

UNIVERZITA KARLOVA V PRAZE

PEDAGOGICKÁ FAKULTA

KATEDRA SPECIÁLNÍ PEDAGOGIKY



ADAPTACE TESTU ANELT DO ČESKÉHO JAZYKA

DIPLOMOVÁ PRÁCE

Praha 2009

Vedoucí diplomové práce:

PaedDr. Blanka Housarová, PhD.

Vypracovala:

Lucie Košovcová

Prohlašuji, že jsem diplomovou práci vypracovala samostatně s použitím uvedené literatury a souhlasím s poskytnutím práce ke studijním účelům nebo s jejím případným zveřejněním v elektronické podobě.

V Praze dne 19. 11. 2009

.....

Podpis

PODĚKOVÁNÍ

Ráda bych poděkovala PaedDr. Blance Housarové, Ph.D za podnětné rady, trpělivost a laskavé odborné vedení, které mi poskytla při zpracovávání této diplomové práce.

Dále bych ráda poděkovala panu profesoru Leo Blomertovi z Maastrichtské univerzity, bez jehož iniciativy, odborných rad, ochoty se mnou spolupracovat a poskytnutých materiálů, by tato diplomová práce nemohla vzniknout.

Děkuji také všem odborníkům z Foniatické kliniky v Praze, kteří mi umožnili realizaci výzkumu k diplomové práci a poskytli inspiraci i podporu, zvláště přednostce kliniky Doc. MUDr. Olze Dlouhé, CSc.; klinickým logopedkám PaedDr. Evě Škodové a Mgr. Zuzaně Konůpkové.

V neposlední řadě patří můj velký dík dobrovolníkům a klientům Foniatické kliniky v Praze, kteří báječně spolupracovali a nechali se otestovat diagnostickým materiálem ANELT.

ANOTACE

Ve své diplomové práci „Adaptace testu ANELT do českého jazyka“ se zabývám problematikou diagnostických nástrojů měřících u pacientů s afázií úroveň funkční komunikace, tedy jejich schopnost verbálně komunikovat v běžných životních situacích. Zaměřila jsem se konkrétně na nizozemský logopedický test ANELT (Amsterdam-Nijmegen Everyday Language Test), který byl vytvořen k měření verbálních komunikačních dovedností afatických pacientů. Cílem diplomové práce je překlad testu ANELT a jeho adaptace na české jazykové prostředí.

V prvních kapitole diplomové práce je nastíněn široký význam pojmu diagnostika, který je využíván v mnoha vědních oborech. Druhá kapitola se podrobněji zabývá logopedickou diagnostikou, jejími cíly, metodami a faktory, které logopedickou diagnostiku ovlivňují. Třetí kapitola nabízí přehled nástrojů využívaných pro diagnostiku afázie v České republice. Čtvrtá kapitola pojednává o standardech pro diagnostické nástroje a o pravidlech, která platí pro vytváření jejich jazykových mutací. Pátá kapitola detailně představuje test ANELT, informuje o jeho cílech, vývoji a základních principech administrace. V šesté kapitole se můžeme dočíst o technikách kvantitativního výzkumu, které byly při realizaci cílů diplomové práce použity. Další kapitoly předkládají charakteristiku výzkumného souboru dobrovolníků a pacientů s afázií, kteří se podíleli na výzkumu a také harmonogram diplomové práce. V sedmé kapitole jsou prezentovány dosažené výsledky interaktních a afatických respondentů otestovaných přeloženým diagnostickým materiálem ANELT v českém jazyce.

Diplomová práce představuje významný logopedický test ANELT, který je v oblasti afaziologie využíván v mnoha zemích světa, nabízí také jeho překlad a pilotní výzkum realizovaný v rámci adaptace Amsterdam-Nijmegen Everyday Language Testu na české jazykové prostředí.

Klíčová slova: diagnostika, logopedická diagnostika, diagnostické nástroje, osoby s afázií, verbální komunikační dovednosti, jazyková mutace, ANELT

SUMMARY

This Master thesis „ Adaptation test ANELT into Czech language“ deal with diagnostic tools for measuring the verbal communicative ability of patients with aphasia in everyday language situations. I focused specifically on the Dutch speech therapy test ANELT (Amsterdam-Nijmegen Everyday Language Test), which was designed to measure the level of verbal communication skills of aphasic patients. The aim of the thesis is a translation test ANELT and its adaptation to the Czech language environment.

In the first chapter of the thesis is outlined broad meaning of diagnosis, which is used in many scientific disciplines. The second chapter deals in detail with diagnostic of speech therapy, its objectives, methods and factors that affect speech therapy diagnosis. The third chapter provides an overview of tools used for diagnosis of aphasia in the Czech Republic. The fourth chapter discusses the standards for diagnostic tools and the rules that apply to the creation of language versions. The fifth chapter presents detailed test ANELT inform also about the aims, development and basic principles of administration. In the sixth chapter we read about the techniques of quantitative research, which has been used in the implementation of the objectives thesis. Further chapters present the characteristics of the research file volunteers and patients with aphasia who participated in the research and thesis schedule. The seventh chapter is presented the results obtained intact and aphasic respondents tested the translated diagnostic material ANELT in the Czech language.

My Master thesis represents an important speech therapy test ANELT, which is used by aphasiologist in many countries, also offers a translation of a pilot research implemented in the adaptation of the Amsterdam-Nijmegen Everyday Language Test for the Czech language environment.

Key words: diagnosis, speech therapy diagnosis, diagnostic tools, subjects with aphasia, verbal communicative ability, language mutation, ANELT

ANOTACE	4
SUMMARY	5
ÚVOD	8
1. VYMEZENÍ POJMU DIAGNOSTIKA.....	9
2. LOGOPEDICKÁ DIAGNOSTIKA AFÁZIE.....	13
2.1. CÍLE LOGOPEDICKÉ DIAGNOSTIKY	15
2.2. METODY LOGOPEDICKÉ DIAGNOSTIKY	17
2.3. FAKTORY OVLIVŇUJÍCÍ DIAGNOSTICKÝ PROCES.....	20
3. DIAGNOSTICKÉ NÁSTROJE V ČESKÉ REPUBLICE	22
3.1. ORIENTAČNÍ DIAGNOSTICKÉ NÁSTROJE.....	22
3.2. KOMPLEXNÍ DIAGNOSTICKÉ NÁSTROJE.....	26
3.3. DIAGNOSTICKÉ NÁSTROJE MĚŘÍCÍ FUNKČNÍ KOMUNIKAČNÍ DOVEDNOSTI.....	30
4. STANDARDY PRO DIAGNOSTICKÉ NÁSTROJE A JEJICH MUTACI	32
4.1. ZÁKLADNÍ VLASTNOSTI DIAGNOSTICKÝCH TESTŮ.....	32
4.2. PRAVIDLA PRO PŘEKLAD DIAGNOSTICKÝCH TESTŮ	35
4.3. PŘEKLAD, ADAPTACE A MODIFIKACE CIZOJAZYČNÝCH TESTŮ.....	38
5. AMSTERDAM NIJMEGEN EVERYDAY LANGUAGE TEST (ANELT).....	39
5.1. PŘEDSTAVENÍ TESTU ANELT	39
5.2. CÍLE TESTU ANELT.....	41
5.2.1. Další cíle stanovené autory testu:	42
5.3. VÝVOJ TESTU ANELT	43
5.3.1. Definování termínu Verbální komunikace.....	43
5.3.2. Výběr úkolů v testu ANELT	44
5.4. PARALELNÍ TESTOVÉ VERZE ANELT I. A ANELT II.	45
5.4.1. Shrnutí hlavních opatření zajišťujících reliabilitu v americké verzi testu ANELT	45
5.4.2. Senzitivita testu ANELT ke změně verbálních komunikačních dovedností	47
5.4.3. Adaptace ANELTu do anglického jazyka	48
5.4.4. Standardizované verze testu ANELT v dalších jazycích	49
5.5. ZÁKLADNÍ PRINCIPY ADMINISTRACE A SKÓROVÁNÍ TESTU ANELT	50
5.6. PRŮVODCE PRO ADMINISTRACI TESTU ANELT	52
5.6.1. Instrukce k testu	52
5.6.2. Závěková část.....	52
5.6.3. Testovací část	52
5.6.4. Praktická doporučení pro testování	56

5.7.	PRŮVODCE KE SKÓROVÁNÍ	57
5.7.1.	Základní instrukce.....	57
5.7.2.	Specifické instrukce	60
5.8.	SKÓROVÁNÍ A INTERPRETACE NOREM.....	65
5.9.	EVERYDAY LANGUAGE TEST	66
5.9.1.	Abstrakt k testu ELT	66
5.9.2.	Představení testu ELT	67
5.9.3.	Cíle testu ELT	68
5.9.4.	Schéma testu ELT.....	69
5.9.5.	Výsledky studie k testu ELT	76
5.9.6.	Závěr	80
6.	CÍL PRÁCE A POUŽITÉ METODY A TECHNIKY	82
6.1.	CÍL PRÁCE.....	82
6.2.	METODY A TECHNIKY POUŽITÉ PŘI REALIZACI CÍLŮ PRÁCE	83
7.	CHARAKTERISTIKA VÝZKUMNÉHO SOUBORU	85
8.	ČASOVÝ HARMONOGRAM	87
9.	SBĚR A ANALÝZA DAT	88
9.1.	PRVNÍ FÁZE VÝZKUMU	88
9.2.	DRUHÁ FÁZE VÝZKUMU.....	89
9.3.	TŘETÍ FÁZE VÝZKUMU	91
10.	DISKUSE	95
	ZÁVĚR	97
11.	SEZNAMY	99
11.1.	SEZNAM LITERATURY	99
11.2.	SEZNAM TABULEK	103
11.3.	SEZNAM SCHÉMAT	103
11.4.	SEZNAM GRAFŮ.....	103
11.5.	SEZNAM PŘÍLOH	103

ÚVOD

V populaci se stále zvyšuje riziko cévních mozkových příhod, tento fakt je mimo jiné způsoben zvyšujícím se průměrným věkem obyvatelstva. Zvláště ve věkové skupině nad 50 let je četnost CMP a následný výskyt onemocnění afázie nejvyšší.

Afázie je doprovázena narušením komunikačních schopností, proto mají pacienti trpící tímto onemocněním velké problémy dorozumět se se svým okolím a obstat tak v komunikačních situacích běžného života.

Efektivní komunikace je pro každého člověka stejně jako pro afatické pacienty velmi důležitá. V logopedické praxi v České republice však existuje jen velmi málo standardizovaných diagnostických nástrojů, které by se na funkční komunikaci pacientů s afázií zaměřovaly, dokázaly ji ohodnotit a určit tak směr následné terapie.

Nizozemský test ANELT (Amsterdam-Nijmegen Everyday Language Test) je výjimečný právě tím, že dokáže měřit nejen aktuální úroveň verbálních komunikačních dovedností pacienta v situacích běžného života, ale je navržen i tak, aby po několika měsících probíhající logopedické terapie, dokázal změřit také změnu, které pacient s afázií v oblasti funkční komunikace dosáhl.

Vzhledem k předpokladu velmi dobrého praktického využití testu ANELT i v českém jazykovém prostředí jsem se rozhodla diagnostický materiál ANELT od autora testu pana Blomerta získat, přeložit a provést jeho adaptaci do českého jazyka. Tak byly načrtnuty cíle mé diplomové práce.

Diplomová práce je rozdělena do jedenácti kapitol. Teoreticky zaměřených je prvních pět kapitol, dalších kapitoly se zabývají spíše výzkumnou částí projektu, ve kterém bylo použito kvantitativních metod výzkumu.

1. VYMEZENÍ POJMU DIAGNOSTIKA

Pojem **diagnostika** v obecném pojetí vyjadřuje proces určování, respektive rozpoznávání stavu objektů.¹

Termín diagnostika je odvozen z řeckého slova διαγνώσις “*dia-gnósis*”, které znamená určování, rozpoznávání, rozlišení, vyšetření².

Diagnostiku lze provádět v mnoha odvětvích lidské činnosti. Kromě lékařských oborů, kde je diagnostika zásadním procesem, z jehož výstupů v podobě stanovení diagnózy se odvíjí další působení na pacienta, se diagnostiky využívá například v pedagogice, psychologii nebo dokonce v oblasti techniky. Diagnostikovat - tedy stanovovat diagnózu - mohou nejen lékaři, laboratorní pracovníci, logopedi, psychologové nebo učitelé, ale i například odborníci na IT technologie. Osoba, která provádí diagnostiku, se pak nazývá **diagnostik**.

Diagnostika se zabývá průběhem dosavadního vývoje člověka. Základním předpokladem pro správnou diagnostiku je interdisciplinární přístup, tedy vzájemná spolupráce mezi odborníky, která umožňuje získat objektivní pohled na pacienta.³

Rádlová (2005) charakterizuje diagnostiku jako: „*proces, který vede ke stanovení diagnózy.*“⁴

Valenta (2004) podrobně zpracovává rámcovou strukturu diagnostiky a popisuje ji takto: „*Rámcová struktura každé diagnostiky se snaží odpovědět na následující bazální otázky – co (je předmětem a systémem diagnostiky), kdo (realizuje diagnostiku), kde (se diagnostika realizuje) a jak (tedy jakými prostředky se diagnostika realizuje), jinými slovy, snaží se vymezit předmět, vlastní pojetí, terminologii a určit, kteří odborníci realizují proces vedoucí k diagnóze, které instituce se diagnostikováním zabývají a jaké metody mají k dispozici.*“⁵

¹ Linhart, J. Slovník cizích slov pro nové století. str. 84.

² Wikipedia [online] Portál wikipedia.org [cit 28. 10. 2009], <http://cs.wikipedia.org/wiki/>

³ (Přinosilová in Pipeková, 2006).

⁴ Rádlová, E. Speciálně pedagogická diagnostika. Ostrava: Montanex 2004. str. 4.

⁵ Valenta, M. Speciální pedagogika. Speciálně pedagogická diagnostika. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, Pedagogická fakulta 2004. str. 135.

Svoboda (1999) hodnotí proces vytváření diagnostiky, který v sobě podle něj zahrnuje: „zjištění všech relevantních informací z dostupných zdrojů, analýzu těchto dat a jejich interpretaci.“⁶

Diagnostika je z hlediska pedagogického pojetí chápána jako poznávací proces, jehož cílem je co nejdokonalejší poznání daného předmětu či objektu našeho zájmu a to včetně všech jeho důležitých znaků, charakteristik, jejich vzájemných vztahů a souvislostí. Výsledkem tohoto poznání je pak diagnóza.⁷

Pojem **diagnóza** Velký lékařský slovník charakterizuje jako výsledek procesu rozeznávání nemoci a její následné pojmenování. „*Stanovení diagnózy je předpokladem správné léčby. Vychází ze základních příznaků nemoci a posouzení okolností, které by s nimi mohly být v příčinném vztahu.*“⁸

Logopedický slovník definuje pojem diagnóza jako: „*Poznání aktuálního stavu, který odráží určitý stupeň patologie, rozpoznání a stanovení nemoci, vady, poruchy, vyšetřením postiženého. Zjištěné symptomy jsou zevšeobecněné do kategorie syndromu, který je začleněn do nozologické jednotky⁹. V diagnóze je obsažena i etiologie a patogeneze dané choroby.*“¹⁰

V medicíně je diagnostika stanovována na základě fyzikálního vyšetření pacienta a laboratorních nebo přístrojových vyšetření, která odrážejí celkový stav organismu i jednotlivých orgánů a která mohou v ideálním případě odhalit i příčinu onemocnění.

Medicíně příbuzné obory, které využívají poznatků z lékařské diagnostiky, jakým je i logopedie, přiřazují k formulaci diagnózy kromě pojmenování choroby i číselné kódy mezinárodní klasifikace nemocí. Diagnóza je pak jakýmsi zařazením jevu do určité třídy.

„Diagnózu lze také chápat jako výrok o zdravotním stavu jedince, kterým konkrétnímu nemocnému přisuzujeme určitý nozologický pojem. Tímto pojmem může

⁶ Svoboda, M. Psychologická diagnostika dospělých. Portál, Praha 1999. str. 11.

⁷ (Přinosilová, 2007)

⁸ Velký lékařský slovník [online] Portál LEKARSKE.SLOVNIKY.cz [cit 25. 10. 2009], <http://lekarske.slovniky.cz/>

⁹ Dvořák, J. *Logopedický slovník: terminologický a výkladový*. Žďár n/Sázavou: Logopedické centr. 2001. str. 46.

¹⁰ Nozologická jednotka je podle Dvořáka (2001) v Logopedickém slovníku charakterizována jako „*nemoc, vada nebo porucha s vyhraněným syndromem.*“ (str. 131)

být nozologická jednotka, syndrom či jen symptom nemoci. Diagnóza ve formě nozologické jednotky zůstává ideálem lékařského uvažování.“¹¹

Správně stanovená diagnóza umožňuje zvolit vhodnou terapii. Tato diagnóza však nemusí být úplná a konečná. Mnoho nemocí včetně afázie se v průběhu času vyvíjí. Podle Siegenhaltera (1995) je však eticky nepřípustné, aby lékař zatěžoval pacienta dalšími vyšetřeními pro zpřesnění diagnózy tam, kde je zřejmé, že to již nijak neovlivní ani terapii, ani informace o prognóze nemocného.¹²

Přinosilová (2007) shrnuje lékařskou diagnostiku hodnocením, že je zaměřena spíše na patologii.¹³ Na základě diagnózy je navržena terapie, která sleduje, pokud je to možné, buď úplné vyléčení pacienta, nebo alespoň úpravu zdravotního stavu tak, aby byl slučitelný se životem. To vše samozřejmě za předpokladu, že daný jedinec bude dodržovat určitá pravidla, která mu lékař doporučí.

Podle rozsahu sledovaných cílů můžeme diagnostiku v oboru speciální pedagogika dělit na *diagnostiku globální (celkovou)*, která je zaměřena na celou osobnost a *diagnostiku parciální (částičnou)*, zaměřenou na určité aktuální projevy. Například po zjištění celkové úrovně schopností daného jedince, se po určité době, kdy rozvíjíme například grafomotoriku, přesvědčujeme formou parciální diagnostiky o pokroku v této oblasti.¹⁴

Podle etiologie postižení lze diagnostiku dělit na kauzální, kdy je příčina postižení známa, a diagnostiku symptomatologickou, která vychází pouze z příznaků postižení, jejíž příčina není přesně známa.¹⁵

Nejen speciálně pedagogickou diagnostiku můžeme podle kritérií hodnocení dále dělit například podle časového sledu provádění na vstupní, průběžnou a výstupní, nebo ji také můžeme dělit podle kritéria věku klienta, na diagnostiku raného a předškolního věku, druhu postižení a podobně.¹⁶

¹¹ Velký lékařský slovník [online] Portál LEKARSKE.SLOVNIKY.cz [cit 25. 10. 2009], <http://lekarske.slovniky.cz/>

¹² Siegenhalter, W. *Diferenciální diagnostika vnitřních chorob*. Praha: Aventinum, 1995.

¹³ Přinosilová, D. *Diagnostika ve speciální pedagogice*. Brno: Paido 2007.

¹⁴ Rádlová, E. *Speciálně pedagogická diagnostika*. Ostrava: Montanex 2004. str. 5-6.

¹⁵ Přinosilová, D. *Diagnostika ve speciální pedagogice*. Brno: Paido 2007. str. 14.

¹⁶ Rádlová, E. *Speciálně pedagogická diagnostika*. Ostrava: Montanex 2004. str. 5.

Diagnostiku logopedickou zaměřenou na zhodnocení narušené komunikační schopnosti, rozděluje Lechta (2003) na tři základní úrovně.¹⁷

1. Orientační vyšetření - realizuje se například v rámci screeningů, depistáže a v podstatě odpovídá na otázku: „Má vyšetřovaná osoba narušenou komunikační schopnost (NKS), nebo ne?“;

2. Základní vyšetření směřující k zajištění konkrétního druhu NKS - jeho výsledkem je odpověď na otázku: „O jaký druh narušené komunikační schopnosti jde?“ a cílem určení základní diagnózy, respektive z hlediska následnosti procesu logopedické diagnostiky stanovení diagnostické hypotézy;

3. Speciální vyšetření, které je zaměřeno na co nejpřesnější identifikaci zjištěné NKS, a to co nejspecifičtějším diagnostickými postupy - odpovídá na otázku: „Jaký je typ, forma, stupeň a patogeneze dané NKS, jaké jsou její případné další zvláštnosti a následky?“ Často je proto vázáno na konziliární vyšetření většího počtu odborníků (logoped, foniatr, audiolog, otolaryngolog, neurolog, psycholog, psychiatr, atd.)

Při procesu vytváření diagnózy je velmi důležitá také diferenciální diagnostika. Vychází z příznaků obecnější povahy, a proto nelze jednoznačně určit konkrétní onemocnění. V průběhu diagnostického procesu je proto nutné postupně vylučovat na základě výsledků různých vyšetření ty příčiny, které dotyčné příznaky nezpůsobují, a najít onemocnění, které je za ně odpovědné.

Ke sledované problematice logopedické diagnostiky afázie má nejblíže lékařská – neurologická, psychologická a lingvistická diagnostika, jejichž poznatků diagnostika narušené komunikační schopnosti často využívá.

„Diagnostika neurogenních řečových poruch je převážně součástí spolupráce neurologické klinické lékařské diagnostiky a logopedického klinického vyšetření. Logopedická klinická diagnostika se opírá o výsledky neurologického vyšetření a snaží se definovat přítomné poruchy řečové komunikace. Jejím hlavním cílem je zjistit poruchy zodpovědné za snížení či ztrátu srozumitelnosti řeči.“(Neubauer, 2007)¹⁸

¹⁷ Lechta, V. a kol. *Diagnostika narušené komunikační schopnosti*. Praha: Portál 2003. str. 29.

