBN 80-244-1075-3.

NEBUDOVÁ, Jaroslava. 1997. Cévní mozkové příhody. In: KULIŠŤÁK, Petr a kol. *Afázie*. 1. vyd. Praha: Triton, s. 11 - 15. ISBN 80-85875-38-1.

PEUTELSCHMIEDOVÁ, Alžběta. 2005. Afázie. In: VITÁSKOVÁ, Kateřina; PEUTELSCHMIEDOVÁ, Alžběta. *Logopedie*. Olomouc: UPOL, s. 178-182. ISBN 80-244-1088-5.

POECK, Klaus. 1989. Fluency. In CODE, Chris. *The characteristics of aphasia: Brain Damage, Behaviour and Cognition*. CRC Press, 1989. p. 23 - 32. ISBN 0-85066-470-5.

ROSENBEEK, C. John, LaPOINTE, L. Leonard, WERTZ, T. Robert. *Aphasia: a clinical approach*. Boston: College Hill Press, 1989. 311 s.

SAVAGE, Ronald, Charles; WOLCOTT Gary F.: Overview of acquired brain injury. In: *Educational Dimensions of Acquired Brain Injury*. Austin, TX, Pro-ed. 574 p. ISBN 0890795983.

SOVÁK, Miloš. *Uvedení do logopedie*. Praha: Státní pedagogické nakladatelství, 1978. 318 s.

SVOBODA, Pavel. *Metodologie kvantitativního speciálněpedagogického výzkumu*. 1. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2012. 123 s. ISBN 978-80-244-3067-6.

TANNER, Dennis C. *The Psychology of Neurogenic Communication Disorders: A Primer for Health Care Professionals*. Boston: Allyn & Bacon, 2003. 192 p. ISBN: 0205370721.

TAYLOR, E. Shelley; PEPLAU, Letitia Anne; SEARS, David O. *Social psychology*. 12 ed. Upper Saddle River: Pearson Education Inc., 2006. ISBN 0-13-201708-3.

URBANOVSKÁ, Eva; ŠKOBRTAL, Pavel. *Sociální a pedagogická psychologie pro speciální pedagogii*. 1. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2012. 135 s. ISBN 978-80-244-3065-2.

VYGOTSKY, S. Lev. *Thought and language*. Cambridge: MIT Press. 1962.

SEZNAM INTERNETOVÝCH ZDROJŮ

Aphasia: Causes. *American Speech-Language-Hearing Association* [online]. 1997–2014. [cit. 2014-02-14]. Dostupné z: <http://www.asha.org/public/speech/disorders/Aphasia/#causes>

Aphasia center of California: Aphasia Treatment [online]. Oakland, 2014. [cit. 2014-02-26]. Dostupné z: <http://aphasiacenter.net/>

Aphasia Groups. *Teachers College Columbia University: Edward D. Mysak Clinic for Communication Disorders* [online]. [cit. 2014-03-11]. Dostupné z: <http://www.tc.columbia.edu/centers/mysak/index.asp?Id=Clinical+Services&Info=Aphasia+Groups>

Aphasia: How is aphasia treated? *National institute on deafness and other communication disorders..* [online]. NIH Pub. No. 97-4257. Bethesda, 2008 [cit. 2014-02-25]. Dostupné z: <http://www.nidcd.nih.gov/health/voice/pages/aphasia.aspx>

Aphasia: Overview. *American Speech-Language-Hearing Association* [online]. 1997–2014. [cit. 2014-02-6]. Dostupné z: <http://www.asha.org/PRPSpecificTopic.aspx?folderid=8589934663§ion=Overview>

Aphasia: Signs and symptoms. *American Speech-Language-Hearing Association* [online]. 1997–2014. [cit. 2014-02-20]. Dostupné z: http://www.asha.org/PRPSpecificTopic.aspx?folderid=8589934663§ion=Signs_and_Symptoms.

BERNSTEIN-ELLIS Ellen; ELMAN Roberta, J. Aphasia Group Communication Treatment: The Aphasia Center of California Approach. In: ELMAN, Roberta J. *Group treatment of neurogenic communication disorders: the expert clinician's approach* [online]. 2nd ed. San Diego, CA: Plural Pub., c2007, 71 - 94 [cit. 2014-03-11]. Dostupné z: https://www.pluralpublishing.com/media/media_gtoncd_SamplePages.pdf. ISBN 1597560707.

