



Názov:

**Logopedický prístup - Logopedická diagnostika
a terapia afázie, alexie a agrafie**

Autor:

PhDr. Ingrid Wiedermann

Špecializačný odbor:

Klinická logopédia

Ministerstvo zdravotníctva Slovenskej republiky podľa § 45 ods. 1 písm. c) zákona 576/2004 Z. z. o zdravotnej starostlivosti, službách súvisiacich s poskytovaním zdravotnej starostlivosti a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov vydáva štandardný postup:

Logopedická diagnostika a terapia afázie, alexie a agrafie

Číslo ŠP	Dátum predloženia na Komisiu MZ SR pre ŠDTP	Status	Dátum účinnosti schválenia ministrom zdravotníctva SR
0216	22. september 2021	schválený	1.október 2021

Autori štandardného postupu

Autorský kolektív:

PhDr. Ingrid Wiedermann

Externí spolupracovníci:

Zsolt Cséfalvay, prof. PaedDr. PhD., Jana Marková, doc. PhD., Marta Egryová, PhDr.

Externí hodnotitelia:

Zuzana Gdovinová, prof. MUDr. CSc., Marína Mikulajová, prof. PhDr. CSc. Mgr. Zora Dražnová, Mgr. Lenka Baksová, Mgr. Silvia Mináriková

Odborná podpora tvorby a hodnotenia štandardného postupu

Prispievatelia a hodnotitelia: členovia odborných pracovných skupín pre tvorbu štandardných diagnostických a terapeutických postupov MZ SR; hlavní odborníci MZ SR príslušných špecializačných odborov; hodnotitelia AGREE II; členovia multidisciplinárnych odborných spoločností; odborný projektový tím MZ SR pre ŠDTP a patientske organizácie zastrešené AOPP v Slovenskej republike; Inštitút zdravotníckej politiky; NCZI; Sekcia zdravia MZ SR, Kancelária WHO na Slovensku.

Odborní koordinátori: MUDr. Helena Glasová, PhD., doc. MUDr. Peter Jackuliak, PhD., MPH; prof. MUDr. Mariana Mrázová, PhD., MHA; prof. MUDr. Juraj Payer, PhD., MPH, FRCP

Recenzenti

členovia Komisie MZ SR pre ŠDTP: PharmDr. Zuzana Baťová, PhD.; PharmDr. Tatiana Foltánová, PhD.; prof. MUDr. Jozef Glasa, CSc, PhD.; prof. MUDr. Jozef Holomáň, CSc.; doc. MUDr. Martin Hrubisko, PhD., mim.prof.; doc. MUDr. Peter Jackuliak, PhD., MPH; MUDr. Jana Kelemenová; MUDr. Branislav Koreň; prof. MUDr. Ivica Lazúrová, DrSc.; PhDr. Mária Lévyová; MUDr. Pavol Macho, PhD., MHA; MUDr. Boris Mavrodiev; Mgr. Katarína Mažárová; prof. MUDr. Mariana Mrázová, PhD., MHA; MUDr. Mária Murgašová; Ing. Jana Netriová, PhD. MPH; prof. MUDr. Juraj Payer, PhD., MPH, FRCP; Mgr. Renáta Popundová; MUDr. Jozef Pribula, PhD., MBA; MUDr. Ladislav Šinkovič, PhD., MBA; MUDr. Martin Vochyan; MUDr. Andrej Zlatoš

Technická a administratívna podpora

Podpora vývoja a administrácia: Ing. Peter Čvapek; Mgr. Barbora Vallová; Mgr. Ľudmila Eisnerová; Mgr. Mário Fraňo; Ing. Petra Hullová; JUDr. Marcela Virágová, MBA; Ing. Marek Matto; prof. PaedDr. PhDr. Pavol Tománek, PhD., MHA; JUDr. Ing. Zsolt Mánya, PhD., MHA; Ing. Martin Malina; Ing. Barbora Kováčová; Ing. Katarína Krkošková; Mgr. Miroslav Hečko; Mgr. Anton Moises; PhDr. Dominik Procházka; Ing. Andrej Bóka

Podporené grantom z OP Ľudské zdroje MPSVR SR NFP s názvom: “Tvorba nových a inovovaných postupov štandardných klinických postupov a ich zavedenie do medicínskej praxe” (kód NFP312041J193)

Kľúčové slová

afázia	strata hovorenej reči v dôsledku ložiskovej lézie mozgu
alexia	strata čítanej reči v dôsledku ložiskovej lézie mozgu
agrafia	strata písanej reči v dôsledku ložiskovej lézie mozgu
anómia	narušená schopnosť vyhľadávania slov
parafázia	zámeny foném, slabík alebo slov
perseverácia	neadekvátne opakovanie niektorého slova alebo frázy
poruchy porozumenia reči	poruchy porozumenia významu slov a vzťahov medzi slovami vo vete
cievne mozgové príhody	skupina ochorení charakterizovaná náhle vzniknutou a rýchlo sa rozvíjajúcou ložiskovou stratou mozgových funkcií, následkom poruchy funkcie ciev mozgu
model jazykových procesov	kognitívno-neuropsychologická teória

Zoznam skratiek a vymedzenie základných pojmov

CMP	cievna mozgová príhoda
DgAAA	diagnostika afázie, alexie a agrafie
KN	kognitívno-neuropsychologický
TPO	test porozumenia obrázkov
TPV	test porozumenia viet

Kompetencie

Lekár so špecializáciou v špecializačnom odbore neurológia, neurochirurgia – diagnostika a liečba neurologického ochorenia, ktoré spôsobuje afáziu.

Klinický logopéd – klinicko-logopedická diagnostika a terapia afázie, alexie a agrafie, logopedické poradenstvo.

Lekár so špecializáciou v odbore fyziatria, balneológia a liečebná rehabilitácia – diagnostika, liečba a rehabilitácia funkčnej patológie pohybového systému organizmu, určenie fyzioterapeutickej intervencie.

Fyzioterapeut – realizácia fyzioterapeutickej intervencie ordinovaná lekárom FBLR.

Lekár so špecializáciou v odbore psychiatria – diagnostika a liečba psychického stavu pacienta.

Klinický psychológ – neuropsychologická diagnostika, psychoterapia, psychoedukácia.

Liečebný pedagóg – liečebnopedagogická diagnostika a terapia, prevencia prostredníctvom terapie hrou, muzikoterapie, arteterapie a ďalších nástrojov liečebnopedagogických intervencií, psychosociálna rehabilitácia.

Sestra, sestra so špecializáciou (VŠ 2.stupňa so špecializáciou ošetrovateľská starostlivosť o dospelých) – podávanie farmakoterapie, ošetrovateľské postupy, nešpecifická stimulácia komunikácie pacienta.

Všeobecný lekár – manažment primárnej zdravotnej starostlivosti, spolupráca so špecialistami iných medicínskych odborov.

Sociálny pracovník – prvotné posúdenie, sociálno – právne poradenstvo a podpora.

Úvod

Afázia je získaná porucha produkcie a porozumenia reči, ktorá vzniká pri ložiskovom poškodení mozgu. Niekedy je afázia prvým a jediným symptómom signalizujúcim cerebrálne lézie, no často sa vyskytuje s inými neurologickými deficitmi. Miera afázie môže byť rôzna, pričom najrozhodujúcejším faktorom je rozsah a lokalizácia lézie mozgu. Aj pri miernej afázii však môžu mať pacienti výrazné ťažkosti pri komunikácii a prítomnosť fatickej poruchy aj bez manifestácie iných neurologických deficitov (napr. bez porúch hybnosti) môže byť príčinou ich invalidizácie. Afázia vedie v niektorých prípadoch k sociálnej izolácii pacientov a môže byť tiež príčinou vzniku ťažkých interpersonálnych a intrapersonálnych problémov (Cséfalvay et al., 2018).

Štandardné diagnostické a terapeutické postupy Afázia, alexia a agrafia zahŕňajú klinicko-logopedické postupy určené pre klinických logopédov. Sú zamerané na dospelú populáciu, u ktorých sa narušená komunikačná schopnosť môže vyskytovať s inými neurologickými deficitmi. Dysfázia a afázia (R 47.0 – dysfázia je používaný pojem pre afáziu v Spojenom kráľovstve) je získaná porucha produkcie a porozumenia reči, ktorá vzniká pri ložiskovom poškodení kôrových a podkôrových oblastí mozgu, ktoré participujú na jazykových procesoch. Aplikácia kognitívno-neuropsychologického (ďalej KN) prístupu v diagnostike ako aj v terapii afázie, alexie a agrafie má klinický význam. Diagnostika afázie, alexie a agrafie, ktorá sa realizuje v rámci hospitalizácie pacienta alebo ambulantnou formou, umožňuje identifikovať predpokladaný patomechanizmus jazykového deficitu (napríklad poruchy porozumenia reči pomenovania, čítania, písania a iné.). Poznatky kognitívnej neuropsychológie sú prínosom nielen pri interpretácii výsledkov vyšetrenia, ale aj pri riešení terapeutických postupov a stratégií. Identifikácia narušených komponentov umožní cielene plánovať proces terapie, v ktorom sú akcentované teoreticky ukotvené zásady a postupy terapie.