¹⁸ Neubauer, K. a kol. *Neurogenní poruchy komunikace u dospělých*. Praha: Portál 2007. str. 45.

2. LOGOPEDICKÁ DIAGNOSTIKA AFÁZIE

Logopedická diagnostika afázií je součástí komplexní diagnostiky, protože se opírá o výsledky vyšetření neurologa, klinického psychologa či neuropsychologa. Závěry logopedické diagnostiky jsou východiskem pro počátek a plán logopedické terapie poruch řečové komunikace.¹⁹

Dvořák (2001) dělí logopedickou diagnostiku na dvě základní odvětví: na diagnostiku komplexní nebo také globální a na diagnostiku parciální. *„Komplexní diagnostika znamená vyšetření pacienta klinickým logopedem zaměřené na sociální prostředí (zejména rodinného – kvalita stimulace, emocionalita) a všech základních systémů u téhož jedince podle schématu reflexního okruhu: Rodinná anamnéza, osobní anamnéza, základní funkce sluchu, intelekt, osobnost, motorika (hrubá motorika, jemná motorika, oromotorika), lateralita, mluvidla (anatomické utváření, charakter zpětné vazby) a samozřejmě vyšetření řeči ve všech rovinách.“*²⁰ Dvořák pokračuje dále v definování termínu parciální diagnostika: *„Parciální diagnostika je zaměřená na důsledné vyšetření jen určitých subsystémů – například sluchu: vyšetření fonemického sluchu, fonemického uvědomění, sluchové paměti (věty, slova, standardní a specifické hlásky), sluchové analýzy a syntézy a podobně.“*²¹

*„Logopedická diagnostika se liší od jiných oborů v úhlu pohledu na řečový projev vyšetřovaného. Zatímco v jiných oborech je tento řečový projev při stanovení diagnózy jen pomocným prostředkem, v logopedické diagnostice se jedná o hlavní a zároveň jediný prostředek. Logoped musí s vyšetřovaným nejen komunikovat, ale i komplexně hodnotit samostatnou komunikační schopnost, jeho souvislý a spontánní řečový projev. Pokud vyšetřovaná osoba odmítne spolupracovat, nelze použít náhradní neřečové metody či jiné postupy. Hlavní úlohou logopeda je stimulovat vyšetřovaného k řečovému projevu tak, aby se jeho skutečná komunikační schopnost projevila ve všech dimenzích.“*²²

Ve způsobu jakým je logopedická diagnostika afázie vedena se odráží koncepce a chápání této poruchy. Za tvůrce systémového pojetí vyšších psychických funkcí a kvalitativního přístupu je považován A. R. Lurija. Podle něj má povrchní pozorování

¹⁹(Neubauer, 1997).

²⁰Dvořák, J. *Logopedický slovník: terminologický a výkladový*. Žďár n/Sázavou: Logopedické centr. 2001. str. 46.

²¹Dvořák, J. *Logopedický slovník: terminologický a výkladový*. Žďár n/Sázavou: Logopedické centr. 2001. str. 46.

²²Lechta, V. a kol. *Logopedické repertorium*. Bratislava: Slovenské pedagogické nakladateľstvo, 1990. str. 68.

poškození vyšších psychických funkcí a pouhá registrace symptomů bez následné kvalitativní neuropsychologické analýzy za následek zavádějící, ale často tradovaný názor, že každý afatik je jiný; a vylučuje tak možnost kauzální terapie. Dále označuje za základ neuropsychologického vyšetření strukturální analýzu pozorovaného problému a na jejím základě stanovení centrálního defektu. Ten chápe jako prvopočátek a příčinu obtíží.²³

Neubauer (2007) spatřuje význam logopedické diagnostiky afázie a následné terapie afázie ještě jinde, a to v zaměření diagnostiky na zhodnocení poruchy komunikačního procesu u vyšetřované osoby a stanovení stupně poruchy především ve vztahu k praktické realizaci sociálního kontaktu s okolím. Logopedická diagnostika podle něj zabezpečuje propojení diagnostického a terapeutického procesu tím, že slouží ke stanovení počátku a plánu přiměřené logopedické intervence a že je nezbytnou součástí komplexní diagnostiky²⁴ osob s poruchami CNS, realizované více oborovým týmem, který zahrnuje neurologa, klinického psychologa s neuropsychologickou erudicí a sociálního pracovníka.²⁵

Komplexní logopedická diagnostika využívá mimo vlastního klinického vyšetření i testové baterie²⁶, které napomáhají ke stanovení přesné diagnózy u pacienta.

Většina afaziologických škol si vytváří vlastní přístup a modifikaci některých používaných testových baterií nebo testů. Objevuje se však i řada nových testů, odrážejících moderní pohledy na problematiku afázie, u takových je patrná orientace na pragmatickou rovinu komunikace. Mezi moderní testy orientované na pragmatickou rovinu komunikace můžeme, řadit i nizozemský test ANELT.

²³ (Mikešová in Neubauer, 2007)

²⁴ Pojem **komplexní diagnostika** (viz výše) definuje Dvořák (2001) v logopedickém slovníku (str. 45) takto: „Jedná se obvykle o označení souhrnu vyšetřovacích aktivit různých odborníků (lékař, psycholog, logoped, pedagog, sociální pracovník) u diagnostiky jedince, s cílem získat co nejširší a nejpodrobnější informace, které jsou pak základem pro diagnózu.“

²⁵ Neubauer, K. a kol. *Neurogenní poruchy komunikace u dospělých*. Praha: Portál 2007.

²⁶ **Testové baterie** patří mezi diagnostické nástroje používané mimo jiné v logopedické diagnostice (podrobněji kapitola 3). Obsáhlý přehled diagnostických nástrojů využívaných v logopedické praxi předkládá například Cséfalvay (2007) nebo Neubauer (2007).

2.1. CÍLE LOGOPEDICKÉ DIAGNOSTIKY

Logopedická diagnostika má za cíl co nejpřesněji postihnoutí narušené komunikační schopnosti jako východisko pro správný výběr a použití intervenčních metod. (Klenková, 2006)²⁷

Cíle diagnostiky narušené komunikační schopnosti stanovil také Lechta (2003). Podle Lechty je pro diagnostiku narušené komunikační schopnosti nejdůležitější toto:

- určit, zda se jedná, nebo nejedná o narušení;
- zjistit příčinu narušení;
- určit, zda se jedná o trvalé, nebo přechodné narušení;
- určit, je-li narušení vrozené, či získané;
- zjistit zda NKS dominuje, nebo je symptomem jiného dominujícího postižení, onemocnění (symptomatická porucha řeči);
- zjistit, uvědomuje-li si jedinec své narušení, nebo neuvědomuje;
- určit stupeň narušení-totální či částečné narušení.²⁸

Neubauer (2007) shrnul cíle klinické logopedické diagnostiky získaných neurologických poruch řečové komunikace (ZNPŘK) do 6 bodů vyjadřujících tematické okruhy, kterými by se měl logoped při diagnostice pacienta zabývat.²⁹

- **Screening poruch řečové komunikace** - Stanovení přítomnosti či nepřítomnosti řečové poruchy.
- **Diferenciální diagnostika** – Diagnostikování klinicky odlišitelných poruch řečové komunikace i poruch koexistujících u jedné osoby
- **Diferenciální diagnostika báze poruchy a typu diferenciální NPŘK** – stanovení typu poruchy, její dominance a stupně závažnosti pro komunikaci s okolím.
- **Individuální plán terapie** – Návrh intervenční strategie na základě diagnostických údajů a diagnostické úvahy

²⁷ Klenková, J. *Logopedie*. Praha: Grada 2006.

²⁸ Lechta, V. a kol. *Diagnostika narušené komunikační schopnosti*. Praha: Portál 2003. str. 21-22.

²⁹ Neubauer, K. a kol. *Neurogení poruchy komunikace u dospělých*. Praha: Portál 2007. str. 89.

- **Zhodnocení výsledků terapie po určitém časovém období.**
 - definování posunu, stagnace či regrese v oblasti komunikačních schopností.
- **Stanovení možné dynamiky procesu uzdravy funkcí**
 - prognostická úvaha o potenciálu dalšího obnovování porušených funkcí

Cíle logopedické diagnostiky autorů Lechty a Neubauera se v některých svých bodech shodují – oba například považují za důležitou diferenciální diagnostiku i určení stupně a rozsahu poruchy. Neubauer jde však ve stanovení cílů diagnostiky dále než Lechta a soustřeďuje se i na vypracování individuálního plánu terapie nebo stanovení pravděpodobné dynamiky procesu uzdravy funkcí. Dle mého názoru však v Neubauerově výčtu cílů klinické logopedické diagnostiky dochází k překrývání až záměně některé cílů za výstupy a prostředky logopedické diagnostiky. Například Neubauerův bod „Individuální plán terapie“ patří podle mne spíše k výstupům z logopedické diagnostiky, než do jejich cílů.

2.2. METODY LOGOPEDICKÉ DIAGNOSTIKY

Logopedická diagnostika využívá metod, které jsou obdobné u řady oborů, s kterými logopedie spolupracuje. Metody logopedické diagnostiky jsou odvozeny zejména z metodologie diagnostiky v medicíně, pedagogice, speciální pedagogice a psychologii.

Existuje celá škála diagnostických metod a technik používaných napříč těmito spřízněnými obory. Přehled metod využívaných v logopedické diagnostice sestavil například Vaškov (1991)³⁰. Patří mezi ně:

- **pozorování** – forma archů určených pro sledování (např. pozorovací listy, hodnotící stupnice);
- **explorační metody** - dotazníky, anamnestický a řízený rozhovor;
- **diagnostické zkoušení** – vyšetřování výslovnosti nebo vyšetřování zvuku řeči;
- **testové metody** (např. Token test, test laterality);
- **kazuistické metody** – neoddělitelnou součástí komplexního vyšetření je i analýza lékařských výsledků, psychologických vyšetření;
- **rozběr výsledků činnosti** (např. výsledků individuální práce afatika s využívanými materiály);
- **přístrojové a mechanické metody** (mimo jiné artikulografie, chromografie).

Při aplikaci diagnostických metod je zapotřebí respektovat mnoho principů. Jsou jimi například princip vícedimenzionální analýzy (komplexnosti vyšetření), princip co nejobektivnějšího posouzení a reflexe celé osobnosti vyšetřovaného jedince, princip pátrání po příčině nebo princip průběžnosti (diagnostická terapie a terapeutická diagnostika).³¹

Ve struktuře afaziologických testů, tedy v otázce, které oblasti řečové exprese a imprese se mají vyšetřovat, se většina autorů shoduje. Pro plánování terapie

³⁰ (Vaškov, 1991 in Lechta, 2003; str. 23-24)

³¹ (Lechta, 2003 in Škodová, 2007)

pacienta s afázií je vyšetření klíčových úkolem. Podílejí se na něm lékaři (nejčastěji neurologové a neuropsychologové), největší prostor je však věnován klinickému logopedovi.

První testy afázie udělal na začátku 20. století Henry Head. Jeho zjišťování je podobné jako u dnešních testů afázie. Roku 1926 publikoval své detailní, systematické vyšetření afázie. První část tvoří pojmenování a znovupoznávání běžných předmětů. Pacient ukazuje na předměty podle slyšené a napsané instrukce a pojmenovává je. V další části se hodnotí čtení a psaní. Potom měl klient říci přesný čas podle hodinek. Další část tvoří subtest, kde vyšetřovaný reaguje na požadované úkoly-položit třetí minci do prvního talíře (Coin-Bowl test). Později přidal i složitější verzi Hand-Eye-Ear testu, kde pacient ukazuje části těla podle instrukcí. Jeho postup byl podobný dnešním metodám.³²

Vyšetření řeči afatika by se mělo zaměřit na hodnocení a vyšetření spontánní řeči, porozumění řeči, opakování a pojmenování. Hodnocení je ale kompletní teprve tehdy, zahrne-li se do diagnostiky také vyšetření psané formy řeči, tedy psaní a čtení.³³

- **Analýza spontánní řeči** klienta slouží k základní diferenciaci fluentní a nonfluentní řeči. Podle dotazu vyšetřujícího pacient odpovídá. Odpovědi se testují a hodnotí se i další parametry řeči - obsah informací, gramatická adekvátnost.
- V **porozumění řeči** se hodnotí porozumění jednoduchým otázkám (odpovědi ano/ne) i porozumění složitějším příkazům.
- **Schopnost pacientů opakovat slova a věty** slouží to k rozlišení plynulé či neplynulé řeči i k diferenciaci konduktivní afázie a transkortikálních afázií.
- Ve **schopnosti pojmenování** se hodnotí schopnost řeči pojmenovávat. Pacient má pojmenovávat předměty denní potřeby a předměty s kterými se dostává do styku vzácněji.

³² (Goodlass a Kaplan, 1972; Kertesz, 1988; Davis, 1993; Helm-Estabrooks a Albert, 1991; Chapey, 1986 in Cséfalvay, 2007).

³³ (Cséfalvay in Lechta 2003, str. 211)

- Při **hodnocení psané řeči** se hodnotí automatické psaní (podpis, adresa) spontánní psaní (uvědomělé psaní), psaní podle diktátu a narativní psaní.
- Při **hodnocení lexie – čtení** je postup stejný.³⁴

Kalkulické schopnosti se nejčastěji vyšetřují pomocí úloh různého stupně obtížnosti, počínaje vyjmenováním číslic a konče složitými početními úkoly. U vyšetřované osoby je vhodné vyšetřit také schopnost kresby. Na konec šetření se zařazuje vyšetření gnostické schopnosti a schopnosti praxe. Pro správné zhodnocení terapie se doporučuje provádět podrobnou diagnostiku s odstupem dvou až tří měsíců, v počátečních stádiích i častěji. (Novák 1996)³⁵

Při vyšetření vyšších kortikálních funkcí je základním předpokladem správné diagnostiky, empatický vhléd do pacientových pocitů. Vždy je potřeba dostatek ohleduplnosti a taktu. Vyšetřující by měl akceptovat náhle vzniklou částečnou nebo i úplnou izolovanost od pacientova okolí. V některých případech je vhodné začít vyšetřením grafie. A to hlavně tehdy, má-li klient obtíže se začátkem slovního projevu. Tento postup se osvědčuje při navázání prvního kontaktu a zároveň pomáhá získat informace o schopnosti pacienta porozumět instrukcím, o praxi a podobně.³⁶

Pro diagnostiku v akutním stadiu onemocnění je důležitý screening afázie. V akutním stadiu onemocnění jsou pacienti s mozkovým poškozením velmi rychle unavitelní, jejich schopnost koncentrovat pozornost je omezená. Doprovází to často bolesti či užívání léků. Cílem diagnostiky v akutním stadiu je v krátké době zmapovat charakter a míru afázie (alexie, agrafie). U rozsáhlejších lézí mozku můžeme u pacienta rozpoznat přítomnost afázie již při prvním kontaktu. Cílem diagnostiky v akutním stádiu tedy není pouze potvrzení přítomnosti afázie, ale také zhodnocení, které funkce mozku byly lézí zasaženy a případně určit i stupeň poškození. V akutním stádiu afázie musí vyšetřující počítat s faktem, že klinický obraz afázie se může v prvních hodinách a dnech od vzniku onemocnění výrazně měnit.

³⁴ (Cséfalvay, in Lechta 2003, str. 211)

³⁵ Novák, A. *Foniatrie a pedaudiologie III. Základy fyziologie a patofyziologie řeči, diagnostika a léčba poruch řeči*. Praha: Unitisk, 1997.

³⁶ (Čecháčková in Škodová, Jedlička a kol. 2007)

2.3. FAKTORY OVLIVŇUJÍCÍ DIAGNOSTICKÝ PROCES

Logopedické vyšetření je specifickým druhem interakce vyšetřovaného klienta a logopeda. Proces diagnostiky často komplikuje skutečnost, že komunikační schopnost se zjišťuje právě pomocí komunikace. Toto specifikum do jisté míry limituje možnosti diagnostika. Pokud vyšetřovaná osoba odmítne, nebo se nemůže mluvně projevit, diagnostický proces je tím výrazně zkomplikován a vyšetřující musí hledat náhradní prostředky komunikace.

„Sama diagnostická situace zpravidla omezuje prezentaci skutečné komunikační schopnosti v negativním směru. Je totiž všeobecně známo, že tréma, nejistota atd. se nejzjevněji promítají do oblasti komunikace. Navíc je tu nevyhnutelná prezentace takových projevů, které byli nejednou příčinou pocitu neúspěchu, zklamání a jiných nepříjemných zážitků, jež vyústily například do logofobie. Tak vzniká začarovaný kruh: narušená komunikační schopnost je jakousi bází pro vznik logofobie či jejích prvků, což však v diagnostické situaci zkresluje prezentaci skutečné úrovně komunikační kapacity u vyšetřovaného.“³⁷

Svoboda (1999) charakterizuje diagnostické vyšetření jako rovnici s několika proměnnými: *„Tato nejčastěji dyadická³⁸ interakce je ovlivněna vzájemným působením osobní rovnice examinátora, osobní rovnicí respondenta a situačními proměnnými.“³⁹*

Proměnné týkající se examinátora souvisejí s jeho věkem, pohlavím, společenským statusem, zkušenostmi, objektivností či kompetentností. Další faktory, týkající se při testování osoby diagnostika, se vztahují například k modelu jeho chování nebo aktuálnímu zdravotnímu a psychickému rozpoložení.

„Proměnné týkající se vyšetřované osoby zahrnují obecné a individuální postoje, které mohou mít řadu forem (koncepce, reflexe, názor, předsudky, mínění, sentimenty.“⁴⁰ K faktorům ovlivňujícím výsledky diagnostického šetření u osoby

³⁷ Lechta, V. a kol. *Diagnostika narušené komunikační schopnosti*. Praha: Portál 2003. str. 28.

³⁸ dyadický = týkající se dvojice; Dvořák, J. *Logopedický slovník: terminologický a výkladový*. Žďár nad Sázavou: Logopedické centrum 2001. str. 44.

³⁹ Svoboda, M. *Psychologická diagnostika dospělých*. Praha: Portál 1999. str. 14.

⁴⁰ Svoboda, M. *Psychologická diagnostika dospělých*. Praha: Portál 1999. str. 15.

pacienta se často řadí také pohlaví, věk, vzdělání a lateralita. Tyto proměnné jsou uváděny i při interpretacích výsledků nejen logopedických a afaziologických výzkumů.

Aktuální zdravotní a psychické rozpoložení má při diagnostickém vyšetření vliv na výkon examinátora a stejně tak i na výkon pacienta. Zvláště v akutní fázi onemocnění, může být diagnostika ovlivněna pacientovou vysokou unavitelností, bolestmi nebo špatným psychickým stavem po náhlé změně zdravotního stavu.

Pro diagnostický proces je důležitý také vzájemný vztah vyšetřovaného a vyšetřujícího. V osobním kontaktu logopeda s klientem se proto předpokládá vytvoření atmosféry důvěry, optimálního vztahu a pokud možno patřičného naladění klienta pro testování. Účinky na začátku zmíněných pacientových psychických stavů, jako je tréma a nejistota, by pak měly být vzhledem k výsledkům šetření minimální. Úspěch kontaktu diagnostika a vyšetřovaného spočívá i v oblasti motivační a je přímo závislý na sociálních dovednostech logopeda.⁴¹ Tyto zásady a podmínky pro testování lze aplikovat i v jiných oborech, kde se využívá metoda diagnostiky.

K situačním proměnným ovlivňujícím diagnostický proces, řadíme podmínky, za kterých vyšetření probíhá. Jsou jimi například vhodná místnost, osvětlení nebo pohodlné místo pro snímání metod.

⁴¹ Svoboda, M. *Psychologická diagnostika dospělých*. Praha: Portál 1999.

3. DIAGNOSTICKÉ NÁSTROJE V ČESKÉ REPUBLICĚ

Přístupy a názory na diagnostiku a terapii afázie v České republice procházejí vývojem, podle Neubauera (2007) méně plynulým než v jiných vyspělých státech. Česká afaziologie a klinická logopedie se stále potýká s nedostatkem odborné literatury, která by prezentovala nové světové poznatky v oblasti péče o osoby s neurogenními poruchami řečové komunikace. Tento stav zapříčinila i dlouhodobá speciálněpedagogická orientace logopedie zaměřená na vývojové poruchy u dětí.⁴²

Díky rozvoji zdravotnických rehabilitačních zařízení věnujících se komplexní péči o dospělé a širší možnosti přenášení nových zahraničních poznatků v oboru afaziologie, se v posledních letech situace v České republice výrazně zlepšila.

3.1. ORIENTAČNÍ DIAGNOSTICKÉ NÁSTROJE

Na začátku diagnostického vyšetření je studium lékařské dokumentace, které je zaměřené na zjištění informací o charakteru základního neurologického onemocnění. Výsledky moderních zobrazovacích metod, jako je počítačová tomografie nebo magnetická rezonance, jsou cenné z hlediska určení lokality léze a usnadňují vyšetřujícímu určení směru dalšího postupu.