CSÉFALVAY, Zsolt; KOŠTÁLOVÁ, Milena. Neurogénne poruchy komunikácie u dospelých. *Neurologie pro praxi* [online]. 2012, roč. 13, č. 6, 304 - 307 [cit. 2014-03-03]. Dostupné z: <http://www.neurologiepropraxi.cz/pdfs/neu/2012/06/03.pdf>.

CSÉFALVAY, Zsolt; WIEDERMANN Ingrid; EGRYOVÁ Marta. Kognitívno-neuropsychologický prístup v diagnostike afázie, alexie a agrafie. *Československá Psychologie* [online]. 2010, Vol 54(1), s. 88-102 [cit. 2014-02-18]. ISSN 1804-6436. Dostupné z: <http://eds.b.ebscohost.com/eds/detail?vid=7&sid=c0106c13-f3b7-49e5-9c8ab387a8e56ea3%40sessionmgr198&hid=109&bdata=Jmxhbmc9Y3Mmc2l0ZT1lZHMtbGl2ZQ%3d%3d#db=psyh&AN=2010-04847-007>.

DAVIS, Albyn. Aphasia Therapy Guide. *National Aphasia Association* [online]. 2011 [cit. 2014-02-26]. Dostupné z: <http://www.aphasia.org/content/aphasia-therapy-guide>.

FRIDLER, Nofia; ROSEN, Keren. Tele-Rehabilitation Therapy vs. Face-to-Face Therapy for Aphasic Patients. In: *DigitalWorld 2012 January 30 - February 4, 2012 - Valencia, Spain* [online]. S. l.: IARIA, 2012 [cit. 2014-03-13]. ISBN 9781612081793. Dostupné z: http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:S3HG870R4tQJ:www.thinkmind.org/download.php%3Farticleid%3Detelemed_2012_1_40_40106+&cd=4&hl=cs&ct=clnk&gl=c
z

KEARNS, Kevin P.; SIMMONS Nina N.. Group Therapy for Aphasia: A Survey of V.A. Medical Centers. In: *Clinical Aphasiology Conference: Clinical Aphasiology Conference* [online]. Ashland: BRK Publishers, 1985. p 176 – 183. [cit. 2014-03-10]. Dostupné z: <http://aphasiology.pitt.edu/archive/00000851/01/15-22.pdf>

KERTESZ, Andrew. *Western Aphasia Battery: Test booklet* [online]. University of Virginia: Grune & Stratton, 1982, 2010 [cit. 2014-02-25]. ISBN 015-4988-40-5. Dostupné z: http://www.strokestrategy.ab.ca/Capital_Tools/UAHSTRK0220070928094730.pdf

LIEBERMAN, Jane, R.; MICHAEL Ann. Group therapy revisited: Using cooperative learning procedures in speech-language therapy. *NSSLHA Journal* [online]. 1986, Vol. 14, 51 - 67 [cit. 2014-03-05]. Dostupné z: <http://www.asha.org/uploadedFiles/asha/publications/cicsd/1986GroupTherapyRevisted.pdf>.

Mezinárodní klasifikace nemocí: Mezinárodní statistická klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů. Desátá revize (MKN-10). [online]. Praha: Ústav zdravotnických informací a statistiky, 2008, 1.1.2013 [cit. 2014-02-04]. ISBN 978-80-904259-0-3. Dostupné z: <http://www.uzis.cz/cz/mkn/index.html>.

Poruchy krevního zásobení mozku - poruchy řeči: Klasifikace afázií podle Hrbka. [online]. Olomouc, 2012 [cit. 2014-02-19]. Dostupné z: <http://pfyziollfup.upol.cz/castwiki2/?p=8290>.

Poruchy krevního zásobení mozku - poruchy řeči: Lurijova klasifikace afázií [online]. Olomouc, 2012 [cit. 2014-02-19]. Dostupné z: <http://pfyziollfup.upol.cz/castwiki2/?p=8290>.