Prevenencia

Primárna prevencia afázie neexistuje, keďže táto porucha reči vzniká ako dôsledok ložiskovej lézie mozgu (najčastejšie cievnej etiológie, alebo cerebrálnej traumy).

Sekundárnou prevenciou (alebo prevenciou druhej fázy) je včasná detekcia afázie, alexie a agrafie a zabrániť tak jej prehĺbovaniu a negatívnym dôsledkom pre život pacientov.

Terciárna prevencia je zameraná na učenie stratégiám pri reziduách, zvládanie stresu a izolácie ako prevencia zhoršenia zdravia

Epidemiológia

Najčastejšou príčinou vzniku afázie sú cerebrovaskulárne ochorenia, a preto výskyt afázie súvisí s incidenciou a prevalenciou tohto ochorenia. Aj keď presné dáta o incidencii a prevalencii afázie nie sú k dispozícii, odhaduje sa, že približne u tretiny pacientov po cievnej mozgovej príhode (CMP) vznikne afázia, ktorá potom pretrváva u 30 – 43 % z nich. Incidencia cievnej mozgovej príhody je v SR je 300 – 500 prípadov na 100 000 obyvateľov ročne (ŠÚ SR, NCZI). V prípade cerebrovaskulárnej etiológie môžeme predpokladať, že každý 250. občan Európy trpí nejakou formou afázie. K týmto prípadom treba ešte pripočítať aj afázie vzniknuté na báze iných ložiskových lézií mozgu, ako napr. mozgové nádory, lézie mozgu v dôsledku kraniocerebrálnej traumy.

Patofyziológia

Afázie vznikajú pri ložiskových poškodeniach mozgu, predovšetkým v kortikálnej oblasti, ale aj pri léziách nižšie uložených oblastí mozgu, spojených s kôrovými oblasťami participujúcim na jazykových procesoch. Najfrekvencovanejšou príčinou vzniku afázie sú cerebrovaskulárne ochorenia (z toho cca. 80 % prípadov ischemické ložiskové lézie, 20 % mozgové krvácanie). Medzi ďalšie príčiny vzniku afázie patria intrakraniálne nádory a mozgové traumy.

Klasifikácia

V celosvetovom meradle sa v klinických disciplínach (v neurológii, neuropsychológii, logopédii a i.), ktoré sa zaoberajú problematikou afázie (alexie a agrafie) ujali najmä dve koncepcie, bostonská klasifikácia afázie a kognitívno-neurologická koncepcia afázie, alexie a agrafie. Používanie spoločnej klasifikácie a terminológie umožní odborníkom komunikáciu a tým samozrejme skvalitní proces komplexnej rehabilitácie pacientov s afáziou.

Pri logopedickej diagnostike a terapii sa opierame o tzv. bostonskú klasifikáciu afázie, ktorú dnes používajú afaziológovia (nielen neurológovia) takmer na celom svete. Výnimkou sú bývalé štáty Sovietskeho zväzu, kde pretrváva tradícia lurijovskej klasifikácie afázie. Bližšie informácie o lurijovskej klasifikácii sú uvedené v štandardných postupoch MZ SR, ktoré nadobudli účinnosť k 1. 5. 2020 (A. Hrnčiarová, Afázia – neuropsychologický prístup podľa A.R. Luriju, 2020, <https://www.standardnepostupy.sk/standardy-klinicka-logopedia/>).

Bostonská klasifikácia sa opiera o klasickú neurologickú, ktorej základy položili P. Broca a K. Wernicke, a ktorej typickou charakteristikou je, že jednotlivé typy afázie opisuje vo vzťahu k léziám špecifických oblastí mozgu. Kognitívno-neuropsychologický (ďalej len KN) prístup sa opiera o teoretický model jazykových procesov, na základe ktorého možno hlbšie porozumieť procesom, ktoré sa zúčastňujú na rôznych kognitívnych operáciách (Basso, 2003).

Tabuľka č. 1

 Bostonská klasifikácia afázií: základná charakteristika klinických syndrómov afázie				
Klinický syndróm afázie	Spontánna reč	Porozumenie Reči	Opakovanie	Pomenovanie
Brocova afázia	nonfluentná, agramatická, parafázie	ľahké až ťažké poruchy	narušené	narušené
Globálna afázia	Absentuje, rečové stereotypie	ťažko narušené	ťažko narušené	ťažko narušené
Transkortikálna motorická Afázia	nonfluentná echolalická	ľahké až stredne ťažké poruchy	nenarušené, prípadne ľahko narušené	narušené
Zmiešaná transkortikálna afázia	nonfluentná rečové stereotypie	ťažko narušené	zachované, mierne narušené	narušené
Wernickeho afázia	fluentná, parafázie, neologizmy	ťažko narušené	narušené	narušené
Konduktívna afázia	fluentná	ľahko narušené	výrazne narušené, fonémické parafázie	ľahko narušené
Amnestická afázia	fluentná anomické pauzy	ľahko narušené	zachované	narušené
Transkortikálna senzorická afázia	fluentná, echolalická	ťažké poruchy	zachované, echolália	narušené

(Cséfalvay et al., 2018)

Pomocou KN prístupu možno presnejšie identifikovať predpokladaný patomechanizmus

dysfunkcie (napr. poruchy pomenovania, porozumenia reči, písania, čítania a i.). Pri diagnostike umožňuje logopédom zistiť miesta (v rámci teoretického modelu, nie anatomicky), ktoré boli pri mozgovom poškodení zasiahnuté. V rámci tohto modelu nejde o určenie topiky mozgovej lézie, ale o vytvorenie hypotézy o narušených komponentoch modelu. Okrem identifikácie narušených komponentov je dôležité aj to, že na základe takto získanej informácie môže logopéd cielenejšie plánovať proces terapie tým, že volené metódy budú zamerané na obnovenie narušenej časti (komponentu v rámci modelu). Pri obnovovaní však môže postupovať aj tak, že sa bude opierať o intaktné procesy (alebo intaktné komponenty).

Klinický obraz

Klinický obraz afázie ovplyvňuje predovšetkým lokalizácia a rozsah cerebrálnej lézie. Pri lézii v prerolandickej oblasti mozgu vznikajú nonfluentné afázie a pri léziách v postrolandickej oblasti vznikajú fluentné typy afázie. Pri lézii v tzv. extrasylvviánskej oblasti je schopnosť opakovania zachovaná, kým pri poškodení mozgu v okolí sulcus Sylvii je repetícia narušená (Basso, 2003). Bostonská klasifikácia afázie sa nazýva aj ako neoklasické delenie. Platí to preto, lebo pri označovaní jednotlivých typov afázií používa klasickú terminológiu (napr. Brocova afázia, Wernickeho afázia, amnestická afázia, transkortikálna afázia a pod.).

Medzi najfrekvencovanejšie príznaky afázie patrí porucha plynulosti reči, porucha nominatívnej funkcie reči, porucha porozumenia reči, agramatizmus, paraafázie a perseverácie. V mnohých prípadoch sa k poruchám hovorenej reči pridružujú aj problémy písanej formy reči alexia a agrafia. Treba však pripomenúť, že sa získané poruchy písania a čítania môžu vyskytovať aj nezávisle od afázie. Väčšina uvádzaných príznakov sa vyskytuje pri každej afázii, ale miera ich manifestácie je veľmi variabilná. Pri niektorých typoch afázie sú niektoré príznaky dominujúce (napr. pre Brocovu afáziu je typické, že pacienti majú neplynulú, často až telegrafickú reč, ktorá obsahuje množstvo agramatizmov), kým ostatné príznaky môžu byť menej výrazné (v prípade Brocovej afázie môžu mať niektorí pacienti len miernejšie poruchy porozumenia reči).

Okrem variability v rámci toho istého klinického obrazu je dôležité upozorniť aj na to, že príznaky afázie sa môžu meniť niekedy veľmi rýchlo. To znamená, že u toho istého pacienta môžeme zistiť pri prvom vyšetrení ťažké poruchy porozumenia reči a pomenovania, ale neskôr sa tieto poruchy môžu zmierniť a v klinickom obraze bude dominovať len porucha vybavovania slov. Takéto výrazné zmeny v rámci klinického obrazu sú samozrejme typické v akútnom štádiu ochorenia, kým u pacientov s chronickou afáziou bude klinický obraz stabilnejší. Napriek tejto pomerne veľkej interindividuálnej a intraindividuálnej variabilite je potrebné, aby sa logopéd snažil o objektívne zhodnotenie aktuálneho stavu komunikácie pacienta, aby sa mohla sledovať aj dynamika zmien, ktorá nezriedka môže signalizovať aj zmeny v celkovom zdravotnom stave vyšetrovanej osoby. Najfrekvencovanejšie príznaky afázie s ich stručnou charakteristikou uvádzame v nasledujúcej tabuľke.