Úvodní rozhovor slouží vyšetřujícímu k vytvoření diagnostické hypotézy o charakteru poruchy či poruch. Zjišťujeme orientaci afatika v čase a prostoru. Při spontánním rozhovoru získáváme údaje o povolání, vzdělání, zájmech a subjektivních obtížích pacienta. Následně se rozhovor cíleně zaměří na těžkosti se zrakem, sluchem, pamětí i na charakter poruch řeči. Pokud jsou fatické funkce výrazně narušeny, zjišťujeme tyto údaje od příbuzných pacienta. Informace nám nebo mohou pomoci dokreslit obraz pacienta.⁴³

Neubauer (1997) poukazuje na orientační logopedické vyšetření jako na nutnost rychle a bez nadměrné zátěže provést orientační diagnostiku afatika v subakutním stadiu, které je komplikované celkovým těžkým stavem a vysokou unavitelností pacienta. Jedná se například o zjištění, zda vyšetřovaný tvoří hlas, odpoví na otázku,

⁴² Neubauer, K. a kol. *Neurogenní poruchy komunikace u dospělých*. Praha: Portál 2007. str. 27-28.

⁴³ (Cséfalvai in Lechta, 2003)

nakreslí podle předlohy kruh nebo se podepíše. Orientační vyšetření je tedy zaměřeno na zhodnocení schopnosti rozumění a expresivní komunikace.⁴⁴

Pro realizaci orientačního logopedického vyšetření se využívá například screeningových diagnostických nástrojů. Screeningové vyšetření afázie je zaměřeno na přítomnost poruchy fatických funkcí a zjištění jejího celkového charakteru.

V českém jazykovém prostředí využívají kliničtí logopedi několik screeningových diagnostických nástrojů. Prvním z nich je **Screeningová zkouška afázie** (Preiss, M., Preiss, J., Neubauer, Preissová, Tilšerová, 1999). V publikaci, této experimentální verze překladu a úpravy původní zkoušky Halsted-Wepman, vyústil proces snahy PhDr. Marka Preisse o rozvoj neuropsychologické diagnostiky a o spolupráci s logopedickou péčí.

Screeningové zkoušky afázie se využívá především při diferenciální diagnostice neurogenních poruch řečové komunikace a je českou adaptací (**AST – Aphasia Screening test**). Pomocí tohoto testu lze v krátké době (přibližně 10 minut) zmapovat nejen jazykové, ale i nelingvistické schopnosti vyšetřované osoby. AST je proto vhodný pro screening v akutní fázi nemoci. Test zahrnuje 32 položek a 14 diagnostických kategorií.

Pod stejnou zkratkou vytvořenou z prvních písmen názvu testu se skrývá další screeningový test pro diagnostiku afázie v akutním stádiu a tím je **Aphasia Schnell Test (AST)** je standardizovaný test sloužící na zhodnocení afázie. Cséfalvay (2007) jej charakterizuje takto: „*hodnotí typické oblasti mapované v každém testu afázie: pojmenování předmětů a osob na obrázku, porozumění slyšené řeči (reálné předměty na obrázku a identifikace geometrických tvarů podle slyšené instrukce), čtení slov a krátké instrukce, psaní. Odpovědi pacienta se kvantifikují podle přesně stanovených kritérií, čímž vyšetřující získá hrubý skór.*“⁴⁵

Pokud si vyšetřující není jist, zda se jedná o poruchu fatických funkcí či nikoliv, lze se opřít o procentuálně vyjádřenou pravděpodobnost přítomnosti afázie. Tato kvantifikace je vhodná v akutních stádiích onemocnění, kdy nelze vyšetřit expresivní

⁴⁴ Neubauer, K. *Poruchy řečové komunikace u dospělých osob*. Asociace klinických logopedů České Republiky 1997.

⁴⁵ Cséfalvay, Z. a kol. *Terapie afázie. Teorie a případové studie*. Praha: Portál 2007. str. 36.

složku řeči či psaní. V testu jsou pro porovnání připraveny i normy pro částečně provedený test.

Dalším testovým materiálem využívaným v České republice k diagnostice pacientů po traumatickém poškození mozku je **Token Test** (zkrácená verze – Kulišťák, 1987, Petržílková 1996, Preiss, 1996b). Tento diagnostický nástroj lze využívat samostatně jako screeningový materiál nebo jako součást komplexního vyšetření především ke zhodnocení percepčních schopností vyšetřovaného.

Token test představili poprvé v roce 1962 italští neuropsychologové De Renzi a Vignolo. V době publikování testu se používaly rozsáhlé testové baterie a jednodimenziálnost testu proto vyvolala odmítavé reakce. Původní verze obsahovala více než 100 instrukcí a byla jí kromě jiného vytýkána i časová náročnost.

Neubauer (1997) poukazuje na fakt, že v současnosti se jeví jako vhodnější využívání revidované zkrácené formy testu, poprvé uveřejněné v roce 1978. Tato verze obsahuje 36 vybraných položek. Intaktní výkon v položce se hodnotí jedním bodem, při opakování instrukce půl bodem. Maximální počet bodů je tedy 36 a je upravován podle korelační tabulky dle vzdělání vyšetřované osoby. Provedení testu je založeno na manipulaci s geometrickými obrazci různého tvaru, barvy a velikosti. K úspěšnému vyřešení úkolu je potřeba přesné pochopení všech slov v pokynech terapeuta. Pacient však nesmí vykazovat gnostické potíže v rozpoznávání barev a tvarů. Pokyny obsahují pojmenování obrazců, slovesa, příslovečná určení především místa a prostorové vztahy mezi obrazci („Dejte červený kruh pod bílý čtverec.“).⁴⁶

Provedení testu trvá zhruba 20 až 30 minut. Tato testová baterie je v současné době oblíbeným diagnostickým vodítkem mnoha českých klinických logopedů na doplnění komplexní diagnostiky afázie, hlavně proto, že zobrazuje rozumění slovním a větným pokynům a úroveň krátkodobé verbální paměti. Celkově je však Token test méně komplexní než například AST, neboť neobsahuje úkoly pro zhodnocení lexikálních, grafických a praktických dovedností.

Dalším významným testem používaným k diagnostice afatických pacientů v akutní fázi onemocnění je test **MAST - Mississippi Aphasia Screening Test**

⁴⁶ Neubauer, K. *Poruchy řečové komunikace u dospělých osob*. Asociace klinických logopedů České Republiky 1997.

(Nakase-Thompson, 2004). Je připravována i standardizovaná česká verze tohoto testu (Cséfalvai, 2007). MAST se používá k vyšetření poruch fatických funkcí. Umožňuje rychlou diagnostiku v akutním stádiu onemocnění a je časově nenáročný (1 – 10 minut a administrace testu trvá standardně 5 – 15 minut). Hodnotí se automatická řeč, pojmenování, opakování, fluence při popisu obrázku, psaní podle diktátu, porozumění alternativním otázkám, porozumění slovům, porozumění mluvené řeči a čtené instrukci.⁴⁷ Podle výzkumů prováděných doktorkou Košťálovou na Neurologické klinice LF MU a FN Brno, je možné, aby test MAST administroval i zacvičený nespécialista. MAST ve výzkumech, kde test administroval zacvičený nespécialista vykazoval vysokou reprodukovatelnost, senzitivitu, ale i specifitu v detekci afázie u nemocných po cévní mozkové příhodě.⁴⁸

Českým testem pro pacienty v akutní fázi onemocnění je i testový materiál vytvořený plzeňskou logopedkou I. Herejkovou. Test vznikl z potřeby provádět vyšetření řeči hned v začátku onemocnění pacienta na nemocničních odděleních, ke kterým patří neurochirurgie, neurologie, interní oddělení a některá další pracoviště. Podle Herejkové (2005) se v českých zemích používají vyšetření, která umožňují dobrou diagnostiku afázie v chronickém nebo postakutním stádiu onemocnění. Tyto testy však vyžadují relativně dlouhou dobu k provedení, což musí řešit rozdělením vyšetření do více etap, často do několika dnů. Při vyšetření afázie v akutním stádiu onemocnění se klade důraz na krátkou dobu diagnostikování se srozumitelnými a kvantifikovatelnými výsledky. Vyšetření pro pacienty v akutním stádiu onemocnění splňuje požadavek snadné dostupnosti, časové nenáročnosti a postihuje celkový obraz řečových funkcí nemocného. Vyšetření lze také snadno opakovat v průběhu nemoci. Jednotlivé výsledky testu jsou porovnatelné a umožňují tak představu o úpravě stavu nemocného. Toto vyšetření, vyvinuté na klinickém pracovišti v Plzni, vychází z bostonského pojetí. Má 6 součástí - vyšetření spontánní řeči, porozumění, pojmenování, opakování, čtení a psaní. V jednotlivých částech se dá získat 10 až 25 bodů, celkový zisk je 100 bodů. S odstupem několika dnů se dá hodnotit míra zlepšení v jednotlivých částech a dynamika úpravy. Vyšetření zabere asi 10 - 12 minut.

⁴⁷ (Cséfalvai, 2007)

⁴⁸ Košťálová, M. Validace české experimentální verze screeningového testu afázií. Článek <http://www.klinickalogopedie.cz/>; [cit 26. 10. 2009]

3.2. KOMPLEXNÍ DIAGNOSTICKÉ NÁSTROJE

Komplexní klinické logopedické vyšetření zahrnuje všechny oblasti, které jsou zásadní pro zhodnocení komunikačního procesu, proto i komplexní diagnostické nástroje se snaží postihnout celou škálu hodnocení komunikačního výkonu pacienta.

Diagnostiku fatických funkcí v České Republice dlouhodobě ovlivnilo zveřejnění diagnostického materiálu nazvaného **Pražské afaziologické vyšetření – PAV** (Budínová-Smělá, Bohmová, Mimrová, 1964; aktualizace Mimrová, 1997). Jedná se o diagnostickou škálu vycházející z Hrbkovy koncepce fatických funkcí a formy jejího procentuálního kvantitativního zhodnocení. Osnova vyšetření se skládá z následujících částí:

- Spontánní řeč – hodnocena v 6 stupních
- Opakování – hlásek, slov, vět a souvětí
- Porozumění mluvenému slovu – reakce na slovní pokyny, výběr pojmů po abstraktní a rozumění gramatickým strukturám řeči
- Pojmenování – podle skutečných předmětů a podle souboru obrázků
- Automatické řady – početní řady, dny, měsíce, text písně
- Zpěv – rozpoznání melodie, rytmus, zpěv aktivně
- Čtení – hlásky, slabiky, slova, text a jeho reprodukce, globální čtení, písmo – obrázek
- Počítání ústní – numerace, početní vztahy, početní úkony
- Počítání písemné – numerace, početní vztahy, početní úkony
- Kreslení – opis písmen až věty, malování podle předlohy a spontánní projev, grafomotorika
- Psaní – podpis, adresa, diktát slov a vět, spontánní psaný projev⁴⁹

Hrbkovou koncepcí v oblasti diagnostiky se zabývá také olomoucké fakultní pracoviště pod vedením Poláškové a Slezákové (1993, 1996).

⁴⁹ (Neubauer, K.. Neurogení poruchy komunikace u dospělých. Diagnostika a terapie. Portál, Praha 2007, str. 74 – 75.

Na dalším vývoji diagnostiky fatických funkcí se podílel i Kiml (1969, 1978) a Cséfalvay (1996), kteří jsou ovlivněni převážně **Bostonskou klasifikací afázií**.

V roce 2002 publikoval Cséfalvay společně s Košťálovou a Klimešovou manuál **Diagnostika a terapie afázie, alexie, agrafie**. Toto komplexní klinické vyšetření je i diagnostickým a terapeutickým materiálem. Vyšetření fatických funkcí se skládá z hodnocení spontánní řeči, porozumění mluvené řeči, opakování a pojmenování, na základě kterého je možné klasifikovat poruchu do některého klinického syndromu afázie (dle Bostonské afaziologické školy). Součástí publikace je i diagnostický postup obsahující jednotlivé úkoly zjišťující úroveň čteného a psaného projevu. Manuál tedy současně umožňuje i analýzu případných deficitů.⁵⁰

Neubauer (1997) uvádí u diagnostiky afázie dvě komplexní testovací baterie, které jsou v našich podmínkách nejčastěji využívány. Je to **Lurijovo neuropsychologické vyšetření** (Christensenová, 1977) a **Neuropsychologická baterie Halstead – Reitan**.

Lurijův diagnostický postup považuje řada autorů⁵¹ za výjimečný a naprosto odlišný od všech ostatních afaziologických metodologií. Lurijův diagnostický postup se opírá o syndromovou analýzu. Koncepce tohoto postupu vychází z předpokladu, že vyšší psychické funkce vytvářejí dynamický funkční systém.⁵²

Lurijovo vyšetření afázie (1973), je příkladem kvalitativně orientovaného testu hodnotícího způsob a kvalitu řešení dané úlohy. Tento test nepatří mezi standardizované diagnostické nástroje. Postup diagnostického procesu zde závisí na stavu pacienta, anamnéze a na strategii, kterou logoped zvolí. Vyšetření dle Luriji bylo v minulosti několikrát adaptováno, například Christensenová (1977), a v posledních letech je snaha o adaptaci i u dětí. (Cséfalvay in Lechta, 2003)⁵³

V roce 1991 publikovali Preiss a Hynek český překlad testové baterie, která je jako základní používaná v anglické jazykové oblasti, neuropsychologické baterie **Halstead – Reitan**. Baterie obsahuje testy měřící vstupy do CNS, míru pozornosti, koncentrace paměti, verbální schopnosti, prostorové, sekvenční a manipulační dovednosti, schopnosti abstrakce, dedukce, logické analýzy atd. Součástí je také vyšetření

⁵⁰ (Klenková, 2006)

⁵¹ (Mikulajová a Rafajdusová (1993); Sagiová (1986); Kaganová a Saling (1992) in Lechta, 2003; str. 220)

⁵² (Lurija (1982) in Cséfalvay, 2003)

⁵³ Lechta, V. a kol. *Diagnostika narušené komunikační schopnosti*. Praha: Portál 2003.

inteligence Wechslerovou intelektovou a paměťovou škálou (Stančák, 1996) i dotazník zaměřený na vyšetření osobnosti. Provedení trvá dvě až tři hodiny.⁵⁴

V roce 2007 publikoval Neubauer **Vyšetření získaných neurogenních poruch řečové komunikace – VZNPŘK**. Jedná se o nedávno sestavený soubor zkoušek logopedického klinického vyšetření s hodnotící ratingovou škálou. Koncepce je založena na návaznosti na Pražském afaziologickém vyšetření (PAV). Test je svým zaměřením určen k využití na pracovištích klinické logopedie v rámci rehabilitačních zařízení pro dospělé osoby. VZNPŘK zachycuje přítomné neurogenní poruchy fatických funkcí, poruchy lexie, grafie, kalkule, praxie horních končetin a orální praxie. Vyhodnocuje i úroveň motorických řečových funkcí a kognitivně komunikační poruchy.

Pro diagnostiku afázie v akutním stádiu onemocnění se v České republice často využívá i **Western Aphasia Battery** (v české verzi experimentálně Kulišťák, Benešová, 1996). Nyní se připravuje také standardizovaná česká verze **Western Aphasia Battery Revised Bedside** (Kertesz, 2007). Autorem testové baterie Western Aphasia Battery (WAB) je Anrew Kertesz. WAB je diagnostický nástroj vytvořený pro posouzení jazykových funkcí u dospělých. Test je schopen rozpoznat přítomnost, stupeň a typ afázie. Tento diagnostický nástroj se skládá z částí, v nichž se vyšetřuje spontánní řeč, porozumění řeči, pojmenování, opakování, psaní, čtení, praxie, kalkule a konstrukční schopnosti. Test WAB je velmi podobný BDAE, rozdíl spočívá ve způsobu kvantifikace.

„V české diagnostické praxi není v současnosti rozšířený materiál, který by jednoznačně směřoval ke stanovení typu fatické poruchy komunikující s běžně užívanou neurologickou a neuropsychologickou diagnostikou a který by byl podložen rozsáhlejší validizací a testovými kritérii.“⁵⁵

Česká afaziologie má i přes výše zmíněnou absenci validizovaného diagnostického materiálu k dispozici kvalitní klinický diagnostický materiál. Je jím **Vyšetření fatických funkcí – VFF** (Cséfalvay, Košťálová, Klimešová, 2003).

⁵⁴ (Neubauer, 1997)

⁵⁵ Neubauer, K. a kol. *Neurogenní poruchy komunikace u dospělých*. Praha: Portál 2007. str. 75.

Tento diagnostický materiál je kvalitativně orientovaným klinickým vyšetřením zaměřeným na určení typu afázie v souladu se současným využíváním tzv. Bostonské klasifikace afázií. Obsah klinického vyšetření se skládá ze šesti částí:⁵⁶

- Vyšetření spontánní řečové produkce – hodnocení konverzace, popisu obrázku, automatických řad
- Porozumění mluvené řeči – fonologická analýza, lexikální usuzování, porozumění významu slov, porozumění na úrovni vět
- Schopnost reprodukovat slova a věty – opakování slov a vět, opakování slov a pseudoslov
- Vyšetření nominativní funkce řeči – konfrontační pojmenování, odpovědi na otázky
- Vyšetření čtení – čtení písmen a slabik, čtení pseudoslov nahlas, lexikální posuzování psaných slov a pseudoslov, porozumění čteným slovům, čtení slov nahlas, rozumění čtenému textu
- Vyšetření psaní – psaní izolovaných písmen, automatizované formy psaní, opisování slov a pseudoslov, psaní slov a pseudoslov na diktát, písemné pojmenování, souvislé psaní.

Dalším testovým nástrojem využívaným k diagnostice afatických pacientů je **Obrázkovo – slovníková zkouška pojmenování** (Kondáš, 1970). Tento diagnostický nástroj je využíván především k zjišťování úrovně slovní zásoby a pohotovosti u dětí před vstupem do školy. Lze jej však použít i pro diagnostiku afázií a to konkrétně pro zhodnocení úrovně rekognice objektů prostřednictvím pojmenovávání obrázků. Materiál testu tvoří 30 barevných obrázků, na nichž jsou zobrazeny různé věci, zvířata i činnosti (pes, strom, člověk skákající do vody). Úkolem je sdělit, co je na obrázku. Zkouška je určena k hodnocení kvality pasivního slovníku, tedy znalostí názvů určitých konkrétních objektů či situací. Za každou správnou odpověď získává bod, celkový součet představuje hrubý skór převáděný pomocí percentilových tabulek na vážený skór. Pro kvalitativní hodnocení je vhodné analyzovat položky, které testovaný nedokázal pojmenovat.

⁵⁶ Neubauer, K. a kol. *Neurogení poruchy komunikace u dospělých*. Praha: Portál 2007. str. 75

3.3. DIAGNOSTICKÉ NÁSTROJE MĚŘÍCÍ FUNKČNÍ KOMUNIKAČNÍ DOVEDNOSTI

Testy orientované na funkční komunikaci osob s afázií nehodnotí izolovaně jednotlivé řečové funkce, ale mapují efektivitu komunikace navzdory existujícím poruchám fatických funkcí. Tyto zkoušky jsou zaměřeny na oblast pragmatického využití komunikace v životních situacích. Jsou to lingvistické diagnostické metody, které se snaží zobrazit jazykové schopnosti osoby v běžných situacích a definovat oblasti jejich možného rozvoje a stimulace. Výzkumy potvrdily, že pacienti s afázií mohou být v běžné komunikaci efektivní a to i v případě, že mají těžký stupeň afázie.⁵⁷ Tento fakt vyzorovali u svých klientů i kliničtí logopedičtí specialisté.

Mezi diagnostické nástroje zaměřené na oblast pragmatického využití komunikace v životních situacích patří například:

Profiling Linguistic Disability (PLD) od autorů (Crystal, 1982 – podle Lehečková, 1987)

Tento testový materiál je uznáván jako významný příspěvek k zachycení poruchy v oblasti lingvistiky u afatických pacientů. Je prvním testem tohoto zaměření, který se soustředil na obtíže afatiků v oblasti gramatiky. PLD se soustřeďuje na zhodnocení úrovně segmentální fonologie, prozódie a sémantiky.⁵⁸

Communicative Abilities in Daily Living (CADL-2) -(Holland, Frattali, Fromm, 1999).

Test měří stupeň porozumění v komunikaci dospělých s řečovými a kognitivními poruchami. Tříbodový systém hodnocení (správná, přiměřená, či nesprávná odpověď) zdůrazňuje různou úroveň možných odpovědí jakoukoli výstupní formou (řečí, gestem, psaním, kresbou a podobně). Slovenskou pracovní verzi testu CADL-2 připravili Cséfalvay a Sekanová (2002).

Amsterdam Nijmegen Everyday Language Test (ANELT) – (Blomert, L. et al., 1994)

Test ANELT byl vytvořen k hodnocení úrovně a změny verbálních komunikačních dovedností pacientů s afázií. Tento testový materiál byl vyvinut v Nizozemsku profesorem Leo Blomertem a jeho vědeckým týmem. První verzi testu ANELT s pilotními výzkumy představili autoři testu již v roce 1987. V dalších letech prodělal

⁵⁷ např. (Blomert, 1987; Holland, 1997)

⁵⁸ Crystal, David. Profiling Linguistic Disability. London: Edward Arnold, 1982. ISBN-13: 9781870332934. [online] Portál books-express.co.uk [cit 31. 10. 2009]; <http://www.books-express.co.uk>

test několik drobných strukturálních změn. Originální standardizovaná nizozemská verze testu ANELT byla představena v roce 1994.

Pacientovi odpovědi v každém úkolu (komunikačním scénáři) v testu jsou skórovány na dvou nezávislých pětibodových stupnicích. Úroveň verbální komunikace pacienta je poté vyjádřena konečným skórem získaným z hodnot A-škály i B-škály.

Základním úkolem testu ANELT je měření verbálních komunikačních dovedností a jejich změn během různě dlouhých časových úseků. Proto byly vytvořeny dvě paralelní verze testu ANELT, které jsou psychometricky identické, liší se pouze v obsahu otázek, z nichž se test skládá. Dostupnost dvou paralelních verzí (ANELT I. a ANELT II.) dává možnost zhodnotit specifické znaky procesu progresu komunikačních dovedností pacienta a hodnocení terapeutické intervence ve dvou různých obdobích bez vlivu účinků paměťových procesů a procesů učení.