Rehabilitation Institute of Chicago: Center for Aphasia Research and Treatment [online]. Chicago, 2014 [cit. 2014-03-11]. Dostupné z: <http://www.ric.org/research/centers/aphasia/>

The global burden of cerebrovascular disease. *Global Burden of Disease* [online]. 2000, s. 1-67 [cit. 2014-02-05]. Dostupné z: http://www.who.int/healthinfo/statistics/bod_cerebrovasculardiseasestroke.pdf.

TRUELSEN, Thomas; BEGG Stephen; MATHERS Colin. The global burden of cerebrovascular disease. *Global Burden of Disease: Cerebrovascular disease* [online]. 2000, 21-06-06 [cit. 2014-03-12]. Dostupné z: http://www.who.int/healthinfo/statistics/bod_cerebrovasculardiseasestroke.pdf.

TURKYILMAZ, Meral, Didem; BELGIN Erol. Reliability, Validity, and Adaptation of Computerized Revised Token Test in Normal Subjects. *Journal of International Advanced Otolaryngology* [online]. 2012, Vol. 8 Issue 1, p103-112. [cit. 2014-02-25]. ISSN 1308-7649 Dostupné z: <http://eds.b.ebscohost.com/eds/pdfviewer/pdfviewer?vid=2&sid=3e91df79-1394-4889-be1e-00f7dabea45e%40sessionmgr111&hid=104>.

VEGA, Jose. *Aphasia Treatment in Stroke: PACE (Promoting Aphasic's Communicative Effectiveness)* [online]. 2008 [cit. 2014-02-26]. Dostupné z: <http://stroke.about.com/od/caregiverresources/a/Aphasiarx.htm>.

Velký lékařský slovník: Gerstmanův syndrom. [online]. 2008, [cit. 19. února 2014]. Dostupné z: <http://lekarske.slovniky.cz/pojem/gerstmannuv-syndrom>.

Velký lékařský slovník: Hemodynamika. [online]. 2008, [cit. 23. února 2014]. Dostupné z: <http://lekarske.slovníky.cz/pojem/hemodynamika>

Velký lékařský slovník: parafázie. [online]. 2008, [cit. 12. února 2014]. Dostupné z: <http://lekarske.slovníky.cz/pojem/parafazie>.

Velký lékařský slovník: vaskulitida. [online]. 2008, [cit. 12. února 2014]. Dostupné z: <http://lekarske.slovníky.cz/pojem/vaskulitida>

SEZNAM ZKRATEK

AQ	Afatický kvocient
ASHA	American speech – language-hearing association
Aj.	A jiné
A kol.	A kolektiv
Atd.	A tak dále
Atp.	A tak podobně
Apod.	A podobně
CADL-2	Communicate Activities of Daily Living
CMP	Cévní mozková příhoda
ČR	Česká republika
DgAAA	Diagnostika afázie, alexie a agrafie
Ibid.	Z lat. ibidem, tamtéž
LQ	Language quotient
MASTcz	Mississippi Aphasia Screening Test
MIT	Melodicko-intonační terapie
MKN	Mezinárodní klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů
Např.	Například
PACE	Promoting Aphasic's Communicative Effectiveness
P.	Page
SSOŠ	Soukromá střední odborná škola
Stol.	Století
SR	Slovenská republika
Tj.	To je
TR	Telerehabilitation
Tzv.	Takzvaný

USA	United States of America
VAFO	Vyšetření řeči v akutní fázi onemocnění
VFF	Vyšetření fatických funkcí
WAB	Western Aphasia Battery
WHO	World Health Organization

SEZNAM GRAFŮ

Graf 1: Přehled vyhledaných a reálných poskytovatelů skupinové logopedické intervence pro osoby se získanou orgánovou nemluvností

Graf 2: Celkový přehled respondentů výzkumného šetření

Graf 3: Rok zahájení skupinové logopedické intervence pro osoby s afázií v České republice v rámci jednotlivých zařízení

Graf 4: Počet osob s diagnózou afázie, které navštěvují skupinovou logopedickou intervenci