Tabuľka č. 2

 Charakteristika symptómov afázie	
Symptóm	Stručná charakteristika
• Narušenie formy a obsahu spontánnej reči	Nonfluentná (neplynulá) reč: veľmi krátke vety, často len izolované slová v základnom tvare, prevaha substantív, často absentujú slovesá a neplnovýznamové slová, výrazne spomalené tempo spôsobené ťažkosťami vo vyhľadávaní slov; Fluentná (plynulá) reč: dlhé prehovory obsahujúce množstvo fonémických a sémantických parafrázií, v niektorých prípadoch aj neologizmy. Okrem plnovýznamových slov sa vyskytujú aj gramatické slová (napr. spojky, predložky). Tempo reči je zrýchlené alebo konvenčné.
• Porucha nominatívnej funkcie reči	Ťažkosti pri vyhľadávaní slov, ktoré sa prejavujú ako neschopnosť produkovať cieľové slovo. Pacienti kompenzujú tento deficit produkciou významovo podobného slova (tzv. sémantická parafrázia), zvukovo podobného slova či jeho časti (tzv. fonémická parafrázia), alebo opísaním cieľového slova (cirkumlokúcie).
• Porucha porozumenia reči	Ťažkosti môžu byť na úrovni analýzy foném, slov, alebo pri dekodovaní zložitejších syntaktických štruktúr vety (napr. porozumenie vzťahom medzi slovami vo vete).
• Agramatizmus	Nesprávne používanie alebo chýbanie niektorých gramatických kategórií, syntaktická štruktúra vety môže byť veľmi zjednodušená, občas vzniká len tzv. telegrafická reč.
• Perseverácie	Neadekvátne pretrvávajúce určitej verbálnej reakcie (napr. opakovanie niektorého slova alebo frázy) aj napriek tomu, že sa pôvodný podnet zmenil. Pacient napríklad odpovedá tým istým slovom na rôzne otázky.

(Cséfalvay et al., 2018)

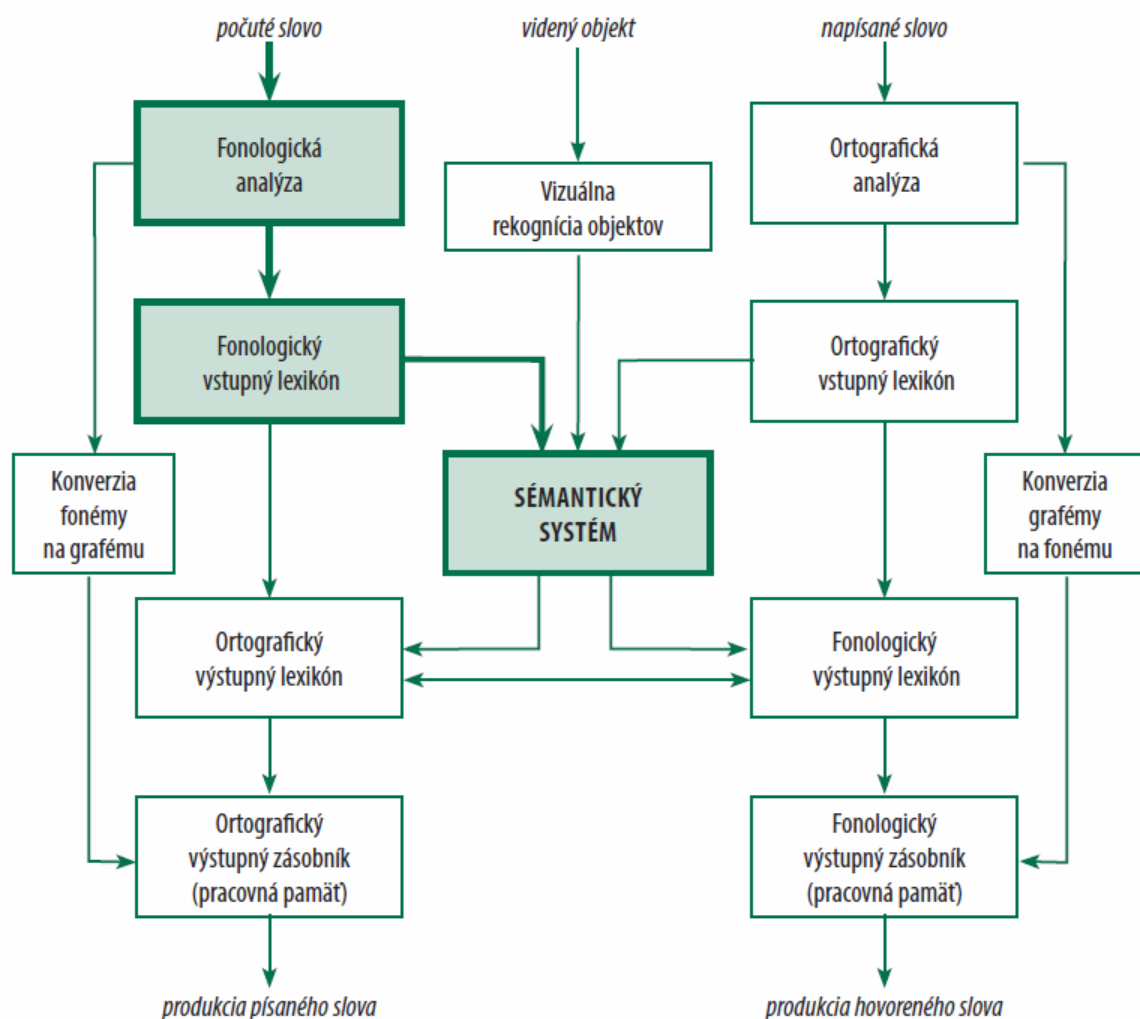
Diagnostika / Postup určenia diagnózy

Na kvalifikované a komplexné vyšetrenie treba použiť testy afázie. Pre klinickú prax je na Slovensku k dispozícii jediný štandardizovaný test afázie s normami. Ide o druhé prepracované vydanie testu DgAAA – *Logopedická diagnostika afázie, alexie a agrafie*, (Cséfalvay, Wiedermann, Egryová, 2018). Ide o komplexný test s normami, t.j. umožňuje diferencovať výkon v norme (bez poruchy) a jazykový deficit (afázia, alexia, agrafia).

Tento originálny test bol vytvorený tímom troch skúsených klinických logopédov. Ide o test, ktorý vychádza z kognitívno-neuropsychologickej teórie spracovania jazykových procesov. Dôležitým teoretickým východiskom kognitívnej neuropsychológie (ďalej KN) je predpoklad, že kognitívne procesy dospelého človeka sú rozdelené do viacerých samostatne fungujúcich, funkčne nezávislých jednotiek, modulov (Basso, 2003). Tieto moduly tvoria komponenty rôznych jazykových procesov, akými sú napríklad produkcia slov, písanie, čítanie a i (Withworth, Webster, Howard, 2005). Pomocou vyšetrenia testom DgAAA môže logopéd zmapovať narušené a zachované jazykové procesy produkcie a porozumenia na úrovni slov, viet a textu. Okrem hovorenej reči testom možno detailne vyšetriť aj čítanie a písanie, a tým zachytiť získanú alexiu a agrafiu.

Na Obrázku č. 1 uvádzame schému, na ktorej je zvýraznený proces porozumenia slov od analýzy foném v slove až po priradenie významu v mentálnom lexikóne.

Obrázok č. 1 Proces porozumenia počutému slovu v koncepcii kognitívno-neuropsychologického modelu (Cséfalvay et al., 2018)



Zo špecifických testov boli na Slovensku štandardizované a oficiálne vydané dva testy: Test pomenovania obrázkov (TPO, Šteňová, Cséfalvay, 2011), Test porozumenia viet (TPV, Marková a kol., 2015). Tieto testy sa používajú na hlbšiu analýzu daného deficitu a najmä ponúkajú dôležité informácie a charaktere narušenia.