„Přes souhrnné reference v české odborné literatuře (Lehečková, 1987, 1997) nebyla doposud převedena ani vytvořena žádná metodika diagnostiky afázií na bázi současných lingvistických a neurolingvistických poznatků.“⁵⁹

Výše zmíněný fakt, že doposud nebyla vytvořena žádná metodika diagnostiky afázií korespondující se současnými lingvistickými a neurolingvistickými poznatky, mne motivoval k získání materiálů týkajících se testu ANELT a jeho následnému překladu do českého jazyka.

⁵⁹ Neubauer, K. a kol. *Neurogení poruchy komunikace u dospělých*. Praha: Portál 2007. str. 73.

4. STANDARDY PRO DIAGNOSTICKÉ NÁSTROJE A JEJICH MUTACI

4.1. ZÁKLADNÍ VLASTNOSTI DIAGNOSTICKÝCH TESTŮ

Testové materiály patří mezi nejpoužívanější diagnostické nástroje. Každý diagnostický test musí splňovat několik základních kritérií, která by měla zaručit platné výsledky testování. Mezi tato kritéria patří: reliabilita, objektivita a validita. Souhrnným pojmem zaštiťujícím všechny tyto tři proměnné je proces standardizace prověřující účinnost jednotlivých částí testu.

„Vzhledem k tomu, že testy a další metody hodnocení mají důležitou praktickou i vědeckou roli, je nutné, aby měřily přesně to, co měřit mají. Každý test a další metody musejí být reliabilní a validní. Zároveň by měli být i standardizované, tedy podmínky testování by u nich měli být pro všechny jedince shodné. Například instrukce pro vyplnění testu musí být naprosto shodné pro všechny.“⁶⁰

Reliabilita

„Pokud je test nebo metoda hodnocení reliabilní, poskytuje opakovatelné a konzistentní výsledky.“⁶¹

Kritérium reliability označuje tedy spolehlivost, se kterou test měří to, co má měřit. Termínu se užívá pro několik pojmů: stabilita v čase, ekvivalence a vnitřní konzistence.

Stabilita v čase udává, nakolik se shodují výsledky z téhož testu po časovém odstupu („test-retest“) Reliabilita je v testu-retestu vyjádřena koeficientem korelace, vysoká spolehlivost je důsledkem vlivu respondenta, jeho výkonu či vlastností, nikoliv náhodného vlivu. Ekvivalence je zjišťována metodou paralelních testů, výsledky různých verzí téhož testu, sejmutých po sobě nebo v krátkém časovém odstupu, jsou navzájem korelovány, čímž je tak získán koeficient ekvivalence.

„Vnitřní konzistence je dána mírou homogenity položek testu a je zjišťována korelací jednotlivých položek, rozdělených na dvě poloviny (split-half metoda).“⁶²

⁶⁰ Atkinson, R. L. *Psychologie*. Praha: Portál 2003. str. 429.

⁶¹ tamtéž str. 430.

⁶² Svoboda, Mojmir. *Psychologická diagnostika dospělých*. Praha: Portál 1999. str. 20.

Objektivita

Test je objektivní, pokud jsou jeho výsledky nezávislé na osobě, která test předkládá a vyhodnocuje. Instrukce a podmínky pro práci s testem musí být pro všechny testované osoby stejné. Požadavek objektivity se týká i vyhodnocování výsledků, které musí být jednotné (nejlépe bez lidského zásahu, pomocí technického zařízení). Objektivitou rozumíme také možnost či nemožnost záměrného zkreslení výsledku testu vyšetřovanou osobou. Mnohé testy obsahují pomocné škály, tzv. lži-skóry, které mají podobné tendence odkrývat.

Validita

Platnost testu, udává, zda test skutečně měří to, co měřit má. Validita je dle standardů pro pedagogické a psychologické testování definována jako míra, ve které empirické důkazy a teorie podporují interpretaci testových skóre při doporučeném způsobu použití testu.⁶³ Validita je proto nejdůležitějším hlediskem při tvorbě a hodnocení testu. Provést validizaci znamená shromáždit výzkumné nálezy a získat přesvědčivé vědecké důkazy pro navrhovaný způsob interpretace testových skóre.

„Není to test sám o sobě, co vyžaduje validizaci, nýbrž interpretace skóre získaných při jeho administraci.“⁶⁴

Procesem validizace získaný korelační koeficient (koeficient validity) není jediným způsobem, jak je možno validitu testu vyjádřit, stejně mohou posloužit i grafy nebo tabulky. Svoboda (1999) sestavil přehled druhů validity užívaných v klasifikaci psychodiagnostických metod:⁶⁵

- empirická (praktická) validita – ověření shody mezi výsledkem testu a externím kritériem (to je proměnná, které chceme testem diagnostikovat)
- paralelní (souběžná) validita – ověření, nakolik výsledky odpovídají výsledkům jiných postupů, které se snaží měřit stejnou proměnnou
- predikční (prognostická) validita – ověření, nakolik výzkumné výsledky dokáží předpovědět budoucí nebo zjistit minulý stav

⁶³ Standardy pro pedagogické a psychologické testování. Praha: Testcentrum 2001.

⁶⁴ Standardy pro pedagogické a psychologické testování. Praha: Testcentrum 2001. str. 17.

⁶⁵ Svoboda, Mojmir. Psychologická diagnostika dospělých. Praha: Portál 1999. str. 21.

- pojmová (teoretická, konstrukční) validita – ověření skutečnosti, nakolik pojem, který byl měřen, odpovídá teorii, kterou představuje
- inkrementální validita – sděluje, o kolik lze zpřesnit psychologické údaje či diagnózu použitím konkrétního testu

Validitu může ovlivnit i examinátor, způsob a úroveň vyhodnocení a interpretace výsledků testu. Takové riziko je daleko vyšší u rozhovorů nebo u projektivních metod, než u výkonových testů.

Standardizace

Standardizace je souhrnným označením pro zjištění reliability, stanovení norem, validity, prověření účinnosti jednotlivých částí testu, stanovení jednotné instrukce a způsobu administrace.⁶⁶ V užším smyslu jde o stanovení norem testu – normalizaci. Normalizací rozumíme srovnání individuálních výsledků s normami, získanými vyšetřením velkého reprezentativního vzorku osob (norma je chápána jako průměrný výkon nebo typická reakci příslušného vzorku populace). Pro snazší srovnání s normou se výkony dosažené v testu, tzv. hrubé skóry, převádějí na vážené nebo standardní skóry. Druhy norem:

1. **Věková norma** – příkladem je deviační inteligenční kvocient, které udává, jak mnoho se respondent liší od věkově příslušného populačního průměru
2. **Kvantilová norma** – typickým příkladem jsou percentily, které udávají kolik procent populace je horší v příslušném kritériu než vyšetřovaná osoba - osoba s hodnotou v testu 95 percentil = její výkon je lepší než výkon 95% populace nebo decily, ty jsou desetkrát větší -> 1 decil = 10 percentilů
3. **Stenová = standardní norma** – způsob uvádění normalizovaných výsledků v hodnotách ležících v intervalu 1-10⁶⁷

Test je označován za standardizovaný, pokud jsou pokyny pro testované osoby, podmínky testování a postupy hodnocení testu ve všech detailech vždy jednotné.⁶⁸

⁶⁶ Svoboda, Mojmir. *Psychologická diagnostika dospělých*. Praha: Portál 1999. ISBN 80-7178-327-7. str. 18.

⁶⁷ Svoboda, Mojmir. *Psychologická diagnostika dospělých*. Praha: Portál 1999. ISBN 80-7178-327-7. str. 19.

Další metodou standardizace testu je tzv. položková analýza sloužící k přezkoumání jednotlivých položek testu nebo dotazníku ve vztahu k určitému kritériu. Zkoumá tedy, zda je metoda dostatečně validní a reliabilní. Někdy pro zjišťování jisté vlastnosti neužíváme jednoho testu, ale celého souboru metod = souhrnná validita.

4.2. PRAVIDLA PRO PŘEKLAD DIAGNOSTICKÝCH TESTŮ

Pravidla k překladu a převodu vzdělávacích a psychologických testů dle směrnic Mezinárodní komise pro testy (ITC) jsou rozděleny do čtyř oddílů:⁶⁹

1. **Obsah testu** – téma rovnocennosti testů v různých jazykových a kulturních skupinách
2. **Vývoj a převod testu** - otázky vyvstávající během procesu adaptace testu (od výběru překladatele až po statistické metody analyzování empirických dat a vyšetření rovnocennosti dosaženého skóre)
3. **Administrace testu a dokumentace** – zkoumá způsob, jakým jsou testy podávány ve vícejazyčných a kulturních skupinách, a to od výběru zadavatele testu, volby formátu položek až po stanovení délky trvání testu
4. **Interpretace výsledků** – zkoumá dokumentaci a interpretaci skóre

Hlavní myšlenkou klasifikace do čtyř oddílů byla snaha zjednodušit používání směrnic. K adaptačnímu procesu je většinou dostupné jen málo dokumentace a důkazů o vhodnosti převodu testu, proto běžně dochází k misinterpretování skóre u testů ve více jazycích. Každá ze směrnic je dále doplněna: důvodem pro vytvoření směrnice, postupem pro používání směrnice, seznamem častých chyb a seznamem odkazů.

Pravidla zaměřená na obsah testu jsou zaměřena na zásadní podmínky, které jsou klíčové při překladu testového materiálu do jiného jazyka.

⁶⁸ Standardy pro pedagogické a psychologické testování. Testcentrum. Praha 2001, str. 66.

⁶⁹ Hambleton, Ronald K. The Next Generation of the ITC Test Translation and Adaptation Guidelines. European Journal of Psychological Assessment, Vol. 17, No. 3, 2001, Hogrefe & Huber Publishers. str. 3.

„Efekt kulturních rozdílů, který není relevantní nebo důležitý pro hlavní účel studie, by měl být co možná nejvíce minimalizován.“⁷⁰

Tato směrnice klade zvláštní důraz na výběr překladatele a vyžaduje, aby byli překladatelé dobře orientováni v kultuře lidí, do jejichž jazyka je test převáděn. Nestačí pouze samotná znalost daného jazyka, aby byl překladatel schopný odhalit možné zdroje předpojatosti metody.

„Tanzer a Sim (1999) doporučili, aby směrnice byla rozšířena i na lingvistické rozdíly, neboť směrnice ITC mají být používány na multi-kulturní studie, a zdá se, že takováto revize by byla vhodná.“⁷¹

Pravidla zaměřená na vývoj testu a jeho převod zpracovává Nová generace směrnic ITC podrobně. Zaměřila jsem se pouze na vybrané standardy, kterými jsem se řídila při překladu a adaptaci testu ANELT do českého jazyka.

„Tvůrci/vydavatelé testů by měli zajistit, aby byl při převodu testu brán ohled na jazykové a kulturní rozdíly mezi populacemi, pro které je převod testu určen.“⁷²

Znalost kultur a alespoň obecná znalost tématu testu a testovacích zásad se právem stala samozřejmou součástí výběrových kritérií překladatelů.

„Otázky, které nejsou shodné pro všechny jazykové verze, by neměly být použité při přípravě obecné škály nebo pro srovnávání jednotlivých populací. Mohou nicméně být užitečné na podporu platnosti výsledků, vykazovaných pro každou populaci zvlášť.“

Hlavní myšlenkou tohoto pravidla je fakt, že při srovnávání dvou jazykových verzí nemusí být všechny obecné položky užitečné. Některé mohou fungovat lépe nebo hůře, než ostatní obecné položky. Tyto obecné položky by měly proto být vyřazeny z dat, která se používají pro srovnání testů.

Směrnice ITC pojednávající o administraci přeloženého testu se zaměřují na následující problémy:

⁷⁰ Hambleton, Ronald K. The Next Generation of the ITC Test Translation and Adaptation Guidelines. European Journal of Psychological Assessment, Vol. 17, No.3., 2001, Hogrefe & Huber Publishers. str. 4.

⁷¹ tamtéž, str. 3.

⁷² tamtéž, str. 4.

„Tvůrci a administrátoři testů by měli zkusit předvídat druhy problémů, které se mohou objevit, a podniknout kroky k jejich nápravě pomocí vhodných doplňujících materiálů a pokynů.“

Tato směrnice pomohla snížit počet problémů provázejících administraci testů v praxi. Ukázalo se však i fakt, že je důležité k této směrnici přihlížet, ale sama nezaručí odstranění všech problémů, protože v praxi i nadále čekají mnohá překvapení. Nejdůležitější je snaha odhadnout kulturní rozdíly, které jsou indikátorem míry pozornosti, jež je třeba věnovat jednotlivým administračním směrnicím.

„Instrukce k testové administraci by měly být v původním a cílovém jazyce, aby se minimalizovalo působení nechtěných zdrojů variace mezi populacemi.“

„Administrátor testu by měl být decentní a interakce probanda a administrátora by se měla omezit na minimum. Je třeba dodržovat výslovné pokyny, obsažené v manuálu testu.“

Pravidla směrnic ITC, zaměřená na vývoj testu a jeho převod, zpracovávají podrobně pouze několik položek. Uvádím ty z nich, které je důležité zohlednit i při hodnocení překladu testu ANELT.

„Tvůrce testu by měl dodat konkrétní informace o tom, jak sociálně-kulturní a ekologický kontext může ovlivnit výsledek testu, a měl by navrhnout způsob, jak tyto faktory zahrnout do hodnocení výsledků.“

V případě testu ANELT je sociálně-kulturní kontext zásadní pro novou českou mutaci testu ANELT i pro následné vyhodnocování této verze. Autoři testu ANELT jsou si samozřejmě vědomi váhy tohoto sociálně-kulturního kritéria. V manuálu k administraci originální verze testu ANELT je této problematice věnován odpovídající prostor.

4.3. PŘEKLAD, ADAPTACE A MODIFIKACE CIZOJAZYČNÝCH TESTŮ

Při překladu testu do jiného jazyka je třeba vyvarovat se četným úskalím. Prostým překladem testu nelze získat ekvivalentní verzi původního testu v oblasti obsahu, obtížnosti, validity i reliability testu. Velkým úskalím překladu je fakt, že mnoho slov má v různých jazycích rozdílnou četnost výskytu nebo úroveň obtížnosti. Slova dvou jazyků, u kterých se zdá, že mají podobný nebo stejný význam, se od sebe mohou výrazně lišit a ovlivnit tak předpokládané využití přeloženého testu.

Obsah přeložené verze testu tedy nemusí být shodný s původním obsahem testu. Zvláště, pokud jsou testové úkoly vázány na jazykové a kulturní prostředí daného národa nebo jazykové skupiny.

Tato podmínka se přímo dotýká i vytváření českého překladu testu ANELT, protože bylo často obtížné najít vhodné formulace otázek respektive komunikačních scénářů, které by nenarušili strukturu a cíle testu a na druhé straně byly dostatečně srozumitelné pro české jazykové a sociokulturní prostředí.

Vývoj testu

Proces vývoje pedagogických, psychologických nebo logopedických testů obvykle začíná stanovením účelu testu a vymezením jeho konstruktů nebo obsahové oblasti, která má být měřena. Existují čtyři fáze vedoucí od původního záměru až ke konečnému produktu:

1. Vymezení účelu testu a vymezení konstruktů nebo stanovení rozsahu oboru, který má být měřen.
2. Specifikace a hodnocení podoby testu
3. Vytvoření, předběžné otestování, hodnocení a výběr položek.
4. Sestavení a ověření testu pro praktické používání.⁷³

Test můžeme široce definovat jako soubor úkolů vytvořených pro zachycení chování testované osoby v určité oblasti, jako škálu popisující takové chování nebo jako systém pro získání vzorků produktů činnosti testované osoby v určité oblasti. S tímto nástrojem je spojen postup skórování, který uživateli testu umožňuje kvantifikovat, hodnotit a interpretovat zjištěné chování nebo produkty činnosti.

⁷³ Standardy pro pedagogické a psychologické testování. Testcentrum. Praha 2001, str. 43.

5. AMSTERDAM NIJMEGEN EVERYDAY LANGUAGE TEST (ANELT)

Blomert, L., Kean, M. L., Koster, C., & Schokker, J. (1994). Amsterdam-Nijmegen Everyday Language Test: construction, reliability and validity. *Aphasiology*, 8, 381-407.

5.1. PŘEDSTAVENÍ TESTU ANELT

Test ANELT je určen k hodnocení úrovně a změny verbálních komunikačních dovedností pacientů s afázií. Tento testový materiál byl vytvořen v Nizozemsku profesorem Leo Blomertem a jeho vědeckým týmem. První verzi testu ANELT a pilotní výzkumy k tomuto testu představil profesor Blomert již v roce 1987⁷⁴. V průběhu několika dalších let po vydání první verze ANELTu v Nizozemsku, prodělal test několik drobných strukturálních změn. Finální a standardizovaná originální nizozemská verze testu ANELT byla představena v roce 1994.

Prvotním impulzem pro vývoj a následný vznik testu ANELT byl pro profesora Blomerta nedostatek validních a reliabilních nizozemských testových materiálů, pomocí kterých by odborníci v oblasti afaziologie mohli určit verbální komunikační dovednosti u afatických pacientů.

*„Diagnosticke hodnocení afázie se obvykle soustřeďuje na popis manifestujících se neurolingvistických deficitů z pohledu modalit poškození a poskytuje jen málo informací o funkčních rozměrech jazykového chování.“*⁷⁵ (Holland 1980; Sarno 1981; Blomert 1990, Frattali 1992).

K popisu zaměření testu ANELT využil profesor Blomert teoretické vysvětlení pojmu „verbální komunikace“, které definoval Guttman (1981):⁷⁶

*„Verbální komunikace je funkcí komunikační přiměřenosti sdělené zprávy a srozumitelnosti samotnému obsahu výpovědi bez ohledu na její význam.“*⁷⁷

⁷⁴ Blomert, L., Kean, M. L., Koster, C., Mier, van H. *Verbal communication of aphasic patients: Everyday Language Test*. Amsterdam: Aphasiology 1987, 6, 463-474.

⁷⁵ „Diagnostic assessment of aphasia typically concentrates on a description of the manifest neurolinguistic deficit in terms of modalities of impairment and provides little information about the functional dimensions of language behaviour.“ (Holland 1980; Sarno 1981; Blomert 1990, Frattali 1992 in Blomert, 1995.)

⁷⁶ (Guttman, 1981 in Blomert, 1989)

⁷⁷ „Verbal communication is a fiction of the understandability of the message and the understandability of the utterance per sé independent of meaning.“ (Guttman, 1981 in Blomert, 1989; Audiologopedisk Forening. Kobenhavn, 1989, str. 74.)

Z této definice pojmu „verbální komunikace“ vyplynulo i vytvoření dvou hodnotících škál v testu ANELT: A-škála hodnotí komunikační přiměřenost komunikovaného sdělení (v rámci porozumění obsahu) a B-škála hodnotí srozumitelnost samotného klientova vyjádření.

Pacientovi odpovědi v každém úkolu testu jsou skórovány na dvou nezávislých pětibodových stupnicích. Úroveň verbální komunikace pacienta je poté vyjádřena konečným skórem získaným z hodnot A-škály i B-škály.

Nizozemská varianta testu ANELT i další jeho překlady a adaptace do různých jazykových prostředí obsahují dvě paralelní verze testu. Tato skutečnost poskytuje vědcům i terapeutům pracujícím s klienty skvělou možnost využít výzkumný materiál k zhodnocení různých aspektů vývoje a zlepšení úrovně komunikačních dovedností u pacienta během rekonvalescence i terapie. Každý z paralelních testů obsahuje deset úkolů, jejichž provedení zabere okolo 15 minut.

Vzhledem k zaměření testu ANELT na zhodnocení verbálních komunikačních dovedností pacientů v situacích běžného života, obsahuje test komunikační scénáře odpovídající každodenním situacím, v kterých se klient může ocitnout (například telefonát lékaři, rozhovor s prodavačkou v obchodě, atd.).

Tyto situační scénáře mají charakter běžných reálných situací a jsou velmi dobře strukturované. Každý scénář počítá se dvěma mluvčími, pacientem a testujícím. Pacient je tím, kdo musí během testování hovořit, testující je pouze jakýmsi pozorným posluchačem. Testující uvede pacienta do situace v komunikačním scénáři, ten má poté za úkol reagovat na nastíněný úkol.

„Vyšetření funkčních aspektů jazykového chování by mělo přispět k pochopení složitých procesů, jež jsou základem slovní komunikace. Takové vyšetření je nezbytné, pokud je sledována funkční reorganizace a behaviorální adaptace poškozeného mozku v období jeho obnovy. Navíc v rehabilitačním procesu je velmi důležité mít přehled o schopnosti pacienta zvládat každodenní životní situace.“⁷⁸ (Blomert, 1995)

⁷⁸ „The investigation of functional language behaviour can contribute to an understanding of the complex processes underlying verbal communication. Such an investigation is indispensable when functional reorganization and behavioural adaptation is studied during the period of recovery following brain damage.“ (Blomert, L.. Preliminary American version of ANELT. Irvine: University of California 1995. str. 3-4)

5.2. CÍLE TESTU ANELT

Autoři testu se zabývali otázkou, jakým způsobem by se měl pacient s afázií vyjadřovat, aby bylo jeho verbální sdělení efektivní. Efektivnost sdělení by měla být zachována i navzdory všem kompromisům v syntaktické, sémantické, fonologické a artikulační oblasti. Snaha nalézt uspokojivou odpověď, motivovala profesora Blomerta a jeho tým k vývoji testovacího materiálu Amsterdam-Nijmegen Everyday Language Test (ANELT).⁷⁹

Test je založen na těchto hlavních předpokladech:

- A. Úroveň efektivity je stanovena na základě komunikační přiměřenosti,** s níž je sdělována informace v běžných životních situacích. Projevuje se zde také relativní nezávislost lingvistické formy vyjádření použité v těchto výpovědích.
- B. Komunikační přiměřenost jednoznačně souvisí se srozumitelností sdělení** pro jeho příjemce.