Graf 5: Věkové zastoupení klientů skupinové logopedické intervence

Graf 6: Vedení skupinové logopedické intervence

Graf 7: Četnost skupinové logopedické intervence

Graf 8: Délka trvání skupinové logopedické intervence

Graf 9: Pohlaví respondentů

Graf 10: Věk osob s afázií navštěvujících skupinovou formu logopedické intervence

Graf 11: Individuální logopedická terapie

Graf 12: Doba docházky na skupinovou logopedickou intervenci

Graf 13: Četnost docházky na skupinovou logopedickou intervenci

Graf 14: Počet osob ve skupině

Graf 15: Zastoupení mužů a žen v jednotlivých skupinách

Graf 16: Nejvíce oceňované aktivity v rámci skupinové logopedické intervence

Graf 17: Přínos skupinové logopedické intervence

Graf 18: Nevýhody skupinové logopedické intervence

Graf 19: Vztah osoby s afázií k respondentovi

Graf 20: Přítomnost afázie u rodinného příslušníka

Graf 21: Způsob, jakým se respondenti dozvěděli o skupinové logopedické terapii

Graf 22: Četnost docházky na skupinovou logopedickou terapii

Graf 23: Užitečnost skupinové logopedické intervence

Graf 24: Nevýhody skupinové logopedické intervence

Graf 25: Účast rodinných příslušníků na skupinové logopedické terapii

Graf 26: Účast rodinných příslušníků na dalších akcích poskytovatele

SEZNAM TABULEK

Tabulka 1: Přehled vyhledaných a oslovených poskytovatelů skupinové logopedické intervence pro osoby se získanou orgánovou nemluvností v ČR

Tabulka 2: Přehled poskytovatelů skupinové logopedické intervence pro osoby se získanou orgánovou nemluvností v ČR

Tabulka 3: Přehled poskytovatelů skupinové logopedické intervence pro osoby se získanou orgánovou nemluvností v ČR, kteří souhlasili se zahrnutím do výzkumného šetření.

Tabulka 4: Organizace poskytující skupinovou logopedickou intervenci osobám s afázií na území ČR

Tabulka 5: Rok zahájení skupinové logopedické intervence pro osoby s afázií

Tabulka 6: Zájem o skupinovou logopedickou intervenci ze strany osob s afázií

Tabulka 7: Podmínky pro přijetí klienta do skupinové logopedické terapie

Tabulka 8: Vedení skupinové logopedické intervence

Tabulka 9: Počet členů jedné terapeutické skupiny a celkový počet skupin

Tabulka 10: Kritéria pro sestavení skupiny

Tabulka 11: Charakteristika průběhu a obsahu skupinové logopedické intervence

Tabulka 12: Přínos skupinové logopedické intervence

Tabulka 13: Negativa skupinové logopedické intervence

Tabulka 14: Financování skupinové logopedické intervence

SEZNAM OBRÁZKŮ

Obrázek 1: Klasifikace testů podle cíle vyšetření (Cséfalvay, Košťálová, 2012, s. 305) 27

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha č. 1 Dotazník pro organizace poskytující skupinovou logopedickou intervenci osobám s diagnózou afázie

Příloha č. 2 Dotazník pro klienty s diagnózou afázie, kteří navštěvují skupinovou logopedickou terapii

Příloha č. 3 Dotazník pro rodinné příslušníky klientů s diagnózou afázie, kteří navštěvují skupinovou logopedickou terapii

Příloha č. 1 Dotazník pro organizace poskytující skupinovou logopedickou intervenci osobám s diagnózou afázie

DOTAZNÍK PRO ORGANIZACE POSKYTUJÍCÍ SKUPINOVOU LOGOPEDICKOU INTERVENCI OSOBÁM S DIAGNÓZOU AFÁZIE

Vážený pane, vážená paní,

dovoluji se na Vás touto cestou obrátit s prosbou o vyplnění dotazníku, který si klade za cíl zmapovat možnosti skupinové logopedické intervence osob s diagnózou afázie v České republice. Výzkumné šetření je realizováno v rámci diplomové práce na téma „Skupinová logopedická intervence u osob se získanou orgánovou nemluvností“ v rámci studijního oboru Logopedie na Univerzitě Palackého v Olomouci. Rádi bychom Vás ujistili, že získané informace budou vyhodnoceny a použity pouze pro potřeby výzkumného záměru diplomové práce.