Test pomenovania obrázkov (TPO, Šteňová, Cséfalvay, 2011) je jediným „naming” testom na Slovensku, pri ktorom máme k dispozícii výkony intaktnej populácie. Test mapuje problémy s vyhľadáním správneho slova z mentálneho lexikónu, ktoré sa vyskytujú u pacientov s mozgovou patológiou. Porucha pomenovania (anómia) môže byť jedným z prvých príznakov mozgovej patológie. Autori testu zistili, že výkon pri pomenúvaní obrázkov ovplyvňuje niekoľko faktorov, ktorí majú vplyv na výkon v teste (vek osvojenia si slov, zhoda pomenovania, frekvencia výskytu slov, familiarita slov, dĺžka slov v slabikách, vizuálna komplexnosť obrázkov). Test obsahuje 30 podstatných mien a 30 slovies, čo nám umožní tiež overiť predpoklad, že pri rôznych typoch demencie (a s rôznou lokalizáciou mozgovej patológie) výkon pri pomenovaní slovies a podstatných mien disociuje. Analýza odpovedí v teste pomenovania obrázkov umožní bližšie charakterizovať problém lexikálneho vyhľadávania slov v zmysle porúch prístupu k informáciám alebo až ich degradácie (sémantický deficit), ktorá je charakteristická pre pacientov s demenciou.

Test porozumenia viet (TPV, Marková, 2015) sa opiera o teoretický model spracovania jazykovej informácie na úrovni vety. Test zohľadňuje špecifiká slovenského jazyka (bohatý systém gramatických morfémy, relatívne voľný slovosled). Umožňuje posúdiť lingvistické znalosti klienta, ale i dostupné všeobecné zdroje pre spracovanie jazykovej informácie. TPV pozostáva z dvoch častí. Prvá časť je lexikálna. Jej cieľom je vyšetriť porozumenie vysoko frekventovaných slov (10 podstatných mien a 6 slovies), z ktorých sú vytvorené testované vety. Dobré porozumenie izolovaných slov je kritériom pre testovanie porozumenia viet. Druhá časť testu je zameraná na vyšetrenie porozumenia viet a obsahuje 48 sémanticky reverzibilných viet, v ktorých si hlavní účastníci deja môžu vymeniť roly, pričom má veta stále význam. V klinickej praxi majú logopédi k dispozícii tri štandardizované testy (pozri Tabuľku č. 1), ku ktorým sú pripravené aj normy, pomocou ktorých je možné objektívne interpretovať výkony vyšetrovanej osoby (mieru narušenia daného jazykového procesu vzhľadom na ich vek a vzdelanie).

Uvedené testy DgAAA, TPO a TPV sú dostupné pre logopédov cez portál Slovenskej asociácie logopédov

(publikácia DgAAA: <https://www.sal.sk/index.php?page=publikacie&sub=publikacie-ostatne>, publikácie TPO, TPV: <https://www.sal.sk/index.php?page=publikacie&sub=publikacie-sal>).

Tabuľka č. 3

 Štandardizované testy s normami dostupné pre klinickú afaziológiu na Slovensku				
Akronym	Názov testu	Charakteristika	Štandardizácia/normy	Autor/i, rok vydania
DgAAA	Diagnostika afázie, alexie a agrafie 2.0	komplexný test druhé, prepracované vydanie	štandardizované, normy (2018)	Cséfalvay, Wiedermann, Egryová (2018)
TPO	Test pomenovania obrázkov	lexikálne vyhľadávanie podstatných mien a slovies	štandardizované, normy (2011)	Šteňová, Cséfalvay, (2011)
TPV	Test porozumenia viet	detailné hodnotenie porozumenia viet	štandardizované, normy pre dospelých, a detí (2015)	Marková, Schoffelová, Mikulajová, Cséfalvay, (2015)

(Cséfalvay et al., 2018)

Prvá klinická otázka a dôkazy

Je možná objektívna detekcia jazykových deficitov v hovorenej a písanej modalite u pacientov s ložiskovou léziou mozgu rôznej etiológie pomocou štandardizovaných testov DgAAA, TPO a TPV?

Odpoveď:

Áno, pomocou jazykovo-špecifických testov DgAAA, TPO a TPV možno objektívne , spoľahlivo určiť diagnózu afázie, alexie a agrafie u slovensky hovoriacich pacientov (II, B).

Uvedené tri testy patria medzi jediné štandardizované testy na Slovensku. Detailné informácie o reliabilite a validite všetkých testov sú opísané v manuáloch testov (pozri: Cséfalvay, Wiedermann, Egryová, 2018, Marková et al., 2015, Šteňová, Cséfalvay, 2011). Uvedené testové manuály obsahujú aj normy pre slovensky hovoriacu populáciu, ktoré slúžia na klinickú interpretáciu výkonov, najmä však na diferenciáciu normy a narušenia (jazykového deficitu).

Reliabilita a validita DgAAA

V nasledovnom uvádzame údaje o spoľahlivosti (reliabilite) a platnosti (validite) testu DgAAA. Reliabilitu DgAAA bola hodnotená i pomocou test - retestovej rebiability, pomocou zhody medzi posudzovateľmi (inter-rater reliabilita) a mapovaním a vnútornej konzistencie testu.

Test - retestová reliabilita

Test - retestová reliabilita znamená stabilitu testu v čase. Pri mapovaní tohto typu spoľahlivosti testu sme TPO opakovane administrovali u 10-tich intaktných dospelých osôb (priemerný vek 67, 23 rokov, $SD=5,12$). Porovnávali sa výkony intaktných osôb z toho dôvodu, lebo v prípade pacientov s mozgovým poškodením sa môže klinický obraz afázie zásadne zmeniť aj v priebehu niekoľkých týždňov. Väčšina jazykových deficitov, ktoré má test zachytiť sa môže u pacientov v akútnom a subakútnom štádiu ochorenia meniť aj za niekoľko hodín alebo niekoľko dní. Zmiernenie týchto porúch môže u pacientov s mozgovou léziou nastať spontánne, alebo u pacientov v chronickom štádiu ochorenia sa môžu zmierniť vďaka logopedickej terapii. Platí to však aj naopak, symptómy afázie sa môžu zhoršovať aj pomerne v krátkom časovom intervale (recidíva alebo progresia ochorenia).

Medzi prvým a druhým testovaním osôb bola minimálne trojmesačná pauza, čím sa minimalizovala možnosť pamätať si položky testu. Podľa informácií od vyšetovaných osôb, počas tohto časového intervalu nenastala žiadna zmena, ktorá by mohla ovplyvniť výkon v teste.

Na porovnanie výkonov sa použila Spearmanová korelácia, pretože dáta nepochádzali z normálneho rozdelenia. Pri porovnaní výkonov tých istých 10-tich osôb pri dvoch testovaniach sa zistila veľmi vysoká korelácia. Hodnota Spearmanovho korelačného koeficientu bola 0,92 na hladine významnosti 0,01.

Zhoda medzi dvomi posudzovateľmi

Spoľahlivosť nášho diagnostického nástroja sa hodnotila aj tým, že sa porovnala zhoda v posudzovaní výkonov v teste tých istých pacientov dvomi skúsenými klinickými logopédkami. Porovnávali sme tiež 10 pacientov s ľavostrannou léziou mozgu, u ktorých sme klinickým vyšetrením diagnostikovali afáziu, v klinickom obraze, ktorej bola aj porucha pomenovania – anómia. Výkony pacientov v TPO boli zaznamenávané doslovne. Tieto odpovede pacientov skórovali na základe presných inštrukcií na hodnotenie dve logopédky, nezávisle od seba.

Na porovnanie sa použila Pearsonova korelácia, pretože dáta pochádzali z normálneho rozdelenia. Na testovanie normality sme použili aj Shapiro - Wilkov test a získali sme p-hodnoty väčšie ako 0,05. Pomocou tohto testu sa zistilo, že dáta pochádzajú z normálneho rozdelenia, takže sme mohli použiť parametrické testy. Pri porovnaní hodnotení výkonov 10-tich pacientov bola zistená vysoká korelácia (hodnota Pearsonovho korelačného koeficientu bola 0,83 na hladine významnosti 0,01).

Vnútoraná konzistencia testu

Pomocou Cronbachovej alfa sa zisťovala miera vnútornej konzistencie testu, t.j. do akej miery položky testu prispievajú k celkovému výsledku v teste. Vo väčšine sociálnych vied sa považuje za „prijateľný“ koeficient vyšší ako 0,7. Pri štandardizácii testu bolo vyšetrených 275 respondentov z intaktnej populácie, pričom tabuľka neobsahovala žiadne chýbajúce údaje. Pri analýze ich výkonov sa získala hodnota Cronbach alfa 0,807. Ide o akceptovateľnú hodnotu

z dôvodu, že intaktná populácia riešila úlohy testu veľmi úspešne v zmysle nášho teoretického očakávania, keďže u zdravých osôb nepredpokladáme narušené jazykové procesy na úrovni hovorených a písaných slov, viet a textu.

Uvedené ukazovatele reliability preto považujeme za dôkaz spoľahlivosti testu DgAAA.