„Při vývoji testu ANELT použili autoři měřítko „komunikační efektivnosti“ na základě koherence (hodnocení obsahu) a koheze (hodnocení srozumitelnosti) produkováného projevu.“⁸⁰ Koherence a koheze zde souvisejí s dobře utvořenou strukturou pacientových výpovědí. Komunikační adekvátnost je pak přímo vázána na to, jak příjemce informace porozumí sdělované výpovědi. Toto porozumění je pak přímou funkcí srozumitelnosti výpovědi. V každodenních situacích se pacient může předpokládat, že s ním posluchač sdílí základní povědomí na základě kontextu v dané situaci. V tomto případě je zde ale právě výhoda kontextu, díky níž je příjemce pacientova sdělení schopen porozumět formálně neadekvátní komunikaci v dané každodenní situaci.

⁷⁹ (Blomert, 1992, in press, Blomert et al. 1987, 1994, 1995)

⁸⁰ „The authors employed a measure of communicative effectiveness in terms of the coherence (content rating) and cohesion (clarity rating) of the discourse produced.“
(Blomert, L., Kean, M. L., Koster, C., & Schokker, J. *Amsterdam-Nijmegen Everyday Language Test: Construction, reliability and validity*. Amsterdam: Aphasiology 1994, 8, str.382.)

„Protože komunikace je ve své podstatě interaktivní, hodnocení adekvátnosti výpovědi by mělo brát v úvahu také aktivní úlohu příjemce jako interpreta zprávy.“⁸¹

Jinými slovy, adekvátnost verbální komunikace může být hodnocena na základě srozumitelnosti a míře pochopitelnosti výpovědi z hlediska příjemce zprávy.

5.2.1. Další cíle stanovené autory testu:

Specifikace zaměření testu

Test ANELT je navržen tak, aby byl schopen poskytnout index verbálního komunikačního chování pacientů se specifickými jazykovými obtížemi. Úkoly v testu proto musí být věrohodným zástupcem každodenní reality života pacientů. Tyto situace z běžného života současně mají natolik obecnou povahu, aby byly rozeznatelné a představitelné pro každého dospělého. To vše nezávisle na individuálních aspektech rodinného zázemí a zkušenostech konkrétní osoby.

Hodnocení patologie

Jednoznačným cílem testu je měření verbálních komunikačních dovedností v oblasti patologie. Test musí spolehlivě rozlišit mezi afatickými pacienty a intaktními, tedy jazykově nenarušenými jedinci.

Hodnocení pacienta

Pokud má být test užitečný v léčebném, diagnostickém a výzkumném kontextu, mělo by být možné jej provádět i v akutním stádiu pacienta u jeho lůžka. Z tohoto důvodu zabere testování materiálem ANELT pouze okolo 15 až 25 minut, aby se minimalizovalo riziko únavy pacienta. Únava se u pacienta v akutním stádiu onemocnění projevuje i po krátké a nenáročné aktivitě. Test ANELT je vhodný pro testování u lůžka pacienta i tím, že ke své administraci potřebuje jen několik předmětů, s nimiž lze lehce manipulovat

⁸¹ „Because communication is interactive in nature, evaluation of adequacy should take into account the active role of the recipient as the interpreter of the message.“
(Blomert, L., Kean, M. L., Koster, C., & Schokker, J. *Amsterdam-Nijmegen Everyday Language Test: Construction, reliability and validity*. Amsterdam: Aphasiology 1994, 8, str. 382.)

Hodnocení pokroků v oblasti verbální komunikace

Jednoznačným cílem testu je měření vývoje a pokroků, které pacient během terapie vykonal. ANELT se tedy zaměřuje především na zhodnocení procesu progresu v oblasti verbální komunikace, včetně vyhodnocení efektů různých intervenčních strategií, které jsou v terapii pro oblast verbálních komunikačních dovedností využívány.

5.3. VÝVOJ TESTU ANELT

5.3.1. Definování termínu Verbální komunikace

Verbální komunikace je pro účely testu definována:

Verbální komunikace je funkcí **Přiměřenosti obsahu sdělení**, které bylo komunikováno, a **Srozumitelnosti samotného vyjádření** v daném scénáři z každodenního života. Zde jsou obě funkce verbální komunikace vyhodnoceny na pětistupňové škále, kde se odráží pacientova schopnost uspět v konkrétní komunikační situaci. Tato definice vede ke dvěma různým bodovacím škálám, které jsou diferenciovány od pojmu „vůbec ne“ za 0 bodů přes „nedostatečně“ za 1 bod, „neúplně“ za 2 body a „dobře s podporou“ za 3 body až k hodnocení „dobře“ za 4 body ve skórování testu ANELT.

A - škála: Přiměřenost sdělení;

B – škála: Srozumitelnosti samotného vyjádření.

Přiměřenost sdělení souvisí s obsahem komunikované výpovědi, nezávisle na lingvistické formě vyjádření. Hodnotí se tedy jakási komunikační přiměřenost produkovaná ve výpovědi na základě porozumění mluvčího dané situaci. Díky této přiměřenosti sdělení může být komunikace efektivní.

Srozumitelnost samostatného vyjádření se vztahuje k percepci samotné výpovědi, nezávisle na obsahu nebo významu sdělení. Pokud pacient produkuje sled neologismů, které posluchač může bez problémů zopakovat nebo transkribovat, potom je výpověď pacienta kvalifikována jako vysoce srozumitelné, ale bez možnosti porozumění obsahu vyjádření.

5.3.2. Výběr úkolů v testu ANELT

Test ANELT je sestaven z řady scénářů z běžného života, které jsou založeny na verbální sociální interakci. Scénáře a jejich vhodnost zařazení jako úkolů do testu byly hodnoceny na základě následujících třech kritérií.

I. Kritérium věrohodnosti a představitelnosti

Každý ze scénářů musí být lehce představitelný pro jakéhokoli dospělého jedince. Scénáře musejí být natolik věrohodné, aby se osoba mohla zapojit do identické popřípadě analogické situace v běžném životě. Situace proto musí být vybrány ze sociálních interakcí ve veřejném životě. Interakce z jiných sociálních prostředí, jako je například rodina, jsou náchylné k obsahu neobvyklých prvků.

II. Kritérium necitlivosti k zapamatování

Vzhledem k tomu, že afatictí pacienti obvykle trpí obtížemi se zapamatováním a orientací ve složitějších informacích, do testu mohly být vybrány pouze scénáře obsahující jednoduchá a výrazná sdělení, aby nemátly jejich paměťovou kapacitu. Scénáře také nemohly obsahovat progresivně strukturované dialogy, které by mohly namáhat verbální paměť pacientů. Proto byly vybrány krátké uzavřené situace, které pacienty neunavují, udržují jejich pozornost a usnadňují administraci testu.

III. Kritérium vhodnosti předmětů

Součástí některých testových scénářů jsou i trojrozměrné předměty. Objevují se jako nedílné součásti jedné třetiny úkolů, proto musí být jednoduché pro manipulaci, působit přirozeně a musí být pacientovi dobře známy z běžného života.

Během procesu výběru vhodných komunikačních scénářů, byla většina z nich otestována na intaktních jedincích, aby byla potvrzena platnost výše zmíněných třech kritérií. Pomocí těchto jedinců byla prokázána také platnost kritéria hodnocení patologie. Intaktní jedinci obdrželi maximální počet nebo téměř plný počet bodů

v každém ze scénářů zařazených do testu ANELT. V řadě navazujících pilotních studií s intaktními jedinci byla prokázána kompletnost a homogenita odpovědí pro všechny z vybraných scénářů. Na základě tohoto procesu bylo vybráno 20 testových scénářů.

Obsahová validita vybraných dvaceti úkolů byla garantována zjištěním, že všichni intaktní jedinci, podílející se na standardizačním procesu (n=60), zhodnotilo testové scénáře jako vysoce představitelné, rozeznatelné a reprezentativní vzorky běžných životních situací. Intaktní jedinci hodnotili scénáře ihned po provedení testu a k těmto závěrům došli nezávisle na svém biografickém původu.

5.4. PARALELNÍ TESTOVÉ VERZE ANELT I. A ANELT II.

V nizozemském originále i následném švédském, německém, americkém a nyní i českém překladu testu ANELT vznikaly současně dvě testové verze ANELT I. a ANELT II.

Základním úkolem testu ANELT je měření verbálních komunikačních dovedností a jejich změn během různě dlouhých časových úseků. V běžné klinické praxi není výjimkou, že je pacient testován stejnou testovou baterií více než jedenkrát. Proto je velkou výhodou, pokud je k dispozici paralelní verze daného testu. Obě paralelní verze testu ANELT jsou psychometricky identické, liší se pouze v obsahu otázek, z nichž se test skládá. Dostupnost dvou paralelních verzí (ANELT I. a ANELT II.) dává možnost zhodnotit specifické znaky procesu progresu komunikačních dovedností pacienta a (nebo) hodnocení terapeutické intervence ve dvou různých obdobích bez vlivu účinků paměťových procesů a procesů učení. Časový interval, který je panem Blomertem doporučován mezi prováděním první verze ANELT I. a druhé verze ANELT II., je 6 měsíců.

5.4.1. Shrnutí hlavních opatření zajišťujících reliabilitu v americké verzi testu ANELT

Reliabilitu testu ANELT úspěšně ověřoval profesor Blomert v několika obsáhlých studiích.⁸²

⁸² (Blomert et al. 1994, 1995)

Stabilita testu byla vyšetřována testováním 30 chronických pacientů s afázií v intervalu 3 měsíců. (za dodržování paradigmatu testu a retestu).

„Skórovací modely“ byly analyzovány pomocí konfirmační faktorové analýzy a skórovací úrovně pomocí t-testů pro závislé proměnné. Modely (faktorové korelace) stejně jako úrovně (t-testy) výkonu se nelišily ani v testovací době 1 a 2, to platilo pro obě části složené z 10 úkolů.⁸³

Porovnání každého z 20 úkolů také neukázalo žádné podstatné rozdíly v úrovni úkolů. Obě verze testu ANELT tedy prokázaly, že jsou stabilní v jakémkoli čase. V důsledku toho byl splněn jeden z požadavků na měřicí nástroj hodnotící změny v průběhu času.

Paralelnost testu ANELT I. a ANELT II. byla vyšetřována testováním obou verzí najednou u 125 pacientů. Ukázala, že (1) Výsledný skór jednotlivých verzí se neliší, (2) korelace skutečného skóre se téměř rovnala jedné, (3) chyba měření pro oba nástroje se nelišila. Obě verze testu ANELT mohou být považovány za perfektní paralelní testy. Tak byl při posuzování testu splněn i druhý požadavek, který zaručuje možnost opakovaného testování pacientů, které by nemělo být ovlivněno účinky paměťových procesů a procesů učení.

Zkreslenost úkolů a jednodimenziálnost stupnic

„Jako první krok při testování hypotézy unidimenzionality může být prokázáno, že žádná ze složek testu ANELT nevykazuje podstatné výhody či nevýhody pro charakteristiky jednotlivých komplexních symptomů afázie ani neprokázala žádné zkreslení způsobené rozdílností věku či pohlaví.“⁸⁴

⁸³ “Score pattern were analysed by means of a confirmatory factor analysis and score levels by means of t-tests for dependent samples. The pattern (factor-correlations) as well as the level (t-tests) of performance did not differ between test moment 1 and 2; this was true for both 10 item sets.” (Blomert, L..*Preliminary American version of ANELT*. Irvine: University of California 1995. str. 5)

⁸⁴ „As first step for in testing assumption it could be shown that none of the ANELT items showed inherent advantages or disadvantages for the characteristics of the different aphasia symptom complexes.” (Blomert, L.. *Preliminary American version of ANELT*. Irvine: University of California 1995. str. 8)

Navíc, může být prokázáno, že vliv srozumitelnosti výpovědi při rozhodování o komunikační přiměřenost sdělení, se nelišil pro žádný z dvaceti úkolů, a proto byl nezávislý na konkrétních úskalích.

5.4.2. Senzitivita testu ANELT ke změně verbálních komunikačních dovedností

„Přehled studií mapujících uzdravování pacienta dává jasně najevo, že dojem z tempa a výsledku uzdravování je mimo jiné rozhodujícím způsobem závislý na typu posuzování. Hodnocení funkční komunikace poskytuje poněkud jiný obraz, než ten získaný prostřednictvím standardních baterií pro afatiky.“⁸⁵

Studie prováděná v Nizozemí se zaměřila na následující otázky: Které faktory ovlivňují průběh a výsledek uzdravování a čím je tempo a výsledek zotavení, pokud je změna vyjádřena jako změna v oblasti verbálních komunikačních dovedností v prvním roce po CMP?⁸⁶

Vzorek tvořilo 143 afatických pacientů trpících jednostrannou parézou po jejich první CMP. Bylo prokázáno, že žádný z demografických faktorů, jako je věk, pohlaví, vzdělání nebo lokalizaci parézy nemají žádnou prediktivní hodnotu pro uzdravování z afázie. Také povaha CMP, hemoragického nebo trombo-embolického infarktu, nevedla k rozdílům v akutním stádiu onemocnění nebo výsledkům během prvního roku po CMP.

V kontrastu s těmito poznatky, bylo zjištěno, že afatické faktory jako akutní stádium onemocnění ve vztahu se specifickými fonologickými a syntaktickými poruchami, měly silnou a prediktivní hodnotu pro výsledek. Ve zkratce shrnuto, pokud byl akutní stav verbální komunikační úrovně brán jako kritérium pro výsledek, u jedné třetiny pacientů se stav zlepšil na úroveň před CMP, stav jedné třetiny pacientů odpovídal úspěšnému uzdravování a u poslední třetiny pacientů se neprojevovalo žádné zlepšení stavu. Všechny modely uzdravení pohybující se na škále od minimální po skvělou úroveň, byly zkoumány v různých skupinách pacientů

⁸⁵ „A review of recovery studies made it clear that the impression of rate and outcome of recovery is among other things crucially of functional communication provides rather different picture than the one obtained by means of a standard aphasia battery.“ (Sarno, 1981 in Blomert 1995; *Preliminary American version of ANELT*. Irvine: University of California 1995. str. 9)

⁸⁶ (Blomert, 1993, 1994)

v akutním stádiu onemocnění, pohybujících se od středně po těžce postižené. Kromě toho oddělení výsledku z oblasti přiměřenosti obsahu sdělení a srozumitelnosti výpovědi byly spíše výjimkou než pravidlem a potvrdily jedinečný přínos obou stupnic pro měření verbální komunikace obecně a měření individuálního uzdravení.

Vyšetření skupiny pacientů prokázalo přinejmenším nějaké zlepšení stavu (2/3 testovaných) odhalilo také, že k procesu zlepšování zdravotního stavu a dovedností u pacientů nejintenzivněji dochází v období mezi prvním a třetím měsícem od CMP se stále velkým zlepšením stavu mezi třetím a sedmým měsícem. V druhé polovině roku se stále projevovalo značné zlepšení stavu, na počátku hlavně u skupin silně postižených pacientů. Rozlišení míry zlepšení pro ANELT A-škálu a B-škálu výkonu nebylo nic neobvyklého. ANELT prokázal, že je senzitivním nástrojem pro měření změny verbálních komunikačních dovedností u pacientů s afázií.

Reliabilní měření změny

Kritériem pro reliabilní zhodnocení změn ve skóre testu ANELT, byl tzv. „průkazný rozdíl“ založený na testu reliability. Toto kritérium bylo použito ve výše zmíněné studii o hodnocení změny komunikačních dovedností pacientů v průběhu terapie, která sloužila k interpretaci statisticky průkazných rozdílů jako klinicky relevantních.⁸⁷ Rozhodující rozdíl pro A – škálu, se rovnal hodnotě 7 na bodové stupnici a pro B – škálu hodnotě 5 na bodové stupnici. Změna škálových skóre přesahujících „průkazný rozdíl“ pro danou stupnici, byla interpretována jako významné zlepšení stavu.

5.4.3. Adaptace ANELTu do anglického jazyka

V roce 1995 byla profesorem Blomertem vyvinuta americko-anglická verze testu ANELT, které chybí pouze doplnění o minimální adaptace. Pět úkolů této verze testu ANELT bylo změněno takovým způsobem, aby vyhovovaly kulturním konvencím, avšak bez změny základní informační struktury úkolů.

⁸⁷ (Allen & Yen, 1979 in Blomert, 1995)

Adaptovaná verze testu ANELT I. a II. (20 úkolů) byla ozkoušena na rodilých anglicky mluvících jedincích různého etnického původu, bez anamnézy neurologického poškození nebo jazykových patologií. Zkušební vzorek se skládal z 20 seniorů (průměrný věk 73 let, v rozmezí 63 – 81 let) a 27 univerzitních studentů (průměrný věk 22 let, v rozmezí 19 – 33 let). Pouze 0,8 % reakcí (bez 940 úkolů) dosáhlo skóre jeden bod pod maximem (přiměřeně adekvátní) na stupnici pro srozumitelnost obsahu sdělení a žádné skóre nebylo nižší než „přijatelný“. Skóre srozumitelnost výpovědi bylo rovno maximu. Toto zjištění je ve shodě s německými a nizozemskými výsledky (méně než 1% pod maximem) a vyhovovalo i patologickému kritériu. Pokud bylo pod hodnotou maxima, pak by to byly odpovědi univerzitních studentů, senioři nikdy neskórovali pod maximem.

Na závěr: Anglické jazykové verze testu ANELT jsou odvozeny z originální nizozemské verze nebo od sebe navzájem.

5.4.4. Standardizované verze testu ANELT v dalších jazycích

Anglická verze testu ANELT vyvíjená profesorem Blomertem a jeho týmem z Kalifornské univerzity v Irvine, nebyla bohužel nakonec ve Spojených státech plně standardizována a vydána. Test ANELT byl přeložen i do dalších jazyků v roce 2004 byla ve Švédsku profesorem Doesborghem vydána švédská verze testu ANELT a v roce 2007 byl po dlouholetých výzkumech doktorky Laskov vydán test ANELT i v německé mutaci.

5.5. ZÁKLADNÍ PRINCIPY ADMINISTRACE A SKÓROVÁNÍ TESTU ANELT

Test obsahuje krátké komunikační situace, které jsou navrženy tak, aby odpovídaly reálným podmínkám běžného života. Tyto komunikační scénáře jsou založeny na interakci vyšetřujícího a pacienta, pacientův verbální projev je pak v rámci scénáře v podstatě monologem. Během testování není vyšetřujícímu dovoleno vést s pacientem vlastní dialog mimo role načrtnuté v komunikačních scénářích. Tato podmínka je zásadní a může se stát úskalím ve chvíli, kdy testová situace není explicitně situací připomínající hraní rolí ve scénáři. Jednotlivé úkoly v testu nemohou být skórovány standardním způsobem, pokud dochází k dialogovým výměnám mezi testujícím a pacientem. Standardizované normy v tomto případě nemohou být použity k vyhodnocení výkonu pacienta.

Každá ze situací v testu počítá se dvěma mluvčími, pacientem a vyšetřujícím. Vyšetřující má vždy za úkol verbálně prezentovat komunikační scénář pacientovi. Testové situace jsou navrženy tak, že tím, kdo musí po celou dobu hovořit, je pacient. Vyšetřujícímu je svěřena role jakéhosi zainteresovaného posluchače.

ANELT měří verbální komunikační schopnost bez ohledu na časové omezení v průběhu testování. Ačkoli má pacient možnost libovolného časového úseku k formulaci odpovědi, testování obvykle nezabere více než 15 až 25 minut pro každou z verzí testu ANELT.

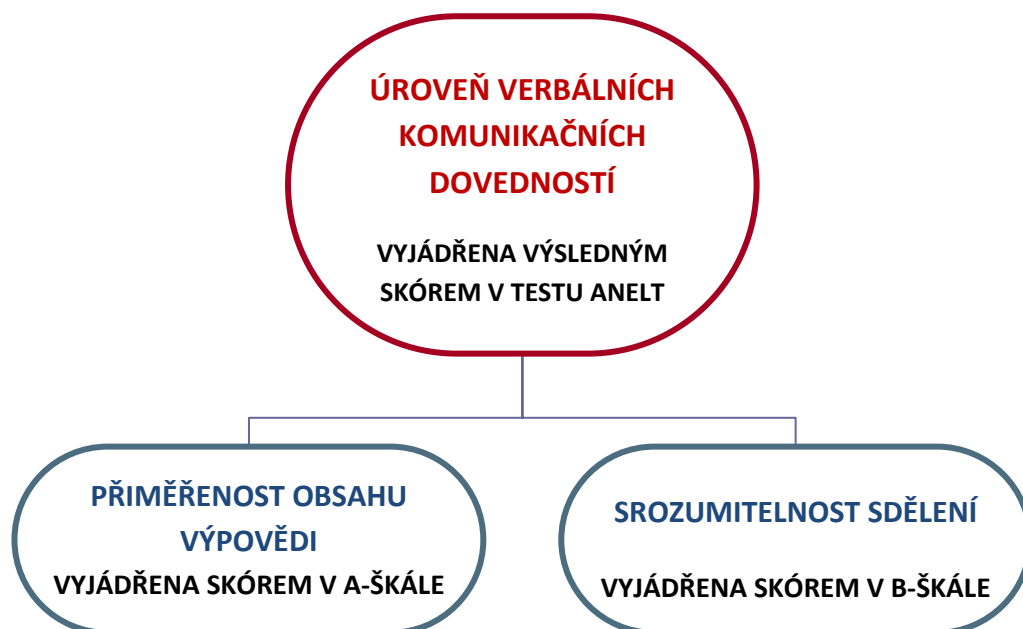
Každé testové sekci předchází dva praktické úkoly, určené k zácvičení, které jsou ve všech ohledech rovnocenné k následujícím zkušebním situacím v testu. Praktické úkoly dávají vyšetřujícímu možnost poskytnout pacientovi přesné pokyny a korekce. Díky tomu by tedy nemělo docházet k žádným desinterpretacím a zmatkům v průběhu testování. Jednoduše řečeno, vyšetřující poskytne pacientovi nástroj, pomocí kterého by měl zvládnout průběh testovacího souboru. Tato dopomoc může být i úskalím, protože testujícímu není dovoleno dávat pacientovi instrukce v průběhu testování.