Děkuji Vám za spolupráci!

Bc. Monika Kubičková

Název organizace:

1. Od kterého roku Vaše organizace nabízí možnost navštěvovat skupinové logopedické terapie pro osoby s afázií?

.....
.....

2. Jaký je zájem o tuto službu ze strany osob s afázií?

.....
.....
.....

3. Kolik klientů v současné době Vaši organizaci navštěvuje?

Mužů:

Žen:

Celkem:

4. V jaké věkové kategorii se nejčastěji klienti pohybují?

- a. do 30 let,
- b. do 50 let,
- c. do 70 let,
- d. nad 70 let.

5. Prosím, uveďte, jaké jsou podmínky pro přijetí klienta do skupinové logopedické terapie?

.....
.....
.....

6. Kdo skupinové terapie vede?

- a. speciální pedagog,
- b. logoped,
- c. klinický logoped,
- d. jiné (prosím, uveďte:).

7. Jak často jsou skupinové logopedické terapie realizovány?

- a. 1x týdně,
- b. 2x týdně,
- c. 1x za 14 dní,
- d. 1x za měsíc,
- e. jiné (prosím, uveďte:).

8. Jaký je časový harmonogram jedné logopedické terapie – jednoho setkání?

- a. 45 minut,
- b. 60 minut,
- c. 90 minut,
- d. 120 minut,
- e. jiné (prosím, uveďte:).

9. Kolik členů tvoří jednu terapeutickou skupinu?

- a. 1 – 3,
- b. 4 – 6,
- c. 7 – 8,
- d. 9 a více,
- e. jiné (prosím, uveďte:).

10. Kolik skupin klientů v současné době v rámci Vašeho sdružení funguje?

- a. 1,
- b. 2,
- c. 3,
- d. 4,
- e. 5,
- f. jiné (prosím, uveďte:).

11. Na základě jakých kritérií je skupina sestavena?

- a. typ afázie,
- b. věk,
- c. pohlaví,
- d. vzdělání,
- e. zájmy,
- f. jiné (prosím, uveďte:).

12. Prosím, charakterizujte průběh a obsah skupinové logopedické terapie.

.....

.....

.....

.....

13. Mohou se terapie zúčastnit i rodinní příslušníci?

- a. ano,
- b. ne.

14. Jaký je z Vašeho pohledu přínos skupinové logopedické terapie pro samotnou osobu s afázií?

.....

.....

.....

.....

15. Spatřujete v rámci skupinové logopedické terapie u osob s afázií i nějaké zápory/negativa?

- a. ano (prosím, jaké:.....),
- b. ne,
- c. nevím.

16. Jakým způsobem jsou skupinové logopedické terapie financovány?

- a. členskými poplatky klientů (můžete, prosím řádově uvést výši.....),
- b. z grantů či projektů (prosím, uveďte z jaké oblasti.....),
- c. ze sponzorských darů,
- d. jiné (prosím, uveďte:).

17. Zde máte prostor pro Vaše další náměty, připomínky:

.....

.....

.....

.....

Děkuji Vám za Váš čas věnovaný vyplnění dotazníku.

Příloha č. 2 Dotazník pro klienty s diagnózou afázie, kteří navštěvují skupinovou logopedickou terapii.

DOTAZNÍK PRO KLIENTY S DIAGNÓZOU AFÁZIE, KTERÍ NAVŠTĚVUJÍ SKUPINOVOU TERAPII

Vážený pane, vážená paní,

dovoluji se na Vás touto cestou obrátit s prosbou o vyplnění následujícího dotazníku, který si klade za cíl zjistit výhody a nevýhody skupinového setkávání osob s diagnózou afázie. Šetření je realizováno v rámci diplomové práce na téma „Skupinová logopedická intervence u osob se získanou orgánovou nemluvností“ v rámci studijního oboru Logopedie na Univerzitě Palackého v Olomouci.

Rádi bychom Vás ujistili, že získané informace jsou zcela anonymní a že budou využity pouze pro potřeby diplomové práce.

Děkuji Vám za spolupráci!

Bc. Monika Kubičková

1. Jsem:

- a. muž
- b. žena

2. Je mi:let

3. Docházíte individuálně do logopedické ambulance?

- a. ano (pokud ano, jak často:),
- b. ne.