Validitu DgAAA bližšie charakterizujeme obsahovou validitou. Obsahová validita vyjadruje, do akej miery sú položky testu reprezentatívne vo vzťahu k tomu, čo nimi chceme merať. Na hodnotenie konštruktovej validity by sme potrebovali porovnať výsledky testu s výsledkami podobného, ale už overeného testu afázie, o ktorom vieme, že mapuje daný konštrukt. Na základe našich mnohoročných klinických skúseností môžeme konštatovať, že výsledky DgAAA a klinického vyšetrenia u identických pacientov vysoko korelovali.

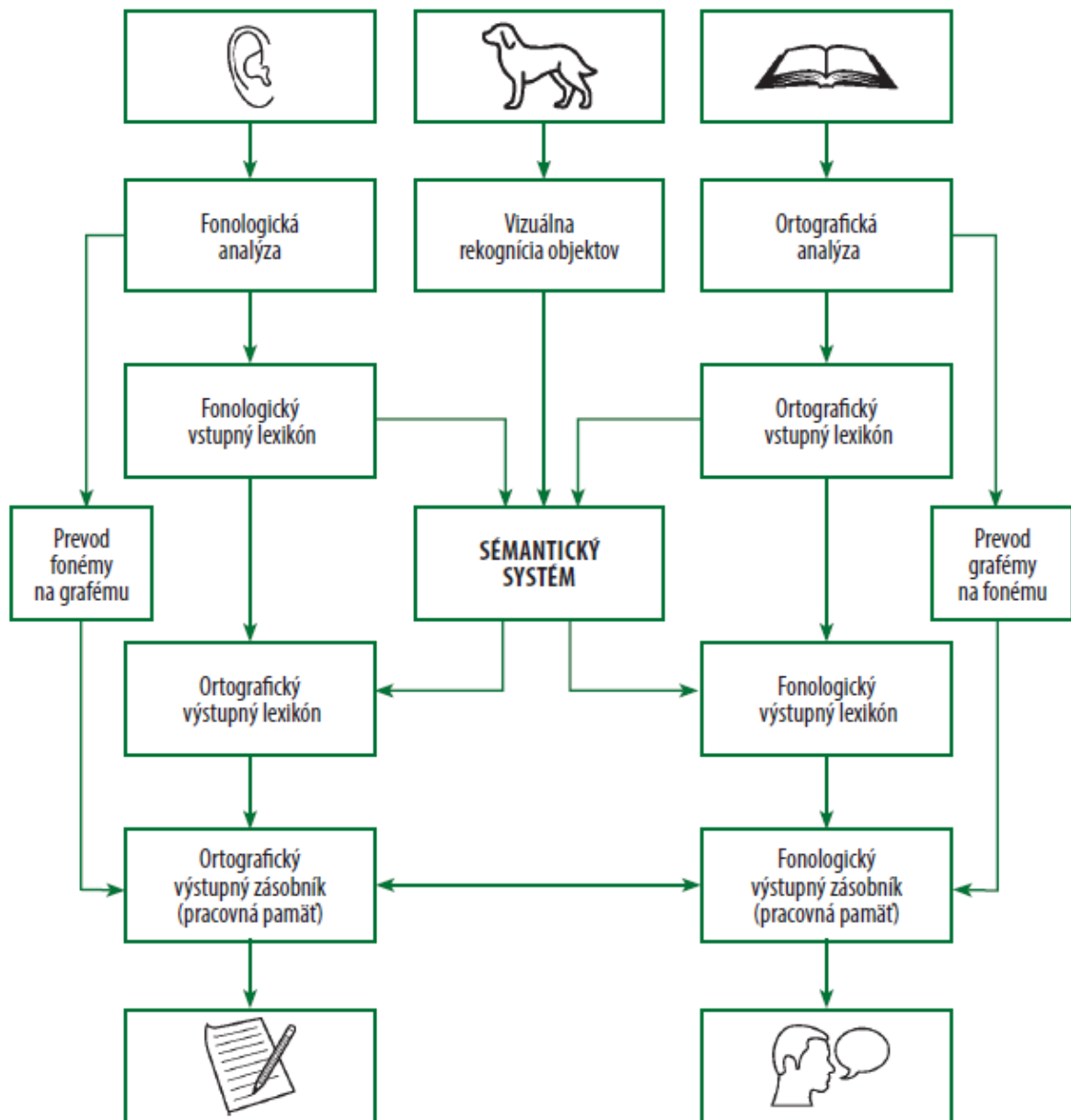
Liečba

Terapia afázie, alexie a agrafie u pacientov s rôznou etiológiou mozgovej lézie sa opiera o kognitívno-neuropsychologickú koncepciu jazykových procesov. Pri terapii zameranej na izolované jazykové deficity ide v podstate o behaviorálnu stimuláciu, keď logopédi používajú stimulačné a deblokovacie terapeutické postupy.

Pri kognitívno-neuropsychologicky orientovanej terapii afázie je cieľom sprístupnenie lexikálnej alebo sémantickej informácie pomocou cielených úloh. Po identifikácii intaktných a narušených modulov možno vybrať také úlohy, ktoré budú stimulovať využívanie intaktných modulov (viacnásobným opakovaním), alebo môžu pomôcť k rýchlejšiemu a presnejšiemu vyhľadávaniu informácie (Cséfalvay a kol., 2007).

Teoretickým východiskom kognitívnej neuropsychológie (ďalej KN) je predpoklad, že kognitívne procesy dospelého človeka sú rozdelené do viacerých samostatne fungujúcich, funkčne nezávislých jednotiek, modulov. Tieto moduly tvoria komponenty rôznych jazykových procesov, akými sú napríklad produkcia slov, písanie, čítanie a iné. Štruktúra kognitívnej funkcie je u každého človeka univerzálna, neexistujú významné individuálne variácie medzi jednotlivcami. Predpokladá sa, že pri narušení určitej funkcie nevzniká nová kognitívna štruktúra, narušia sa len niektoré jej operácie. Znamená to, že z pôvodného systému modulov sa „odpočíta“ narušený modul, pričom už nevzniká nový komponent (Basso, 2003). Moduly sa najčastejšie znázorňujú na schéme obdĺžnikmi, kým vzťahy a interakcie medzi modulmi sú znázornené šípkami (Obrázok č. 2).

Obrázok č. 2 Kognitívno-neuropsychologický model jazykových procesov (Cséfalvay et al., 2018)



Tieto moduly majú dve funkcie:

1. sú rezervoárom špecifických informácií (napríklad lexikóny obsahujú mentálne reprezentácie všetkých slov),
2. moduly sú zároveň aj miestom, kde sa tieto informácie spracúvajú.

Centrálny modul tvorí sémantický systém, ktorý je súhrnom mentálnych reprezentácií významov slov (v prípade slov ide o lexikálnu sémantiku). Vďaka tomuto centrálnemu postaveniu má narušenie tohto modulu vplyv na všetky jazykové procesy, pri ktorých je potrebné využiť informácie o význame slov. Pri narušení sémantického systému sa naruší porozumenie, produkcia, čítanie a písanie slov. Informácie do sémantického systému prichádzajú cez počuté slovo, cez písaný jazyk a cez modul vizuálnej rekognície objektov.

Lexikóny sú mentálnym slovníkom všetkých známych slov (ich fonologické a ortografické formy). Pri vstupe sa nachádzajú tzv. vstupné lexikóny, rozdelené podľa modality na fonologický a ortografický vstupný lexikón. Sú spojené so sémantickým systémom, do ktorého posielajú spracované informácie o slovách existujúcich v danom lexikóne. Do výstupných lexikónov prichádzajú informácie zo sémantického systému. Na periférii tohto modelu sú moduly pre analýzu, ktorých úlohou je identifikovať informácie hneď pri vstupe. Fonologická analýza identifikuje existujúce fonémy slov, v module ortografická analýza sa spoznávajú grafémy. Pri výstupe sú ďalšie dva moduly. Ide o formy pracovnej pamäte, ktoré sú v tomto modeli uvádzané ako výstupné zásobníky. V tejto časti sa v lexikónoch vyhľadávajú informácie podržia na krátky čas, ktorý je potrebný na to, aby mohli byť pripravené motorické programy pre vyslovenie alebo napísanie daného slova.