ANELT je testem pro měření verbálních komunikačních dovedností, proto je celý průběh testu zaznamenáván na audio záznam pro pozdější skórování. Neverbální odpovědi nejsou v podstatě skórovány, nicméně, relevantní neverbální reakce

v rámci kontextu scénářů, jsou zaneseny do protokolu, pokud souvisejí s některou z forem verbální exprese. Projev, který využívá například ukazovací zájmeno „toto“ poukazující na objekt, je při skórování považován za pragmaticky vhodné chování. Proto je zřejmé, že pokud je v průběhu testování pacientem produkováno podobné neverbální jednání, může být přesně skórováno. Neverbální odpovědi jsou mimo tento příklad brány v potaz, pouze k upevnění nebo vysvětlení odpovědi.

Úroveň verbálního komunikačního výkonu je vyjádřena jako funkce přiměřenosti obsahu výpovědi a srozumitelnosti sdělení. Oba pojmy měří unikátní aspekty verbální komunikace a následná úroveň výkonu je vyjádřena v samostatných skórech pro každou škálu. Za prvé, tento způsob skórování garantuje reliabilní a validní hodnocení každého pojmu. Za druhé, oba skóry spojené dohromady umožňují interpretovat deficity, které vážně narušují pacientovu schopnost verbálně komunikovat. Za třetí, tato interpretace deficitů může přispět k volbě intervenčních kritérií a metod.

Schéma č. 1: Skóry v testu ANELT a jejich vzájemné vztahy.



5.6. PRŮVODCE PRO ADMINISTRACI TESTU ANELT

5.6.1. Instrukce k testu

Následující instrukce je interpretována pacientovi:

Budu vám prezentovat několik situací z běžného života. Většina z nich se vám stala nebo se v nich v budoucnu můžete ocitnout. Chtěla bych vědět, jak budete v těchto jednotlivých situacích reagovat a co v nich řeknete. Před tím než začneme s testem, dám vám 2 příklady, na kterých si můžete reakce procvičit.

5.6.2. Závčiková část

Každá z verzí testu ANELT začíná vždy dvěma zkušebními úkoly. Slouží k procvičení a zaučení pacienta, poskytují mu také zpětnou vazbu jeho reakcí a reflektují testový úkol. Pokud je to nutné, je pacientovi dán příklad možné reakce ve scénáři. Opakování a vysvětlení mohou být v této závčikové části poskytnuta kdekoli a kdykoli je to třeba. Pokud se pacient snaží sám sebe omezovat na neverbální vyjadřování, je nutné mu vysvětlit, že by se měl snažit odpovídat verbálně. Když začne pacient popisovat, co by dělal, místo toho, co by řekl, examinátor mu musí vysvětlit, že je nezbytné používat přímou řeč. V případě, že toto vysvětlení nestačí, může vyšetřující použít příklad takové přímé řeči. Vyšetřujícímu je povoleno pomáhat pacientovi s odpověďmi pouze během těchto dvou praktických závčikových scénářů. Pokud pacient rozumí úkolům, nebo byly oba závčikové scénáře prezentovány dvakrát, testující může pokračovat s prvním testovacím scénářem.

5.6.3. Testovací část

Vyšetřující sedí naproti pacientovi, předměty potřebné k testování jsou v jeho dosahu, ale pacient by na ně neměl vidět. Celá testovací část (včetně závčiku) je nahrávána na audio záznamník. Testující zná testovací scénáře z paměti, a proto může navázat a během prezentace scénáře udržovat s pacientem oční kontakt. Současně musí být vyšetřující opatrný, aby nepozměnil přesné znění základních instrukcí pro pacienta nebo přesné znění scénářů. Vyšetřujícímu není během testování dovoleno vynechat, zaměnit nebo doplnit informace související se scénáři.

Testující si také dává pozor na to, aby mluvil normální rychlostí a běžným tónem hlasu, bez zvýraznění některých částí textu. Vyšetřující vysvětlí pacientovi, že mu není dovoleno poskytovat mu žádnou pomoc během testovacích částí testu.

Časová omezení pro odpověď

Pro regulérní průběh testování je nanejvýš důležité, dát pacientovi dostatek času pro dokončení jeho odpovědi. Z tohoto důvodu je v pokynech k administraci testu ANELT doporučeno, aby testující po skončení pacientovy výpovědi ještě chvíli počkal s představením dalšího scénáře. To se samozřejmě netýká případů, kdy dal pacient jasně najevo, že ukončil svoji výpověď. Testující nemůže, na druhé straně, nikdy použít prodloužené mlčení k signalizaci pacientovi produkce neadekvátní odpovědi, nebo toho, že je od něj očekávána ještě další odpověď. Z tohoto důvodu, pro zachování souboru a kontinuity testu, nemohou být během testování přítomna žádná prodloužená mlčení, kromě případů, kdy je evidentní, že pacient stále vytváří odpověď.

Intervence v průběhu testování

Během testování není vyšetřujícímu dovoleno vést s pacientem dialog mimo testovací scénář. Není mu také dovoleno nabízet pacientovi v průběhu testu jakoukoli pomoc. V případě, že je testující nenadálou situací přinucen zasáhnout do výpovědi pacienta, tato intervence musí být krátká a neutrální. Během testové relace může vyšetřující poskytovat pacientovi podporu a motivovat ho. Měl by se však vyvarovat vyjádřením jako například „To bylo dobře.“ nebo „Správně!“, na druhé straně jsou vhodné neutrální formulace podpory a povzbuzení.

V případě, že se pacient ve výpovědi omezuje na popisování situace, místo formulování jasné odpovědi, testující může použít vyjádření jako: „Ale, co byste řekl?“. Pacient smí pak bez dalších komentářů dokončit svou odpověď. Pokud pacient setrvá v odpovědích prostřednictvím nepřímé řeči po dobu nejméně dvou úkolů a nereaguje na intervence ze strany vyšetřujícího, testující může v takovém případě přerušit průběh testu. Testující pak může pacientovi znovu vysvětlit nutnost používání přímé řeči prostřednictvím praktických příkladů. Po tomto krátkém

vysvětlení pokračuje testování tam, kde bylo přerušeno. Pokud pacient stále tvoří odpovědi formou nepřímé řeči, může tímto způsobem bez dalších komentářů dokončit svoji výpověď.

Opakování / Znovuformulování úkolů

Opakovaná prezentace scénáře je během testování dovolena pouze jednou a jen ve dvou případech lze dospět k opakování úkolu.

Prvním oprávněným důvodem pro opakování je situace, kdy si o novou prezentaci scénáře pacient sám řekne. Vždy ale musí být opakován celý scénář, ne pouze jeho části. Pokud pacient projeví žádost o další opakování formulace scénáře, vyšetřující by mu měl odpovědět, že další opakování není možné. V takovém případě je vhodné, pokud se testující snaží podpořit pacienta při pokusu o odpověď. Pokud fakt nemožnosti dalšího opakování rozruší pacienta natolik, že není schopen odpovědět, může vyšetřující opakovat scénář ještě jednou, pacientova výpověď pak ale nebude validní a nezapočítává se do skórování.

Druhým závažným důvodem pro opakování scénáře je případ, kdy je zřejmé, že pacient nepochopil rolím osob ve scénářích. Například pacient se domnívá, že vyšetřující má zlomenou ruku, ne on sám. V takové chvíli může testující zasáhnout například větou, „Možná jste mi špatně rozuměl.“ a zopakovat celý scénář znovu. Vyšetřující nemá dovoleno objasnit pacientovi, čemu konkrétně nerozuměl, vyšetřovaný na to musí přijít sám. Pokud ale nepochopí scénáři ani po jeho opakování, je pacientovi umožněno, bez dalších komentářů nebo zásahů, dokončit výpověď.

Odmítnutí ze strany pacienta

Existuje také méně pravděpodobná možnost, že pacient porozumí správně obsahu scénáře, ale odmítne se zapojit do prezentované situace. (Například řekne, že ho nikdy nepozve přítel na oslavu narozenin.). Vyšetřující by pak měl pacientovi vysvětlit, zda se může alespoň pokusit představit si takovou situaci a rozmyslet si, co by v ní řekl. Pokud pacient stále odmítá zapojit se do scénáře, může svou výpověď dokončit bez dalších komentářů ze strany testujícího.

Kritérium přerušení testování

Vyšetřujícímu není dovoleno přerušit testovou relaci. Je to možné jen tehdy, kdy je zřejmé, že pacient nepochopil nebo není schopen splnit požadavky testu během prvních dvou zácvkových úkolů. Pouze v případě, že pacient není schopen vyprodukovat odpověď, kterou lze skórovat, v pěti po sobě jdoucích úkolech, je testování přerušeno.⁸⁸

Je povinností vyšetřujícího doložit rozhodnutí o přerušení testu nahrávkou zácvkové části i prvních pěti úkolů.

Neverbální odpovědi

Neverbální odpovědi nejsou zpravidla zahrnuty do skórování. Nicméně skórování bude prováděno na základě audio nahrávky, a proto je důležité mít ve skórovacím formuláři poznámku, o případném neverbálním chování. Toto je obzvláště důležité v úkolech, kde je k testování využíván praktický předmět (Pokud není název předmětu zahrnut ve formulaci scénáře, testující si musí dávat pozor, aby nezmínil název předmětu). Pro takové scénáře je zásadní, aby si vyšetřující udělal poznámku o neverbálních vyjádřeních, které se k sobě hodí s deistickými výrazy ve výpovědích pacientů. Deistické výrazy jako „toto“ nebo „tamto“ mohou být v souladu s prezentováním předmětů, které jsou součástí scénáře. Poznámka o neverbálním chování poskytuje důkaz o vhodnosti použití těchto předmětů v rámci testu ANELT. Například, ukazování na patu boty doprovázené sdělením „toto“ je zásadní neverbální informace při skórování srozumitelnosti obsahu výpovědi pacienta.

⁸⁸ (viz kapitola 5. 7 Průvodce ke skórování)

5.6.4. Praktická doporučení pro testování

- A. Ujistěte se, že záznamový arch pro skórování je před vámi a předměty potřebné pro testování leží vedle vás, tak aby je pacient neviděl.
- B. Vyplňte jméno pacienta a vyšetřujícího, datum a před vyšetřením nahrajte tyto informace do audio záznamu.
- C. Zkontrolujte kvalitu záznamu před testováním.
- D. Nezapomeňte zapnout nahrávání před začátkem testování.
- E. Požívejte normální tón a rychlost hlasového projevu.
- F. Nezapomeňte následující:
 - Dodávejte pacientovi při mluvení odvalu. Neutrální poznámky nebo drobná gesta mu mohou pomoci k lepšímu výkonu.
 - Dejte pacientovi dostatek času, než začne hovořit a nechte ho dokončit výpověď, než do ní případně zasáhnete neutrálním komentářem nebo prezentací dalšího úkolu.
 - Vyvarujte se poskytování odpovědí na otázky související s částmi scénáře.
 - Pozitivním způsobem přijímejte odpovědi klienta, bude tím motivován k optimálnímu výkonu, bez sugestivních odpovědí je vše v pořádku.
 - Neopravujte pacientovi nedokonalosti ve výslovnosti. Pokud pacient začne mumlat, vyzvěte pacienta k trochu hlasitější produkci.
 - Nepomáhejte vyšetřovanému ve chvíli, kdy má problémy s nalezením správných slov. Zasáhněte, ale nepomáhejte pouze v případě, že pacient vykazuje známky „katastrofické“ reakce.
 - Do záznamového archu zanepte poznámku o opakováních, rozptylujících vyrušeních, důležitém neverbálním chování a eventualit, které se mohou promítnout do konečného skórování.
 - Neobměňujte formulace scénářů. Držte se výhradně přesného znění textu.⁸⁹

⁸⁹ (Blomert, L.. *Preliminary American version of ANELT*. Irvine: University of California 1995. str. 18)

5.7. PRŮVODCE KE SKÓROVÁNÍ

5.7.1. Základní instrukce

Každá verze testu ANELT obsahuje 10 částí. Stupeň přiměřenosti každé odpovědi je vyjádřen dvěma nezávislými skóry:

A - škála: Přiměřenost obsahu sdělení ve scénáři;

B - škála: Srozumitelnost projevu (z pozice partnera v dialogu).

Oba aspekty verbální komunikace jsou ohodnoceny ve dvou pětistupňových škálách od „vůbec ne“ po „dobře“.

Výsledný součet, stejně jako protokol testu a poznámky provedené v průběhu administrace testu zahrnující důležité neverbální projevy klienta, stanovují úroveň odezvy a opakování se. (například: výpovědi jako je“toto“)

Skórování, prováděné vždy až po testovací sekci, je založeno na audio nahrávce a testovacím protokolu.

I. Skórování:

4 body: kompletní informace, bez podpory

3 body: kompletní informace, s podporou vyšetřujícího nebo předmětu

2 bod: odpovědi ANO/NE; kompletní informace

1 bod: neadekvátní odpovědi ANO/NE

0 body: žádné informace

Komunikační adekvátnost v reakcích je skórována nezávisle pro každou složku v poměru „přiměřenost“ a „srozumitelnost“ ve všech reakcích, které klient vyprodukoval.

Úroveň verbálních komunikačních dovedností jakými jsou „komunikační přiměřenost ve scénáři“ a „srozumitelnost sdělení“ je vyjádřena samostatnou hodnotou skóru pro každou z dovedností zvlášť. Hodnota skórů je po té transformována prostřednictvím normativních tabulek do normativního skóru. Oba normativní skóry společně umožňují interpretaci verbálního komunikačního deficitu.

II. Princip skórování A-stupnice

Skóre pro „**Komunikační přiměřenost**“ vyjadřuje stupeň úspěšnosti ve sdělení informací, které by měly být obsahem výpovědi v daném načrtnutém scénáři (soused, úředník, prodavač, atd.). Je velmi důležité, aby byl vyhodnocovatel testu při hodnocení výpovědi objektivní, ačkoli zná obsah výpovědi, která by měla být pacientem sdělena. Vyhodnocovatel testu by si měl nejprve sám položit otázku, co přesně pacient sdělil a jakým způsobem je vyjádřena samotná informace v pacientově výpovědi. Za druhé by měl posoudit, zda je tato informace dostatečná pro vyřešení konkrétní situace z běžného života.

Například, pokud v úkolu 10 v americké verzi testu ANELT⁹⁰ pacient řekne: „kytice květin“, může to být v obecné rovině velmi dobře pochopeno jako hledaná odpověď. Ale pokud bude výpověď ponechána, právě jako tato, podstatná informace bude opomenuta.

Například: Kytice květin by měla být doručena příteli, ne vyzvednuta pacientem v obchodě.

Je třeba mít na paměti, že bodová stupnice nesouvisí s předpokládanými částmi výpovědi, ale spíše pro posluchače reprezentuje úroveň porozumění pacienta celému scénáři. Stejně jako v příkladu v úkolu s květinami:

Pokud pacient neřekne „Květiny mají být doručeny“ Může prodavač klidně usoudit, že si klient vezme květiny s sebou z květinářství. To nám naznačuje, že pacientovi přesně nepodařilo vyjádřit hlavní část sdělení.

Je třeba zdůraznit, že celá klientova reakce musí být ohodnocena. Pokud, například, pacient vyprodukoval zcela adekvátní odpověď následovanou neinterpretovatelným nebo dokonce protichůdným sdělením, díky neinterpretovatelným nebo protichůdným sdělením může samozřejmě dojít ke snížení srozumitelnosti a úrovně výpovědi jako celku. V takovém případě musí být tyto skutečnosti vzaty v úvahu při skórování.

⁹⁰ „You are at the florist. You want to have a bouquet of flowers delivered to a friend. I am the sales person. What do you say?“ (Blomert, L.. *Preliminary American version of ANELT*. Irvine: University of California 1995. str. 20)

III. Princip skórování B-stupnice

Tento skór je zaměřen na srozumitelnost expresivního projevu, jedná se o stupeň prostého porozumění, díky kterému je pochopena výpověď. „Jasná zřetelnost výpovědi“ neznamená nic jiného než vnímání zvuku vyřčené promluvy a slov ve výpovědi, jako takových, absolutně osvobozených od významu slov. Pro hodnotitele je zásadní, zeptat se sám sebe, zda je bez ohledu na interpretaci nebo smysl, schopen doslovně zopakovat nebo transkribovat projev klienta, ačkoli je seznámen s komunikovanou zprávou a možná neúmyslně očekává určitá konkrétní slova. Pro předcházení nesprávným interpretacím je hodnotiteli dovoleno poslouchat stejnou výpověď pouze dvakrát.

Výše zmíněné je zásadní pro neopomenutí skutečnosti, že body ze stupnice se nevztahují k identifikování složek výpovědi jako je například řeč, co více, nesouvisejí ani s významovou složkou výpovědi, přesněji řečeno body ze stupnice souvisejí s celkovou reakcí klienta.

Dokonale transkribovatelná reakce se tedy skládá pouze z neologismů a je skórována za 4 body, tedy, „dobře“ na stupnici „srozumitelnosti výpovědi“ (B-stupnice) a 0 body, „vůbec ne“ na stupnici „přiměřenosti obsahu výpovědi“ (A-stupnice).

5.7.2. Specifické instrukce

I. Jak řešit neúplné výsledky testu.

Skórování přerušovaných částí testu:

Pokud se stane, že je test po praktické části předčasně ukončen, protože pacient není schopen rozumově pochopit nebo psychicky zvládnout testovou situaci, verbální komunikační úroveň nelze obodovat. Pokud kritérium pro přerušování bylo splněno a test je ukončen z důvodu absence jakékoli odpovědi v 5 po sobě následujících úkolech, k A-skóru je přidělena nula. B-skór je v takovém případě odvozen ze standardního skórování předešlých pěti prezentovaných úkolů.

Rozhodnutí pro přerušování průběhu testu po 5 úkolech, předpokládá, že administrace následujících 5 úkolů, nebude měnit skóre testu. Vynechané testové úkoly nepočítejte jako chybějící úkoly, ale prezentujte je jako věrohodně obodované úkoly. Přerušování testu pro jakýkoli jiný než výše uvedený důvod je počítáno jako chybějící skór.

Chybějící skór

Skórování úkolů může být označeno jako „chybějící“, pokud jsou splněny následující podmínky:

A. Skutečné chybění úkolu

Úkol nebyl administrován, nebo nahrán, či nahrávka není zřetelná z důvodu přítomnosti cizích zvuků.

B. Chyba ze strany vyšetřujícího

Pokud vyšetřující chybuje v administraci regulérního úkolu, tento úkol je počítán jako chybějící.

Chyby vyšetřujícího zahrnují:

- Nesprávně prezentovaný scénář
(například, záměna formulace nebo vynechání fráze)
- Neoprávněné zasahování mající za následek ovlivnění pacientova výkonu.
- Částečné nebo neoprávněné opakování
- Opomenutí nezbytných opakování
- Produkování obsáhlých komentářů v průběhu pacientovy odpovědi

C. Odmítnutí

Pokud pacient výslovně odmítne „hrát svou roli“ v daném scénáři, tento úkol nemůže být započítán a je považován za „nesplněný - chybějící“.

Skóry za splnění méně než tří testových úkolů v testu ANELT, mohou mít vliv na reliabilitu testu při konečném součtu skóre.

Pokud má být test reliabilní, mohou v ANELTu chybět skóry maximálně za 3 úkoly „Nesplněným úkolům“ je přidělena průměrná hodnota pacientova skóru (A nebo B), pro dosažení výsledného skóru, který může být převeden do normovaného skóru. Pokud jsou nesplněny více jak 3 úkoly, extrapolované⁹¹ (vyvozené) skóre testu nemůže být akceptováno a měla by být administrována další verze ANELTU.

II. Jak naložit s abnormálními typy reakcí

Opravy

Skórování obou stupnic A i B musí být vždy založeno na hodnocení celé výpovědi. Jedinou výjimkou pro toto pravidlo je výjimka komentáře (viz níže). Pokud pacient přerušil odpověď a začne znovu, je to považováno za opravu. Pokud je opravná odpověď zcela adekvátní, A-skór je

⁹¹ Extrapolace = 1. přiblížení, přechod z užší na širší oblast pomocí analogie; 2. *mat.* přibližný výpočet hodnot funkce v bodě ležícím vně intervalu hodnot funkce v krajních i některých vnitřních bodech intervalu. (str. 113, Slovník cizích slov pro nové století, Dialog, Litvínov 2002.)

ohodnocen 2, ve všech ostatních případech není opravě dáována větší váha a celková odpověď je posuzována ve skórování.