4. Jak dlouho navštěvujete skupinovou logopedickou terapii?

- a. méně než měsíc
- b. ne déle než půl roku
- c. 1 rok
- d. více než rok
- e. jiné (prosím, uveďte:).

5. Jak často navštěvujete skupinovou logopedickou terapii?

- a. 1x týdně
- b. 2x týdně
- c. 1x měsíčně
- d. 2x měsíčně
- e. 1x za půl roku
- f. jiné (prosím, uveďte:).

6. Kolik členů má Vaše skupina?

- a. 1 – 3
- b. 4 – 6
- c. 7 – 8
- d. 9 a více
- e. jiné (prosím, uveďte:).

7. Kolik je ve Vaší skupině:

- a. mužů:
- b. žen:

8. Jste spokojen/spokojena s průběhem skupinové logopedické terapie?

- a. ano,
- b. ne,
- c. nevím.

9. V rámci skupinového setkání nejvíce oceňujete:

- a. skupinové aktivity zaměřené na rozvoj komunikace,
- b. setkávání s lidmi se stejnými potížemi,
- c. možnost seznámit se s novými lidmi,
- d. možnost sdílet se členy skupiny své radosti/starosti,
- e. příležitost zúčastnit se dalších akcí, které poskytovatel pořádá,
- f. jiné (prosím, uveďte:).

10. Je pro Vás skupinová logopedická intervence přínosná?

- a. ano,
- b. ne,
- c. nevím.

11. Pokud ano, v čem vidíte největší přínos?

.....

.....

.....

.....

12. Doporučil/a byste skupinovou logopedickou terapii dalším lidem s diagnózou afázie?

- a. ano,
- b. ne,
- c. nevím.

13. Spatřujete ve skupinové logopedické intervenci i nějaké nevýhody?

- a. ano (prosím, uveďte jaké:),
- b. ne,
- c. nevím.

14. Zde máte prostor pro Vaše další náměty, připomínky:

.....

.....

.....

Děkuji Vám za Váš čas věnovaný vyplnění dotazníku.

Příloha č. 3 Dotazník pro rodinné příslušníky klientů s diagnózou afázie, kteří navštěvují skupinovou logopedickou terapii.

DOTAZNÍK PRO RODINNÉ PŘÍSLUŠNÍKY KLIENTŮ S DIAGNÓZOU AFÁZIE, KTEŘÍ NAVŠTĚVUJÍ SKUPINOVOU TERAPII

Vážený pane, vážená paní,

*dovoluji se na Vás touto cestou obrátit s prosbou o vyplnění následujícího dotazníku, který si klade za cíl zjistit **pohled rodinných příslušníků na skupinovou terapii osob s diagnózou afázie**. Šetření je realizováno v rámci diplomové práce na téma „Skupinová logopedická intervence u osob se získanou orgánovou nemluvností“ v rámci studijního oboru Logopedie na Univerzitě Palackého v Olomouci.*

Rádi bychom Vás ujistili, že získané informace jsou zcela anonymní a že budou využity pouze pro potřeby diplomové práce.

Děkuji Vám za spolupráci!

Bc. Monika Kubičková

1. V jakém vztahu je k Vám osoba s diagnózou afázie?

- a. manžel / manželka,
- b. matka / otec,
- c. babička / dědeček,
- d. tchyně / tchán,

- e. dcera / syn,
- f. sestra / bratr,
- g. teta / strýc,
- h. přítel, kamarád,
- i. jiné (prosím, uveďte:).

2. Jak dlouho je to, co má Váš blízký/á afázii?

.....

3. Docházeli jste/docházíte s Vaším blízkým na individuální logopedickou terapii?

- a. ano,
- b. ne.

4. Jak jste se dozvěděli o možnosti navštěvovat s Vaším blízkým skupinovou logopedickou terapii?

- a. byl/a jsem informován/a v nemocnici (v době hospitalizace rodinného příslušníka),
- b. v ambulanci klinické logopedie,
- c. přes přátele,
- d. na internetu,
- e. jiné (prosím, uveďte:).