Ďalšími modulmi sú komponenty, ktoré slúžia na takzvanú konverziu, alebo prevod informácií: fonémovo-grafémová konverzia a grafémovo-fonémová konverzia. V týchto moduloch prebieha prevod fonémy na grafému, alebo priradenie grafémy ku každej fonéme. Pri mozgovom poškodení vzniká narušenie funkcie jedného modulu, alebo viacerých modulov súčasne. Pri analýze je možné zistiť pomocou špecifických úloh mechanizmus poruchy. Pri hodnotení tak nezostávame na úrovni popisu symptómu (napr. porucha pomenovania), ale je možné sa vyjadriť aj k tomu, ktoré moduly boli narušené. Pri čítaní sa môžeme oprieť o tri cesty čítania. U intaktnej populácie, najmä u zručných čitateľov sa tieto cesty používajú interaktívne. Je pravdepodobné, že väčšinu slov čítame lexikálno-sémantickou cestou a pri nových, menej známych slovách sa opierame o grafémovo-fonémový prevod, t. j. o nelexikálnu cestu čítania. Lexikálno-sémantická cesta čítania slov prebieha pri čítaní s porozumením a predpokladá sa takáto následnosť: po analýze grafém daného slova (modul ortografická analýza) sa vyhľadáva v lexikóne jeho reprezentácia (modul ortografický vstupný lexikón), ktorá neskôr aktivuje sémantické reprezentácie (modul sémantický systém). Pri čítaní nahlas proces pokračuje ďalej do výstupného lexikónu (modul fonologický výstupný lexikón), kde sa vyhľadáva fonologická reprezentácia. Tieto fonologické reprezentácie sa podržia vo fonologickom výstupnom zásobníku, kým prebehne príprava a program pre rečový výstup (hlasité čítanie).

Lexikálno-nesémantická cesta čítania: v prípade čítania slov nahlas bez porozumenia sa napísané slová vyhľadávajú v ortografickom vstupnom lexikóne, ale obchádzajú sémantický systém a priamo aktivujú fonologický výstupný lexikón. Takto sa čítajú slová, ktoré nachádzame v lexikónoch (poznáme ich, identifikujeme ich fonologickú reprezentáciu), no bez toho, aby sme im porozumeli. Takéto čítanie môže byť typické pri únave u intaktných ľudí, resp. u pacientov so sémantickou demenciou.

Nelexikálna (alebo sublexikálna) cesta čítania: čítanie slov prebieha mimo lexikónov a sémantického systému. Ide o prípady čítania neznámych slov (ktoré sa nenachádzajú v individuálnom mentálnom lexikóne jednotlivca), ale najmä o čítanie pseudoslov. Aj tieto slová sme schopní prečítať nahlas, a to i napriek tomu, že ich zápis v ortografickom vstupnom lexikóne nenachádzame. Pri čítaní sa opierame o grafémovo-fonémový prevod.

Terapeutické postupy zamerané na úroveň izolovaných slov sa opierajú o KN analýzu jazykových procesov, intaktných a narušených modulov.

V akútnom, subakútnom a u mnohých pacientov aj v chronickom štádiu afázie sú dominantným problémom slová: ich produkcia, porozumenie, čítanie a písanie. Terapeutické postupy sú zamerané na zmiernenie týchto porúch, pričom si uvedomujeme, že z úrovne izolovaných slov treba v terapii postúpiť ďalej. Mnohí pacienti s afáziou totiž majú veľké ťažkosti pri formulovaní a porozumení vetám, súvislému prejavu.

Logopedická terapia afázie, alexie a agrafie je opisom rôznych terapeutických techník. Detailný opis terapeutických postupov na pre klinickú prax dostupný v publikácii Cséfalvay, Wiedermann, Egryová (2018): Logopedická terapia afázie, alexie a agrafie.

V tomto klinickom terapeutickom manuáli sú opísané terapeutické postupy, ktoré chápeme ako návod, podľa ktorého môže terapeut postupovať. Postupnosť krokov vo väčšine prípadov znamená aj určitú hierarchiu náročností pri riešení danej úlohy. Napríklad pri pomenovaní nejakého predmetu logopéd ponúka vždy postupne kľúče, ktoré facilitujú správnu reakciu, v tomto prípade správne pomenovanie predmetu. Chceme však opakovane zdôrazniť, že porozumenie aktuálneho stavu intaktných a narušených modulov v rámci jazykového modelu je vždy prvým krokom, na základe ktorého sa logopéd rozhoduje, aký postup bude pre daného pacienta optimálny.

Schéma jednotlivých terapeutických postupov je – vo väčšine prípadov – nasledovná:

- názov a charakteristika terapeutického postupu: vyjadruje hlavný cieľ daného postupu (napr. sémantická facilitácia), po ktorom nasleduje stručný opis špecifického cieľa konkrétneho cvičenia (napr. vyčlenenie sémantického distraktora),
- konkrétny postup: opis každého kroku alebo jeho ilustrácia na príklade,
- inštrukcia logopéda, v ktorej určí, čo má v danej úlohe pacient urobiť (napr. „Ukážte obrázok, ktorý tam podľa vás nepatrí!“).

Základný algoritmus však je, že najmenej pomoci (t. j. najťažšie pre pacienta) ponúkame v prvých krokoch, a to preto, aby bol nútený čo najviac aktivizovať zachované kognitívne zdroje.

Intenzívna, dlhodobá a teoreticky motivovaná terapia afázie je u väčšiny pacientov efektívna. Toto presvedčenie sa opiera na jednej strane o naše dlhoročné klinické skúsenosti z práce s pacientmi s afáziou v akútnom, ale najmä chronickom štádiu ochorenia. Na druhej strane sa však opierame o výsledky štúdií a výskumov zaoberajúcich sa mapovaním efektivity terapie afázie.

Druhá klinická otázka

Prináša cielená terapia zameraná na jazykové deficity v produkcii a porozumení reči v hovorenej modalite u pacientov s ložiskovou léziou mozgu zmiernenie symptómov aj nad rámec spontánnej úpravy uvedených porúch?

Odpoveď:

Áno, efektívnosť terapie afázie vychádzajúca z kognitívno-neuropsychologickej a neurolingvistickej koncepcie jazykových na úrovni slov a viet procesov prináša významné zmiernenie porúch v produkcii a porozumení v hovorenej modalite reči (III, B) (viď: zoznam kľúčových zdrojov dôkazov efektivity terapie).

Kľúčové zdroje dôkazov efektivity terapie afázie, alexie a agrafie:

1. Brady MC, Kelly H, Godwin J, Enderby P, Campbell P. Speech and language therapy for aphasia following stroke. Cochrane Database of Systematic Reviews 2016, Issue 6. Art. No.: CD000425. DOI: 10.1002/14651858.CD000425.pub4. Accessed 06 March 2021.
2. Nouwens F, de Lau LM, Visch-Brink EG, van de Sandt-Koenderman WM, Lingsma HF, Goosen S, Blom DM, Koudstaal PJ, Dippel DW. Efficacy of early cognitive-linguistic treatment for aphasia due to stroke: A randomised controlled trial (Rotterdam Aphasia Therapy Study-3). *Eur Stroke J.* 2017 Jun;2(2):126-136. doi: 10.1177/2396987317698327. Epub 2017 Mar 10. PMID: 29900407; PMCID: PMC5992741.
3. Stahl B, Mohr B, Büscher V, et al. Efficacy of intensive aphasia therapy in patients with chronic stroke: a randomised controlled trial. *Journal of Neurology, Neurosurgery, and Psychiatry.* 2018 Jun;89(6):586-592. DOI: 10.1136/jnnp-2017-315962.
4. Akabogu J, Nnamani A, Otu MS, Ukoha E, Uloh-Bethels AC, Obiezu MN, Ike CV, Iyekekpol OM, Omile JC, Dike AE. Efficacy of cognitive behavior language therapy for aphasia following stroke: Implications for language education research. *Medicine (Baltimore).* 2019 May;98(18):e15305. doi: 10.1097/MD.00000000000015305. PMID: 31045765; PMCID: PMC6504271.
5. Cherney, L.R., Patterson, J.P. & Raymer, A.M. Intensity of Aphasia Therapy: Evidence and Efficacy. *Curr Neurol Neurosci Rep* **11**, 560 (2011). <https://doi.org/10.1007/s11910-011-0227-6>
6. Basso A, Macis M. Therapy efficacy in chronic aphasia. *Behav Neurol.* 2011;24(4):317-25. doi: 10.3233/BEN-2011-0342. PMID: 22063820; PMCID: PMC5377972.
7. Robey R. The efficacy of treatment for aphasic persons: a meta-analysis. *Brain Lang.* 1994; 47: 582–608. [Crossref](#). [PubMed](#).
8. Robey R. A meta-analysis of clinical outcomes in the treatment of aphasia. *J Speech Lang Hearing Res.* 1998; 41: 172–187. [Crossref](#). [PubMed](#).

Tretia klinická otázka

Prináša cieľená terapia zameraná na jazykové deficity v produkcii (grafia) a porozumení (lexia) reči v písanej modalite u pacientov s ložiskovou léziou mozgu zmiernenie symptómov aj nad rámec spontánnej úpravy uvedených porúch?

Odpoveď:

Áno, efektívnosť terapie alexie a agrafie vychádzajúca z kognitívno-neuropsychologickej a neurolingvistickej koncepcie jazykových procesov na úrovni slov a viet prináša významné zmiernenie porúch v produkcii a porozumení v písanej modalite (III, B) (viď: zoznam kľúčových zdrojov dôkazov efektivity terapie).