Komentáře

Pacientovým komentářům, které jsou zcela mimo scénář úkolů (například: „Toto se mi stalo minulý rok...“) nebo komentování zřetelně ukončené odpovědi („V jiné náladě bych možná měl...“) nevěnujte při skórování žádnou pozornost. Pokud není absolutně jasné, že některá poznámka je míněna jako komentář, potom musí být považována za součást odpovědi, která bude skórována.

Nepřímá řeč

Obvykle je nepřímá řeč skórována zcela normálně. Pokud pacient řekne, co by dělal, jedná se o nepřímou řeč a ta je skórována jako řeč přímá. Vyšetřující by během prezentace zácvikových úloh měl zdůraznit odpovědi prostřednictvím přímé řeči, a pokud je nepřímá řeč použita během testu, vyšetřující musí zareagovat slovy „*Ale co byste řekl/a.*“

III. Jak řešit specifickou afaziologickou symptomatologii

Vymezení verbální komunikace vyžaduje posouzení komunikační efektivity a nepočítá se specifickou symptomatologií. Specifické afatické syndromy mohou nebo nemusí omezovat tuto efektivnost a mohou v první řadě pouze ovlivnit skórování.

Výskyt afatických symptomů jako takových nesouvisí se skórováním verbálních komunikačních dovedností, a proto nevyžaduje specifické instrukce pro skórování. Například pokud je zřejmé, že neologismus neovlivní porozumění celé zprávě. To samé může být pravda i u parafrázie, ale na jiné úrovni. Kromě toho srozumitelnost pacientova projevu může být ovlivněna těžkou dysartrií nebo verbální apraxií. Nicméně termíny „komunikační přiměřenost obsahu zprávy“ a „srozumitelnost sdělení“ jsou chápány v rámci přirozené adekvátní komunikační výpovědi pro tyto a další specifické afatické komunikační charakteristiky. Produkce automatizované řeči představuje okolnost, která se může v zásadě projevit jako dvojnásobná pro skórování.

Z tohoto důvodu projednáme jeden pozitivní, jeden negativní a jeden závislý kontextový příklad automatické řeči.

Echolálie je obvykle interpretována jako forma automatické řeči. Pacienti produkující echolálie většinou nevytvářejí tolik spontánního projevu. Nicméně, některé nejazykově narušené osoby nebo ostatně pacienti netrpící problémem automatických projevů mohou produkovat části výpovědí vyšetřujícího v několika testových úkolech, které tuto skutečnost umožňují. Skutečnost, že otázky jsou formulovány takovým způsobem, aby se vyvarovaly neobvyklým slovům a větným strukturám, vytvářejí někdy možná předepsaná opakování částí formulací otázek a určují chování pacienta v kontextu otázek. Následkem toho částečné opakování výpovědí vyšetřujícího, ať je echolalické nebo není, musí být posuzováno jako normální projev a podle toho také skórováno.

Pokud může pacient, jen s málo výjimkami, produkovat pouze odpovědi ano/ne, potom tyto odpovědi nemohou být považovány za výrokový projev. Z tohoto důvodu se odpovědi ano/ne vyskytující se samostatně počítají jako „vůbec ne“ pro A-škálu a v B-škále jsou skórovány normálně.

Shrnutí:

Obecně je afatická symptomatologie pouze příkladem proměnlivých poškození, které mohou ovlivnit verbální komunikační výkonnost, a proto nevyžaduje speciální zpracovávání při skórování.

IV. Jak řešit nácvik/opakování

Jeden nácvik/opakování úkolu je povoleno. Pokud je z jakéhokoli důvodu (například: katastrofická reakce ze strany pacienta) uskutečněno více zkoušek opakování, nepočítejte je. Pokud je opakována pouze část scénáře, odpověď nemůže být skórována a je klasifikována jako chyba vyšetřujícího. Odpověď na opakování nemůže snížit adekvátnost prvotní odpovědi; pouze nejlepší odpověď je skórována. Jediným důvodem pro spontánní opakování je samozřejmě situace, kdy pacient převrací role ve scénáři. Pokud pacient nepřestane obracet role i po opakování, A-škála je skórována jako nula, ačkoli odpověď jako taková může být

interpretovatelná, a B-škála je skórována normálně. Pokud vyhodnocovatel testu během poslechu nahrávky zaznamená, že výlučně zaměňuje role a vyšetřovatel zapomněl pacientovi poskytnout opakování, pak je to počítáno jako chyba vyšetřovatele a úkol je hodnocen jako „chybějící – nesplněný“ v A-škále, ale je počítán do B-škály.

V. Omezení ve skórování pro zvláštní položky

V zásadě dostačující odpověď může být zajištěna pouze velmi krátkou odpovědí ve scénářích 3, 4 a 17 (pravděpodobně pouze jedním slovem). Pro předcházení vlivu vyšetřovatelových předsudků do výsledků testu, se při skórování A-škály (0-4) řiďte následujícími jednoznačnými pravidly:

1. Úkol 3: pokud pacient řekne pouze TV, A-skór =2
2. Úkol 4: pokud pacient řekne pouze „opravit“, nebo něco podobného, A=1
3. Úkol 17: pokud pacient vyprodukuje pouze destinaci, A=2

Pokud se tyto výpovědi vyskytují v kontextu dalších promluv, potom postupujte podle pravidel běžného skórování A-škály.

Pouze pokud pacient z jakéhokoli důvodu podává odpovědi, které nemohou být jednoznačně ohodnoceny na A-škále jako 0 („vůbec ne“) nebo 1 („nedostatečně“), potom podle pravidel heuristiky může být použito: Pokud je odpověď v kontextu se scénářem (například: Vyprávění ševci o něčem, co souvisí s opravováním obuvi), ale bez předchozí irelevantní informace ke zprávě zprostředkované kontextem, A-škála může být přidělena hodnota 1 („nedostatečně“).

VI. Časté záludnosti při skórování

Úkol 1 a 8: Pouze poskytnutí řešení není celým sdělením

Úkol 9: Klíčové je jakýmkoli způsobem popsat, kdo jste. (Na rozdíl od úkolu 7)

Úkol 13: „Přijedte co nejrychleji.“ Je pouze část sdělení.

Úkol 20: „Nemohu přijít.“ Je úplně špatně, nebo při nejmenším pouze část sdělení a v tomto případě nejasná.

5.8. SKÓROVÁNÍ A INTERPRETACE NOREM

Úroveň verbálních komunikačních dovedností je pro každou škálu vyjádřena souhrnným skórem (za 10 úkolů). Tento souhrnný skór je stanovením závažnosti verbální komunikační poruchy. V následující tabulce č. 1 jsou definovány čtyři stupně hloubky postižení, velmi těžký stupeň poruchy, těžká porucha, středně závažná porucha a střední/minimální stupeň poruchy.

Tabulka č. 1: Stupně verbální komunikační poruchy

KATEGORIE	SKÓRE
VELMI TĚŽKÝ STUPEŇ PORUCHY	0 - 9
TĚŽKÁ PORUCHA	10 - 19
STŘEDNĚ ZÁVAŽNÁ PORUCHA	20 - 29
STŘEDNÍ/MINIMÁLNÍ STUPEŇ PORUCHY	30 - 38
BEZ NARUŠENÍ	39 - 40

Stupeň závažnosti poruchy je vzhledem k pacientovu výkonu v testu vyjádřen v souvislosti s „průměrným afatickým“ výkonem nebo přesněji v rozmezí výkonu testovaného vzorku afatických pacientů. Tyto cílené normy byly stanoveny na základě výkonu vzorku 468 pacientů pro verzi ANELT I. a 473 pacientů pro verzi ANELT II. Tyto prosté skóry jsou prostřednictvím tabulkových norem převedeny do procentuální hodnoty nebo do decilů⁹².

⁹² Decil dělí statistický soubor na desetiny. Jako *k*ý decil označujeme $Q_{k/10}$. Zdroj: <http://cs.wikipedia.org/wiki/Decil>

5.9. EVERYDAY LANGUAGE TEST

Everyday Language Test (ELT) je pilotní výzkumnou verzí testu (Blomert et al., 1987), který byl později standardizovaného pod názvem ANELT (Blomert et al., 1994). Testový materiál ELT zveřejnil společně s výzkumy k testu profesor Leo Blomert a jeho odborný tým v uznávaném časopise *Aphasiology* v únoru roku 1987.⁹³

Autory testu ELT jsou **Leo Blomert**, **Charlotte Koster** a **Hanneke van Mier**, kteří v době vydání testu ELT působili v nizozemském Nijmegenu na Max-Plank-Institut für Psycholinguistik, posledním z týmu autorů podílejícím se na tvorbě testu ELT respektive ANELT je **Mary-Louise Kean**, která v roce 1987 působila ve Spojených státech na University of California v Irvine.

5.9.1. Abstrakt k testu ELT

Cílem většiny afaziologických výzkumů v Nizozemsku byla podle profesora Blomerta pouze snaha zhodnotit jazykové poškození u pacientů s afázií. Proto profesor Blomert inicioval se svým odborným týmem výzkum, ve kterém by byla věnována pozornost otázce, jakým způsobem afatictí mluvčí předávají svá sdělení ve verbální interakci.⁹⁴ Tato problematika má svůj teoretický i praktický význam. V následujících řádcích jsou zprostředkovány výsledky studie vytvořené k zjištění úrovně verbálních komunikačních dovedností jedinců s afázií v běžných každodenních situacích. Úkolem testované osoby je hraní funkčních rolí⁹⁵ v 15 úkolech testu, které simulují situace z každodenního života, jakou je například návštěva banky.

Každý ze scénářů byl sestaven na základě vysoce konzistentních odpovědí neurologicky intaktních dospělých jedinců. Tyto odpovědi mají 2 složky:

- (a) Nezbytné prvky, například: Požádání bankovního úředníka o rozměnění peněz a upozornění, pokud vrátil špatný obnos;
- (b) Konvenční sociální prvky, které jsou ve sdělení rozvíjející, ale nedůležité.

⁹³ role-playing

⁹⁴ Blomert, L., Kean, M. L., Koster, C., Mier, van H.. *Verbal communication of aphasic patients: Everyday Language Test*. Amsterdam: *Aphasiology* 1987, 6, str. 463.

⁹⁵ Blomert, L., Kean, M. L., Koster, C., Mier, van H.. *Verbal communication of aphasic patients: Everyday Language Test*. Amsterdam: *Aphasiology* 1987, 6, str. 463.

Shoda v odpovědích intaktních jedinců v těchto komunikačních scénářích dala vzniknout objektivnímu postupu skórování a vytvořila relevantní srovnání mezi odpověďmi afatických a intaktních jedinců. V této studii bylo také zjištěno, že jedinci s Brocovou a Wernickeho afázií jsou úspěšní při sdělování podstatných a nezbytných informací ve verbální komunikaci, dokonce navzdory několika lingvistickým (zejména syntaktickým) omezením. Naopak obě skupiny pacientů s afázií projeví ve svých výpovědích výraznou redukci v používání informačně nepodstatných, ale sociálními konvencemi daných prvků.

5.9.2. Představení testu ELT

V Nizozemsku probíhal v souvislosti s vývojem testu ELT systematický výzkum zaměřený na otázku, jak se afatictí pacienti vypořádávají s komunikačními situacemi bez ohledu na jejich jazykové deficity.

Otázka, kterou si položil vědecký tým profesora Blomerta zněla takto: „*Je klinicky relevantní vědět, do jaké míry mají jedinci s afázií úspěch v získávání pro ně určených zpráv v rámci verbální interakce?*“⁹⁶

Standardní testy pro afatiky, například BDAE – Boston Diagnostic Aphasia Test (Goodglass, Kaplan; 1972) nebo AAT – Aachen Aphasia Test (Huber, Weniger, Poeck and Willmes; 1980), směřují právě k hodnocení konkrétních pacientových jazykových omezení. Takové testy hodnotí schopnost produkce gramaticky správně vytvořených vět a pochopení vět různé syntaktické složitosti. Navíc hodnotí množství proměnných jako je pojmenování, plynulost a artikulace, které jsou důležité pro individuální dovednost využívání svých formálních lingvistických schopností. Cílem těchto testů je diagnostika zaměřená na definování poškozených oblastí. Tyto poškozené oblasti mají pouze malou hodnotu při demonstraci úspěšného využití limitovaných lingvistických zdrojů jedince při efektivním komunikačním chování.⁹⁷

⁹⁶ „It is clinically relevant to know to what extent aphasic individuals actually succeed in getting their intended messages across in verbal interaction?“

Blomert, L., Kean, M. L., Koster, C., Mier, van H.. *Verbal communication of aphasic patients: Everyday Language Test*. Amsterdam: Aphasiology 1987, 6, str. 463.

⁹⁷ Blomert, L., Kean, M. L., Koster, C., Mier, van H.. *Verbal communication of aphasic patients: Everyday Language Test*. Amsterdam: Aphasiology 1987, 6, str. 464.

Úvaha o komunikačních kompetencích pacientů s afázií má podle profesora Blomerta (1987) dvojí teoretický a pragmatický význam. Hodnocení zotavování po cévní mozkové příhodě je nejčastěji založeno na průběžné změně bodové hodnoty v testech, jako jsou BDAE a AAT. Nicméně u pacientů se může projevit pouze nevýznamná změna v afatických testech i ve chvíli, kdy se jejich schopnost využívat zbývající jazykové prostředky výrazně zlepšila a jejich komunikační potřeba je v běžném životě naplňována. Stejně je to i při hodnocení ve formálním testu, kdy se u pacienta projeví výrazné zlepšení v oblasti řečových funkcí. V takovém případě, může pacient stále trpět radikálním oslabením funkčních komunikačních dovedností. Teoretický význam hodnocení komunikačních kompetencí spočívá podle Blomerta ve vlastní důležitosti hypotéz o přerozdělení lingvistických funkcí, tedy procesu zlepšení zdravotního stavu a možném adaptačním procesu. Z pragmatického hlediska je důležité vědět, jak dobře může pacient uspět v každodenních komunikačních situacích.

5.9.3. Cíle testu ELT

Primárním úkolem terapie pacientů s afázií by měla být podpora obnovení jejich schopnosti funkčně komunikovat. V ideálním případě, to znamená obnovení lingvistických dovedností (ve smyslu standardních hodnotících nástrojů) a komunikačních dovedností. Tyto aspekty celkové obnovy zdravotního stavu klienta jsou na sobě logicky nezávislé, přítomnost jedné není bezpodmínečně ukazatelem druhé. Zhodnocení efektivity jakéhokoli druhu terapeutické intervence vyžaduje vzít v úvahu komunikační kompetence. Everyday Language Test (ELT) byl vytvořen, aby vyhověl právě této potřebě.⁹⁸

Šest zásadních požadavků přispělo k vývoji testu ELT.

1. Vzbudit scénářem testu zájem pacientů, snížit tak jejich stres během testování na minimum a dodat jim odvahy pro optimální výkon.
2. Test má takové množství úkolů (scénářů), aby mohl dát jedinci dostatečnou možnost demonstrovat úspěch nebo neúspěch v komunikačních schopnostech.

⁹⁸Blomert, L., Kean, M. L., Koster, C., Mier, van H.. *Verbal communication of aphasic patients: Everyday Language Test*. Amsterdam: Aphasiology 1987, 6, str. 465.

3. Úkoly (scénáře) v testu jsou tak „reálné“ jak je to jen možné.
4. Test je navržen tak, aby cílenými komunikačními strukturami neochromil paměťovou kapacitu klienta. Proto scénáře nejsou členěny jako po sobě jdoucí rozhovor, který by mohl namáhat verbální paměť, ale jako stručně shrnuté události.
5. Skórování ELT je založeno na objektivních kritériích a nevyžaduje ze strany vyšetřujícího kvalitativní hodnocení.
6. ELT může být prováděn u lůžka pacienta, testování je hotovo během krátkého časového úseku, čímž se vyhneme pacientově únavě, udržíme jeho zájem a ulehčíme průběh testování.

Při splnění všech těchto šesti podmínek, se Everyday Language Test svým zaměřením a strukturou výrazně odlišuje od přístupů využívaných v ostatních testech funkčních komunikačních kompetencí.

5.9.4. Schéma testu ELT

ELT obsahuje patnáct situací z každodenního života, jako je například telefonní hovor s lékařem, nebo rozhovor s prodavačkou v obchodě. Tyto situace byly vytvořeny tak, aby působily co nejreálněji.

Reálnosti situací je v testu dosaženo dvěma způsoby:

1. Vyšetřující interaguje s pacientem smysluplně, bere na sebe různé role, například jako prodavač, pokladník nebo přítel nabízející pozvání na návštěvu.
2. Pokud situace vyžaduje reálný předmět, je příslušný předmět zařazen do scénáře – rozbitý pár brýlí vyžadující opravu, dva otvíráky pro možnost výběru při jejich nákupu a tak dále. Tímto způsobem je i každá situace vyžadující prvky z běžného života, doprovázena „hraním role“ vyšetřujícího.

Situace ve scénářích ELT jsou v běžném životě obvyklé a mají silný konvenční charakter stejně jako přesně stanovenou strukturu.

U každé situace mohou být rozlišována dvě hlediska:

- (a) podstatné prvky, které jsou naprosto zásadní, pokud je chování považováno za komunikačně dostačující;
- (b) Společensky běžné prvky, které nejsou součástí jádra situace, ale jsou v takových chvílích částí běžného modelu chování.

Příklady úkolů v testu ELT

Testující: Nedávno jste si koupil zboží a schoval si účet. (Pacient obdrží účet označený nápisem zapláceno.) Dnes vám přišel za stejné zboží jiný účet. (Pacient dostane druhý účet neoznačený nápisem zapláceno.) Jdete zpět do obchodu. Co řeknete?

Typická odpověď intaktní osoby na tento scénář má čtyři části:

- (a) Pozdravení („*Dobrý den, možná mi můžete pomoci.*“), (b) sdělení skutečnosti, (c) že se stala chyba („*Nedávno jsem si koupil a zaplatil za X. Dnes mi za stejnou věc přišel další účet.*“) a (d) Žádost o řešení toho problému („*Můžete mi s tím pomoci?*“)

Základními prvky tohoto scénáře jsou (b) a (c) oba zaměřené na prohlášení o situaci, obvykle v kombinaci s jednoduchou větou. Pro úspěšnou komunikaci je důležité, aby oba tyto prvky zazněly u testovaného v odezvě na situaci ve scénáři. Použití pozdravu je diktováno společenskými konvencemi a ne skutečným charakterem situace. Žádost o nápravu omylu je rozvíjející, ne nejpodstatnější část sdělení. To, že bylo mluvčímu účtováno něco, za co již zaplatil, naznačuje, že by mluvčí chtěl dát situaci do pořádku.

Výkon normálních osob v ELT

Ke standardizaci testu ELT byla využita skupina 32 neurologicky intaktních dospělých osob z Nizozemska, jejich věk se pohyboval v rozmezí od 41 do 74 let (průměrný věk = 54,2). Na základě způsobu odpovědí těchto osob, byl odvozen skórovací systém pro ELT. Za každý scénář obdrží jedinec jedno skóre za prvky, které jsou považovány za absolutně nepostradatelnou informaci pro komunikačně adekvátní chování (N-škála) a zvláštní skóre za prvky, které pouze konvenčně náleží k situaci (C-škála).

Rozhodnutí zahrnout do součtu prvky na N-škále bylo stanoveno na základě jejich frekvence ve výpovědích osob účastnících se testování. Kritérium pro zařazení do N-škály byla přítomnost prvku v odpovědích alespoň u 90% scénářů testovaných osob; každý prvek zahrnutý do N-škály byl přítomen v odpovědích 30 až 32 normálních testovaných jedinců (94-100%).

Test ELT obsahuje 19 prvků z N-škály. Položky na C-škále slouží k pokrytí konverzačního rámce; každý z prvků C-škály byl obsažen ve vzorové odpovědi nejméně 50% intaktních osob. Toto kritérium reflektuje variabilitu v konverzačním stylu a osobitost, se kterou se setkáváme u vzorku normálních jedinců, jejichž komunikační styly se pohybují v rozmezí od stručného po velmi hovorný.

Test obsahuje také 28 prvků na C-škále. Počet položek z N-škály a C-škály se u každého scénáře liší, protože typ odpovědi je dán konkrétním situačním scénářem v testu nikoli plánovitě. Každý situační scénář v testu má jednu nebo dvě nezbytné (N-škálové) součásti. Úplný soubor použitých scénářů a vzorů odpovědí pro bodování je uveden v českém překladu z Nizozemštiny v tabulce č. 2.

Jedinci s Afázií v testu ELT

Na studii k testu ELT se podílelo 29 pacientů s afázií. Všichni byli rodilí Nizozemci a trpěli chronickou afázií (v době testování byli od 1 do 9 let po začátku onemocnění). Pro všechny z nich byl nástup afázie důsledkem cévní mozkové příhody (CMP). Žádný z nich netrpěl jinými neurologickými obtížemi ani neměl vícečetnou CMP. Věk testovaných osob s afázií se pohyboval od 31 do 73 let (průměrný věk: 60, 7 let). Všichni pacienti byli testováni standardním testem pro afatiky, nizozemskou verzí AAT (Huber et al. 1980). Na základě výkonu v tomto testu byli pacienti rozděleni do 2 skupin. V první skupině bylo 17 jedinců s Brocovou afázií a ve druhé 12 pacientů s Wernickeho typem afázie. Průměrný věk skupiny pacientů s Brocovou afázií byl 57,7 let a průměrný věk jedinců s Wernickeho afázií byl 64,8 let. Popis pacientů včetně jejich jednotlivých skóre v ELT je uveden v tabulkách č. 3 (a) a č. 3 (b).