5. Jak často navštěvujete s Vaším blízkým skupinovou logopedickou terapii?

- a. 1x týdně
- b. 2x týdně
- c. 1x měsíčně
- d. 2x měsíčně
- e. 1x za půl roku
- f. jiné (prosím, uveďte:).

6. Hodnotíte skupinovou logopedickou terapii jako užitečnou?

- a. ano,
- b. ne,
- c. nevím.

7. V čem spatřujete výhody skupinové logopedické terapie?

.....

.....

.....

8. V čem skupinová logopedická terapie Vašeho blízkého posunula?

.....

.....

.....

9. Myslíte si, že má skupinová logopedická terapie i nějaké nevýhody/ slabé stránky?

- a. ano (prosím, uveďte jaké:),
- b. ne,
- c. nevím.

10. Zapojujete se Vy sami do skupinové logopedické terapie?

- a. ano,
- b. občas,
- c. ne,
- d. jiné (prosím, uveďte:).

11. Účastníte se společně s osobami s afázií dalších akcí, které poskytovatel pořádá?

- a. ano,
- b. ne.

12. Zde máte prostor pro Vaše další náměty, připomínky:

.....

.....

.....

Děkuji Vám za Váš čas věnovaný vyplnění dotazníku.

ANOTACE

Jméno a příjmení:	Bc. Monika Kubíčková
Katedra:	Ústav speciálněpedagogických studií
Vedoucí práce:	Mgr. et. Mgr. Gabriela Smečková, Ph.D.
Rok obhajoby:	2014

Název práce:	Skupinová logopedická intervence u osob se získanou orgánovou nemluvností.
Název v angličtině:	Group speech therapy intervention for people with acquired organ speechlessness.
Anotace práce:	Diplomová práce se zabývá problematikou skupinové logopedické intervence u osob se získanou orgánovou nemluvností. Teoretická část je zaměřena na oblast narušené komunikační schopnosti – afázie, její terminologie, etiologie, symptomatologie, klasifikace, ale také diagnostiky a terapie. Zvláštní prostor je věnován skupinové logopedické intervenci jednak v kontextu logopedie, ale především s akcentem na získanou orgánovou nemluvnost. Praktická část je pojata jako výzkumné šetření, které je zaměřené na tři skupiny respondentů – poskytovatele skupinové logopedické intervence pro osoby s afázií, osoby s afázií a jejich rodinné příslušníky, kteří mají s touto formou terapie zkušenost. Cílem práce je zmapovat a vzájemně komparovat možnosti skupinové logopedické intervence pro osoby se získanou orgánovou nemluvností na území České republiky a zjistit pohled osob s afázií a jejich rodinných příslušníků na tuto formu terapie.
Klíčová slova:	získaná orgánová nemluvnost, afázie, skupinová logopedická intervence, skupinová logopedická terapie, osoba s afázií, rodinný příslušník

Anotace v angličtině:	The diploma thesis deals with a group logopedics therapy of people with acquired organ aphasia. The theoretical part focuses on the area of speech disorder – aphasia, its terminology, etiology, symptomatology, classification and also diagnostics and therapy. A specific part of it is also devoted to the group logopedics therapy both in context of speech therapy and also with an emphasis on acquired organ aphasia. The practical part is taken as a research aimed at three groups of respondents – providers of group therapy for people with aphasia, people with aphasia and their relatives who have experience with this kind of therapy. The aim of the thesis is to explore and compare possibilities of group logopedics therapy for people with acquired organ aphasia in the Czech Republic and find out what is the opinion of people with aphasia and their relatives on this kind of therapy.
Klíčová slova v angličtině:	acquired organ speechlessness, aphasia, group speech intervention, group speech therapy, person with aphasia, dependent
Přílohy vázané v práci:	Příloha č. 1 Dotazník pro organizace poskytující skupinovou logopedickou intervenci osobám s diagnózou afázie. Příloha č. 2 Dotazník pro klienty s diagnózou afázie, kteří navštěvují skupinovou logopedickou terapii. Příloha č. 3 Dotazník pro rodinné příslušníky klientů s diagnózou afázie, kteří navštěvují skupinovou logopedickou terapii.
Rozsah práce:	113 s.
Jazyk práce:	Český jazyk