Kľúčové zdroje dôkazov efektivity terapie afázie, alexie a agrafie:

9. Brady MC, Kelly H, Godwin J, Enderby P, Campbell P. Speech and language therapy for aphasia following stroke. Cochrane Database of Systematic Reviews 2016, Issue 6. Art. No.: CD000425. DOI: 10.1002/14651858.CD000425.pub4. Accessed 06 March 2021.
10. Nouwens F, de Lau LM, Visch-Brink EG, van de Sandt-Koenderman WM, Lingsma HF, Goosen S, Blom DM, Koudstaal PJ, Dippel DW. Efficacy of early cognitive-linguistic treatment for aphasia due to stroke: A randomised controlled trial (Rotterdam Aphasia Therapy Study-3). *Eur Stroke J.* 2017 Jun;2(2):126-136. doi: 10.1177/2396987317698327. Epub 2017 Mar 10. PMID: 29900407; PMCID: PMC5992741.
11. Stahl B, Mohr B, Büscher V, et al. Efficacy of intensive aphasia therapy in patients with chronic stroke: a randomised controlled trial. *Journal of Neurology, Neurosurgery, and Psychiatry.* 2018 Jun;89(6):586-592. DOI: 10.1136/jnnp-2017-315962.
12. Akabogu J, Nnamani A, Otu MS, Ukoha E, Uloh-Bethels AC, Obiezu MN, Ike CV, Iyekekpol OM, Omile JC, Dike AE. Efficacy of cognitive behavior language therapy for aphasia following stroke: Implications for language education research. *Medicine (Baltimore).* 2019 May;98(18):e15305. doi: 10.1097/MD.00000000000015305. PMID: 31045765; PMCID: PMC6504271.
13. Cherney, L.R., Patterson, J.P. & Raymer, A.M. Intensity of Aphasia Therapy: Evidence and Efficacy. *Curr Neurol Neurosci Rep* **11**, 560 (2011). <https://doi.org/10.1007/s11910-011-0227-6>
14. Basso A, Macis M. Therapy efficacy in chronic aphasia. *Behav Neurol.* 2011;24(4):317-25. doi: 10.3233/BEN-2011-0342. PMID: 22063820; PMCID: PMC5377972.
15. Robey R. The efficacy of treatment for aphasic persons: a meta-analysis. *Brain Lang.* 1994; 47: 582–608. [Crossref](#). [PubMed](#).

16. Robey R. A meta-analysis of clinical outcomes in the treatment of aphasia. *J Speech Lang Hearing Res.* 1998;41: 172–187. [Crossref](#). [PubMed](#).

Prognóza

Prognóza afázie je závislá najmä na rozsahu a lokalizácii lézie mozgu, typu afázie ako aj stabilizácii celkového zdravotného stavu pacienta. Dĺžka a intenzita terapie sú kľúčovými faktormi efektivity terapie pacientov s afáziou, pri ktorej hrá významnú úlohu spolupráca s rodinou.

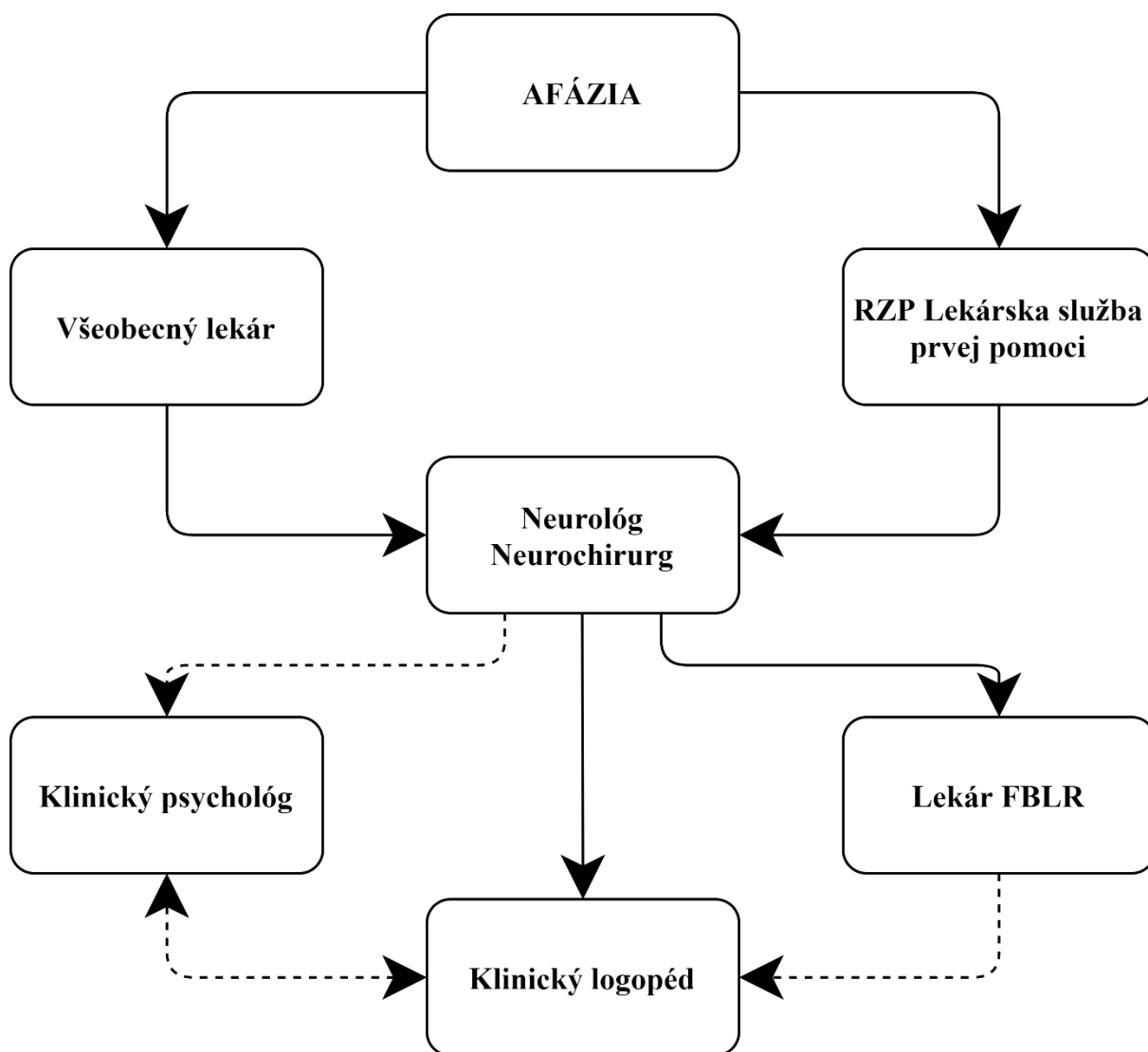
Stanovisko expertov (posudková činnosť, revízna činnosť, PZS a pod.)

U pacientov s chronickou afáziou stredne ťažkého a ťažkého stupňa je návrat do zamestnania, ktoré vykonával pred ochorením možný len v ojedinelých prípadoch. Narušená komunikačná schopnosť so sprievodnými symptómami má za následok zníženie schopnosti cieľenej interakcie, čo si vyžaduje často rekvalifikáciu povolania u týchto pacientov alebo ich invalidizáciu na základe odporúčania klinického logopéda a vyjadrenia posudkovej, eventuálne revíznej komisie. Podľa zákona č. 461/2003 Z. z. o sociálnom poistení v znení neskorších predpisov sa na účely invalidity posudzuje podľa prílohy č. 4 zákona ochorenie centrálného nervového systému, ktorého jedným zo symptómov je afázia.

Zabezpečenie a organizácia starostlivosti

Pacient s príznakmi CMP je transportovaný do zdravotníckeho zariadenia, ktoré je schopné poskytnúť špecializovanú a organizovanú starostlivosť o pacienta s CMP. Na základe vyšetrenia pacienta neurológom, neurochirurgom, alebo lekárom so špecializáciou FBLR je u pacienta s afáziou indikovaná klinicko-logopedická intervencia, ktorú zabezpečuje klinický logopéd. Ak to stav pacienta umožňuje, je dôležité realizovať aj klinicko-psychologické alebo neuropsychologické vyšetrenie (najmä Lurijovská metodológia). Pri administrácii a najmä pri interpretácii výsledkov je dôležité zohľadniť, že výkony vyšetrovanej osoby sú ovplyvnené poruchou jazykových schopností (afáziou, alexiou, agrafiou). Špecifické psychologické testy adaptované pre pacientov s afáziou na Slovensku nie sú zatiaľ dostupné (napr. Aphasia Depression Scale pod.). Po ukončení hospitalizácie je pacientovi poskytovaná logopedická starostlivosť ambulantnou formou.

Algoritmus postupu u pacienta s afáziou



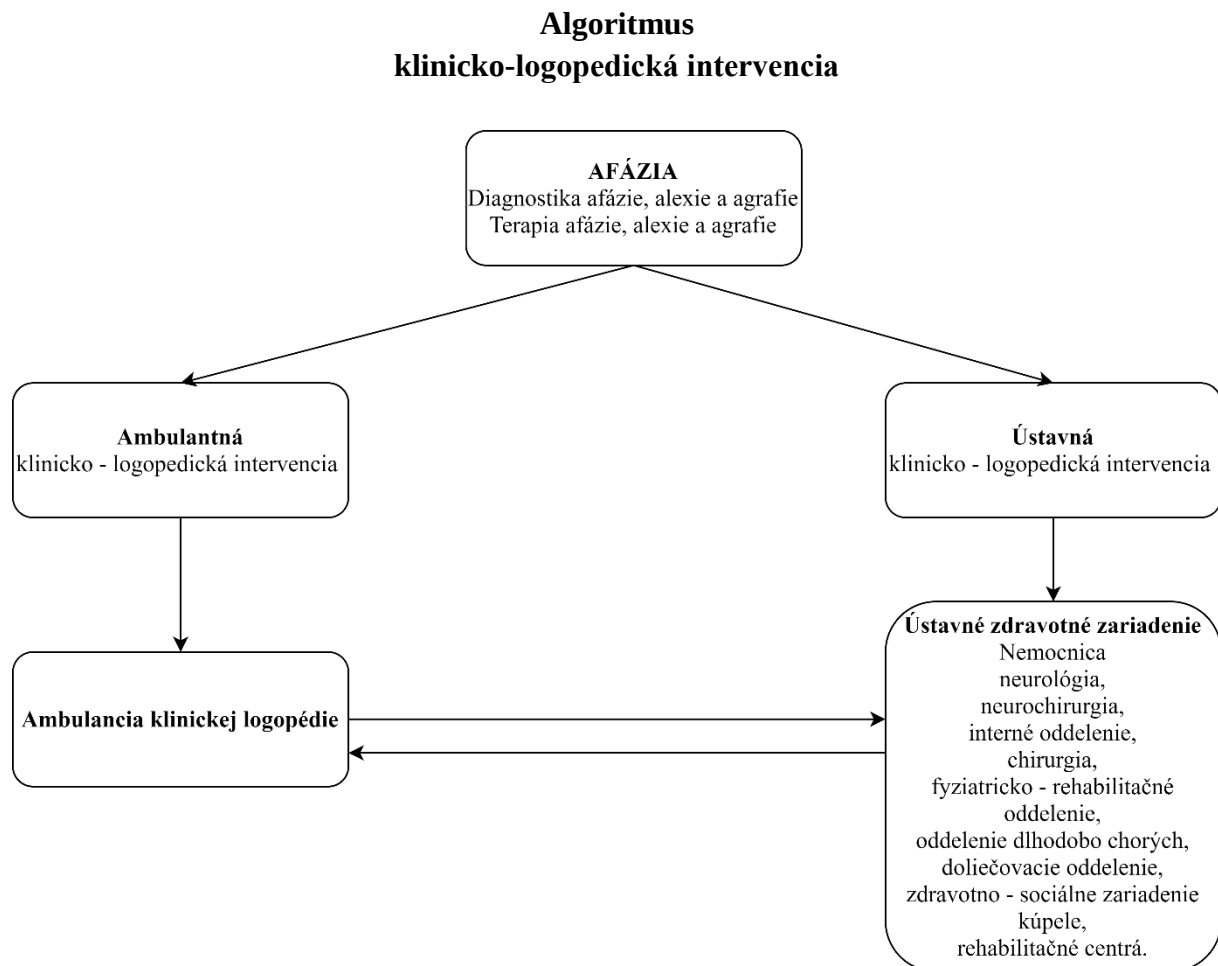
Ďalšie odporúčania

Zdokonalenie systému manažmentu pacientov:

- akútna starostlivosť – prijatie pacienta s CMP do nemocnice,
- včasná neurologická diagnostika a liečba pacienta interdisciplinárnym tímom,
- klinicko-logopedická intervencia po stabilizácii zdravotného stavu pacienta so zahájením intenzívnej každodennej terapie,
- poskytnutie poradenstva a pomoci pri prekonaní komunikačnej bariéry medzi pacientom s afáziou a jeho okolím,

- organizácia následnej starostlivosti po ukončení hospitalizácie pacienta ambulantnou formou, kúpeľnou starostlivosťou v rehabilitačných centrách, v zdravotno-sociálnych zariadeniach so zabezpečením klinicko-logopedickej intervencie.

Doplňkové otázky manažmentu pacienta a zúčastnených strán



Klinicko-logopedická intervencia sa zabezpečuje po stabilizácii zdravotného stavu pacienta počas hospitalizácie na neurologických, neurochirurgických oddeleniach, chirurgických oddeleniach, fyziatricko-rehabilitačných oddeleniach, oddeleniach pre dlhodobo chorých, doliečovacích oddeleniach, v zdravotno-sociálnych zariadeniach, rehabilitačných centrách a v kúpeľoch.

Klinicko-logopedická intervencia po prepustení pacienta do domácej starostlivosti sa realizuje ambulantnou formou na základe odporúčania obvodného lekára a lekárov špecialistov.

Systém hodnotenia bezpečnosti pacientov

Od 1.1.2021 platí pre nemocnice a ambulancie povinnosť vypracovania pravidiel interného hodnotenia bezpečnosti pacienta. Základné kritériá na súbor týchto pravidiel sú uvedené vo vyhláske Ministerstva zdravotníctva SR č. 444/2019 Z. z.

Alternatívne odporúčania

Terapia zameraná na augmentatívnu a alternatívnu komunikáciu (AAK), špecializované počítačové programy a prostriedky počítačovej techniky, použitie prvkov virtuálnej reality a umelej inteligencie, použitie prostriedkov telerehabilitácie, terapia zameraná na pragmatické aspekty jazyka (konverzačný tréning, skupinová terapia osôb s afáziou).

Špeciálny doplnok štandardu

Všetky tri uvedené testy (publikácie: detailný manuál s normami, testovací zošit, záznamový hárok k testom) sú dostupné pre logopédov na: <https://www.sal.sk/index.php?page=publikacie&sub=publikacie-ostatne>.

Odporúčania pre ďalší audit a revíziu štandardu

Prvý audit a revízia tohto štandardného postupu po roku a následne každých 5 rokov resp. pri známom novom vedeckom dôkaze o efektívnejšom manažmente diagnostiky alebo liečby a tak skoro ako je možnosť zavedenia tohto postupu do zdravotného systému v Slovenskej republike. Klinický audit a nástroje bezpečnosti pacienta budú doplnené pri 1. revízii.

Literatúra

Kľúčové zdroje diagnostiky (dostupné pre odbornú verejnosť na www.sal.sk, webová stránka Slovenskej asociácie logopédov) a jazykovo-špecifických postupov terapie afázie, alexie a agrafie:

1. CSÉFALVAY, Zs. - TRAUBNER, P.: *Afaziológia pre klinickú prax*. Martin : Osveta 1996.
2. CSÉFALVAY, Zs. a kol.: *Terapie afázie*. Praha : Portál 2007. 175 s.
3. CSÉFALVAY, Zs., EGRYOVÁ, M., WIEDERMANN, I.: *Logopedická diagnostika afázie, alexie a agrafie*. Druhé, prepracované vydanie s testom a normami. Bratislava : Vydavateľstvo EOS, 2018.
4. CSÉFALVAY, Zs., MARKOVÁ, J., WIEDERMANN, I., EGRYOVÁ, M.: *Logopedická terapia afázie, alexie a agrafie*. Bratislava : Kaminský, 2018.
5. MARKOVÁ, J., CSÉFALVAY, Zs., MIKULAJOVÁ, M., SCHÖFFELOVÁ, M.: *Analýza porozumenia viet v slovenčine. Test porozumenia viet s normami (TPV)*. Bratislava: Vydavateľstvo UK, 2015.
6. ŠTEŇOVÁ, V. CSÉFALVAY, Zs.: *Test pomenovania obrázkov (TPO)*. Bratislava: Mabag, 2015.

Poznámka:

Ak klinický stav a osobitné okolnosti vyžadujú iný prístup k prevencii, diagnostike alebo liečbe ako uvádza tento štandardný postup, je možný aj alternatívny postup, ak sa vezmú do úvahy ďalšie vyšetrenia, komorbidita alebo liečba, teda prístup založený na dôkazoch alebo na základe klinickej konzultácie alebo klinického konzília.

Takýto klinický postup má byť jasne zaznamenaný v zdravotnej dokumentácii pacienta.

Účinnosť

Tento štandardný postup nadobúda účinnosť od 1. októbra 2021.

Vladimír Lengvarský
minister zdravotníctva