Tabulka č. 2: Otázky a vzorové odpovědi testu ELT

*	SCÉNÁŘ	SKÓRE
(1)	Jste objednan/a k lékaři. Něco neočekávaného vám do toho přijde a voláte do jeho ordinace. Co řeknete?	<p>C intro: <i>Dobrý den, sestro.</i></p> <p>N/C situace: <i>Mám (domluvenou)schůzku, ale nemohu přijít.^[*]</i></p> <p>C změna časového rozvrhu: <i>Mohu si domluvit novou schůzku?</i></p>
(2)	Jste v obchodě s oblečením. Chcete si koupit nový oblek. Jsem prodavačka. Přijdete ke mně. "Pane, mohu Vám pomoci?"	<p>C intro: <i>Ano, můžete mi pomoci.</i></p> <p>N situace: <i>Sháním oblek</i></p> <p>C poznámka: <i>Velikost 36</i></p>
(3)	Jste v Hema ^[*] a někde najdete tyto rukavice (podáte pacientovi rukavice). Co uděláte; co řeknete?	<p>N místo: <i>Jdete k pokladně.</i></p> <p>N situace: <i>Našel jsem toto.</i></p> <p>C komentář: <i>Mohu to tady nechat?</i></p>
(4)	Na ulici narazíte na starého známého. Máte ruku v sádře. Znamý kouká překvapeně. Vysvětlíte mu, co se vám stalo.	<p>C intro: <i>Oh, vidíte, co se stalo.</i></p> <p>N/C příčina a následek: <i>Měl jsem nehodu při lyžování. / Zlomil jsem si ruku^[**]</i></p> <p>C komentář: <i>Můj manžel/ka musí vařit.</i></p>
(5)	Nedávno jste si koupil zboží a schoval si účet. (Pacient obdrží účet označený nápisem zaplacen.) Dnes vám přišel za stejné zboží jiný účet. (Pacient dostane druhý účet neoznačený nápisem zaplacen.) Jdete zpět do obchodu. Co řeknete?	<p>C intro: <i>Dobrý den, máte na starosti reklamace?</i></p> <p>N situace: <i>Nedávno jsem si koupil a zaplatil za X. Dnes mi přišel další účet.</i></p> <p>N komentář: <i>Musela se stát chyba.</i></p> <p>C žádost: <i>Můžete to zkontrolovat?</i></p>
(6)	Musíte zařídit svatební hostinu. Jste právě v restauraci. Jsem jejím majitelem. Co mi řeknete?	<p>N situace: <i>Chtěl zařídit svatební hostinu.</i></p> <p>C detaily: <i>20. října, pro 50 lidí</i></p>
(7)	Volám instalatéra. Náhodou jsem vás dostal k telefonu. Říkám: "Pane instalatére, můžete přijít dnes odpoledne?" Co řeknete?	<p>C intro: <i>Koho chcete?</i></p> <p>N/C situace: <i>Máte špatné číslo. / Nejsem instalatér.^[*]</i></p>
(8)	To je vaše (podáte pacientovi rozbité brýle). Jste teď v optice. Jsem prodavač. Co mi řeknete?	<p>C intro: <i>Možná mi můžete pomoci.</i></p> <p>N/C příčina a následek: <i>Rozbil jsem si brýle. Můžete je opravit?^[*]</i></p>

(9)	Vidíte jít okolo vašeho souseda. Chcete ho pozvat na návštěvu. Co řeknete?	<p>C intro: <i>Ahoj, sousede!</i></p> <p>N pozvání: <i>Chtěl byste jít dál?</i></p> <p>C rozvedení: <i>Na něco k pití?</i></p> <p>C doba: <i>Dnes večer po večeři.</i></p>
(10)	Jdete k opraváři obuvi s touto botou. (Podáte pacientovi boty) Obuv má mnoho závad, ale vy z nějakého důvodu chcete opravit pouze jednu z nich. Vyberte si jakou. Jak to zařídíte?	<p>N situace: <i>Můžete opravit podrážku?</i></p> <p>C důvod: <i>Nemám dost peněz. / Chci je mít jen na zahradu.</i></p>
(11)	Jste na nádraží. Chcete jet do Zwolle. Stojíte před jízdenkovou přepážkou. Co řeknete?	<p>N žádost: <i>Chtěl bych jízdenku do Zwolle.</i></p> <p>C speciální informace: <i>Zpáteční jízdenku/ první třídu.</i></p>
(12)	Jste prodavač. Chci si koupit jednu z těchto dvou věcí (ukážte dva otvíráky na víno). Musíte mi poradit. Co bych měl dělat?	<p>C komentář: <i>S tímhle také můžete otvírat lahve.</i></p> <p>C komentář: <i>Ale tenhle je odolnější.</i></p> <p>N názor: <i>Kupte si tenhle; vydrží vám déle.</i></p>
(13)	Dítě spadlo z vašich schodů. Nevypadá to dobře. Voláte doktora. Co řeknete?	<p>C intro: <i>Dobrý den doktore, tady pan/í X.</i></p> <p>N situace: <i>Stala se nehoda.</i></p> <p>C komentář: <i>Vypadá to vážně.</i></p> <p>N žádost: <i>Můžete přijet?</i></p>
(14)	Jste v bance. Chcete rozměnit toto. (Podáte pacientovi 20 Euro). Jsem bankovní úředník. Co uděláte; co mi řeknete?	<p>N žádost: <i>Můžete to rozměnit?</i></p> <p>N/C situace: <i>Co, zmýlil jste se. / Dal jsem vám 20 Euro. ^[*]</i></p>
(15)	Pozval jsem vás na svoji oslavu narozenin. Opravdu se vám nechce jít. Co mi řeknete?	<p>C komentář: <i>Je hezké, že jste mě pozval.</i></p> <p>N odmítnutí: <i>Nemohu přijít.</i></p> <p>C omluva: <i>Moje matka je nemocná.</i></p>

[*] Síť obchodů v Nizozemsku. Podobná našemu obchodnímu řetězci Tesco.

[**] Jedinec dostane N-bod za prezentaci jednoho z těchto prvků a N-bod i C-bod obdrží za prezentaci obou.

Tabulka č. 3 (a): Osoby s Brocovou afázií

Osoba	Věk	RCMP ¹	Pohlaví	Lateralita	Vzdělání	Profese	TT ²	Sluchové porozumění ³	Popis obrázku ⁴	Spontánní řeč ⁵	Skór v ELT	N-škála	C-škála
GG	56	6	M	P	SŠ tech.	obráběč kovů	17	44	26	19	32	18	14
HK	50	2	M	P	SŠ tech.	opravář	19	52	23	16	31	18	13
ML	31	8	Ž	P	SŠ	bankovní úředník	36	51	13	20	23	15	8
WM	71	2	M	P	SŠ tech.	obráběč kovů	17	46	25	16	28	18	10
HM	38	1	M	L	SŠ tech.	svářeč	25	58	6	11	22	14	8
AN	55	2	M	P	SŠ	správce	5	48	21	19	34	16	18
JR	65	3	M	P	ZŠ	pekař	9	52	19	22	27	17	10
NR	60	3	M	P	ZŠ	pokryvač	38	39	8	18	21	13	8
TS	64	5	M	P	ZŠ	kameník	44	42	5	17	18	13	5
GS	54	5	M	P	ZŠ	zedník	30	51	14	17	22	14	8
VS	63	5	Ž	P	ZŠ	zdravotní sestra	38	41	11	13	22	15	7
GvS	67	3	M	P	VL	pekař	11	53	19	16	28	18	10
AV	47	1	M	P	SŠ	ředitel továrny	18	54	18	14	15	12	3
GV	59	1	M	P	SŠ	ředitel společnosti	34	42	11	15	16	12	4
JW	65	4	M	P	SŠ	ředitel školy	7	54	29	20	27	17	10
AW	70	8	M	P	ZŠ	řidič autobusu	33	45	13	12	27	15	12
KZ	66	9	Ž	P	ZŠ	žena v domácnosti	26	37	16	19	21	16	5

RCMP¹ ... Roky od CMP v době testování

TT²... Token test (Orgass, 1976). Skórování: 0-3, žádné afatické narušení; 4-10, lehké poškození; 11-33, střední poškození; 34-50, těžké poškození

Sluchové porozumění³ ... výběr obrázku dle slyšené instrukce, Skórování: 53-60, žádné afatické narušení; 45-52, lehké poškození; 30-44, střední poškození; 0-29, těžké poškození

Popis obrázku⁴ ... popis 10 scén, Skórování: 28-30, žádné afatické narušení; 27-23, lehké poškození; 13-22, střední poškození; 0-12, těžké poškození

Spontánní řeč⁵ ... je skórována pomocí polostandardizovaného interview, skór spontánní řeči je složen z 6 nezávislých skórů

Tabulka č. 3 (b) Osoby s Wernickeho afázií

Osoba	Věk	RCMP	Pohlaví	Lateralita	Vzdělání	Profese	TT	Sluchové porozumění	Popis obrázku	Spontánní řeč	Skór v ELT	N-škála	C-škála
GD	73	5	M	P	ZŠ	zedník	38	31	20	20	24	15	9
CJ	67	3	Ž	P	ZŠ	žena v domácnosti	36	35	17	20	29	19	10
HK	69	1	M	P	SŠ, konzervatoř	učitel hudby	29	41	30	23	41	19	22
JK	73	1	Ž	P	ZŠ	žena v domácnosti	24	34	10	19	29	14	15
RK	64	1	Ž	P	SŠ	žena v domácnosti	14	39	21	25	26	18	8
CL	71	2	Ž	P	SŠ	žena v domácnosti	37	32	15	16	26	16	10
CM	53	5	Ž	P	SŠ	žena v domácnosti	20	43	16	20	15	11	4
JR	65	1	M	P	VL	pekař	10	50	26	21	29	18	11
JRy	64	6	M	P	SŠ tech.	podnikatel	30	43	12	18	21	11	10
HR	46	5	Ž	P	SŠ	prodavačka	36	43	10	20	31	15	16
AT	60	1	M	P	ZŠ	elektrikář	15	48	15	22	30	18	12
DV	73	1	Ž	P	VŠ	asistentka	11	41	17	18	21	12	9

RCMP¹ ... Roky od CMP v době testování

TT² ... Token test (Orgass, 1976). Skórování: 0-3, žádné afatické narušení; 4-10, lehké poškození; 11-33, střední poškození; 34-50, těžké poškození

Sluchové porozumění³ ... výběr obrázku dle slyšené instrukce, Skórování: 53-60, žádné afatické narušení; 45-52, lehké poškození; 30-44, střední poškození; 0-29, těžké poškození

Popis obrázku⁴ ... popis 10 scén, Skórování: 28-30, žádné afatické narušení; 27-23, lehké poškození; 13-22, střední poškození; 0-12, těžké poškození

Spontánní řeč⁵ ... je skórována pomocí polostandardizovaného interview, skór spontánní řeči je složen z 6 nezávislých skóků

5.9.5. Výsledky studie k testu ELT

Reliabilita

Pro zjištění reliability bodovacího systému testu ELT hodnotili tři nezávislí soudci 10 protokolů od náhodně vybraných pacientů. Mezhodnocení (inter-judge) reliability bylo 90%. V těch případech, kdy nebyla úplná shoda, jí mohlo být bez obtíží dosaženo po vytvoření jednoznačnějších bodovacích kritérií.

Výkon jedinců s afázií

Tabulka č. 4 udává průměrné hodnoty a směrodatné odchylky pro N-škálu a C-škálu v testu ELT u intaktních jedinců a pacientů s Brocovou a Wernickeho afázií. Tato data ukazují, že obě skupiny pacientů s afázií jsou velmi úspěšné ve vyjadřování informací nezbytných pro úspěšnou komunikační výměnu. Za druhé, jak skupina pacientů s Brocovou afázií, tak druhá skupina pacientů s Wernickeho afázií, produkovaly výrazně méně nepodstatných, ale konvenčních informací, než zdraví jedinci (ANOVA $P < 0.001$). Tyto dvě skupiny pacientů s afázií se od sebe navzájem ve výsledcích neliší.

Tabulka č. 4: Průměrné hodnoty a směrodatné odchylky pro N-škálu a C-škálu v testu ELT

	Typ informace			
	N-škála		C-škála	
	\bar{X}	s.d.	\bar{X}	s.d.
Skupiny testovaných osob				
Intaktní	18.5	0.5	17.3	4.3
Wernickeho afázie	15.5	3.1	11.3	4.4
Brockova afázie	15.2	3.3	9.0	3.7
Maximum N-bodů = 19				
Maximum C-bodů = 28				

(\bar{X}) ...průměrná hodnota pro (N-škálu) a (C-škálu)

(s.o.)...směrodatná odchylka nezbytných informací (N-škála) a konvenčních informací (C-škála)

Pro testování reliability ELT byla vypočtena složková analýza (SPSS, 1983). Složková analýza afatických pacientů měla za následek v Croanbachově alfa-koeficientu hodnotu 0,53 pro N-škálu a 0,75 pro C-škálu. Reliabilita testu je dostatečně vysoká

pro vytváření skupinového porovnání. Složková analýza také ukázala, že N-škála může být výrazně vylepšena, pokud se obmění 5 úkolů v testu (úkoly 2, 6, 10, 13, 15 z tabulky č. 1). Kontrola dat odhalila, že tyto části testu nepřispívají k reliabilitě N-škály, protože prokazují „stropní (hraniční) efekt“. Protože v době vydání testu ELT musel profesor Blomert otestovat ještě pacienty s těžkou globální afázií, rozhodl se nevyškrtnout tyto části testu, ale 3 z těchto úkolů byly upraveny (2, 13 a 15). Ve snaze rozšířit test ELT pro další testování přidal Blomert a jeho tým další 3 nové scénáře. Nové a přepracované položky testu jsou představeny v tabulce č. 5.

Tabulka č. 5: Nové a přepracované položky testu ELT

*	SCÉNÁŘ	SKÓRE
	<i>Aktualizované položky</i>	
(1)	Jste v obchodě. Chcete si koupit televizi. Jsem prodavač. Mohu vám pomoci?	C intro: <i>Ano, můžete mi pomoci.</i> N situace: <i>Sháním televizi.</i> C poznámka: <i>Malý barevný model.</i> (Nahrazuje scénář 1 a 2)
(2)	Jste prodavač. Chci si koupit jednu z těchto dvou věcí (ukážete dva otvíráky na víno). Musíte mi poradit. Co bych měl dělat?	C komentář: <i>Tenhle má i nuž.</i> C komentář: <i>Ale tenhle je odolnější.</i> N názor: <i>Kupte si tenhle; můžete s ním dělat více věcí.</i> (Nahrazuje scénář 1 a 13)
(3)	Pozval jsem vás na svoji oslavu narozenin. Opravdu se vám nechce jít. To se někdy stává. Co mi řeknete?	C komentář: <i>Je od vás hezké, že jste mě pozval.</i> N odmítnutí: <i>Nemohu přijít.</i> C omluva: <i>Moje matka je nemocná.</i> (Nahrazuje scénář 1 a 15)
	<i>Nové položky</i>	
(4)	Procházíte se po parku a vidíte malé plačící dítě. Dítě přijde k vám a říká: "Pane/Paní, ztratil jsem se." (řečeno plačtivě vyšetřujícím)	C intro: <i>Pomůžu ti, neboj se.</i> N situace: <i>Kam chceš jít?</i> N řešení: <i>Dovedu tě tam.</i>
(5)	Jste v květinářství a chcete nechat něco doručit přítelkyni. Jsem květinářka. Co mi řeknete?	N situace: <i>Rád/a bych nechal/a doručit květiny.</i> N místo určení: <i>Příteli v Radbout (nemocnici).</i> C datum: <i>Zítرا odpoledne.</i> C rozvedení: <i>Kytici růží</i>
(6)	Právě jste se přistěhoval do mé ulice a chcete se seznámit. Jak to uděláte, co mi řeknete?	C intro: <i>Dobrý den, sousede.</i> N situace: <i>Jsem váš nový soused.</i> N jméno: <i>Jmenuji se Hanneke van Mier.</i> C rozvedení: <i>Chtěl byste přijít na kávu?</i>

Skóre afatických pacientů v ELT bylo také porovnáno s výkonem v subtestech AAT. Překvapivě stupeň závažnosti afázie naměřený v Token testu prokázal silnou korelaci s výkonem pacientů s Brocovou afázií v testu ELT ($P = 0.002$ pro N-škálu a; $P = 0.009$ pro C-škálu), ale nekoreloval s výkonem pacientů s Wernickeho afázií. Skóre Token testu se, nicméně, mezi skupinami příliš neliší (Brocovou afázií $X = 23.9$, s. d. = 12.15; Pacienti s Wernickeho afázií $X = 27.5$, s. d. = 10.66). Na rozdíl od toho, zde byla významná korelace mezi Wernickeho ELT výkonem v N-škále a jejich skórem spontánního projevu ($P = 0.02$), ale pro Brocův ELT výkon v N-škále nebyla stejná korelace nalezena ($P = 0.07$); ani pro jednu skupinu nebyla nalezena korelace mezi výkonem v ELT v C-škále a spontánním projevem. Výkon v ELT N-škále koreloval s úrovní větného popisu obrázku u obou skupin pacientů s afázií (Brocova af. ($P = 0.0003$); Wernickeho af. ($P = 0.02$), ale pouze v Brocově skupině výkon v C-škále koreloval s popisem obrázku (Brocova skupina: 0.01; Wernickeho skupina 0.27).

Pro žádnou ze skupin nebyla zjištěna významná korelace mezi výkonem v ELT a sluchovým porozuměním. Skutečnost, že ELT skóre nekorelovaly se sluchovým porozuměním, ale korelovali s popisem obrázku, jasně prokázal, že ELT měří složku jazykové produkce a ne složku jazykového obsahu. Absence korelace se spontánní produkcí, kromě N-škály u Wernickovy skupiny, podporuje nezávislost ELT na formě hodnocení spontánní řeči ve standardních testech pro afatiky. Rozdíl mezi N-škálou a C-škálou odpovědí je podporován těmito korelačními údaji.

Jednotlivé případové studie

Kvantitativní údaje nesdělují charakter výkonu afatických pacientů v ELT. Za účelem poskytnutí určitého náznaku kvality výkonu v ELT v každé ze skupin pacientů, popisuje profesor Blomert ve výsledcích své studie dvě případové studie. Vybral po jednom pacientovi z každé skupiny, výkon vybraných afatiků byl v obou případech nejbližší skupinovému průměru.

Případová studie 1

Pacient AW je sedmdesátiletý pravoruký muž. Jeho vzdělání bylo minimální a živil se jako řidič autobusu. AW měl CMP osm let před testováním. Angiogram zhotovený během jeho hospitalizace ukázal karotid stenosis na obou stranách; EEG prokázalo

narušenou aktivitu v oblasti zásobující levou střední mozkovou tepnu. Pacient má pravostrannou hemiparézu.

AW byla diagnostikována Brocova afázie na základě jeho výkonu v AAT. Jeho spontánní projev je charakteristický velmi těžkopádnými jedno nebo dvou slovnými výpověďmi. AW provádí v nízkém rozsahu a na nižší úrovni popis obrázků, hlasité čtení a Token testové subtesty z AAT. V oblasti sluchového vnímání a porozumění psanému textu AW vykazuje pouze mírné poškození.

Když byl pacient AW poprvé testován, získal 15 bodů na N-škále a 12 bodů na C-škále. Při nedávném opakování testu, získal 12 bodů na N-škále a 12 bodů na C-škále. Manželka pana AW je obvykle při testování rušivým elementem, při retestu přerušila dva scénáře, tím, že radila manželovy, co má dělat, a proto z těchto úkolů nedostal AW žádné body. Z tohoto důvodu hodnotíme jeho výkon jako poměrně stabilní přes osmi měsíční interval mezi jednotlivými testy.

Ačkoli má pan AW velmi limitovanou řeč, má silnou touhu, aby byly jeho myšlenky pochopeny. Je optimistický a kreativní a vytrvá, aby mohl být pochopen. Jak již bylo uvedeno, manželka pana AW může představovat během testování problém, který se podle informací AW projevuje i v jejich domově. Když začne žena rušit, AW má tendence dostat se do špatné nálady a jeho výkon jde rapidně dolů.

Případová studie 2

Pacient GD je třiasedmdesátiletý pravoruký muž. V mládí bylo jeho vzdělání na úrovni základní školy, později si udělal kurzy pro drobnou kancelářskou administrativu. Jeho profese je zedník. GD měl CMP pět a půl roku před ELT testováním. EEG v době CMP ukázalo asymetrické difúzní narušení mozkové aktivity na levé straně. Po čtyřech letech, EEG prokázalo menší asymetrii. CT provedené ve stejné době ukázalo rozsáhlý infarkt v posteriorní oblasti levé cerebrální arterie. GD trpí pravostrannou hemianopsií a pravostrannou hemiparézou. Panu GD byla diagnostikována Wernickeho afázie na základě jeho výkonu v AAT. Jeho spontánní projev je paragramatický. V subtestech testu AAT popisu obrázku a sluchovém porozumění, se GD umístil ve středním pásmu poškození. V Token testu se GD pohybuje v pásmu hlubokého postižení. V testu AAT se u něj prokázalo pouze mírné poškození v oblasti porozumění psanému textu a v hlasitém čtení na úrovni slov a vět.

Když byl GD poprvé testován, dosáhl 15 bodů na N-škále a 9 bodů na C-škále. Jeho skóre se při opakovaném testování v podstatě nezměnilo, obdržel 13 bodů na N-škále a 9 bodů na C-škále.

Pacient GD, jež nosí sluchadla, je velmi úspěšný v používání „hluchoty“ jako záminky pro své komunikační obtíže. V běžné konverzaci nemá pan GD žádné problémy se „slyšením“, ale v testovacích situacích si v průběhu testu stále více a více stěžuje a stává se více „ohluchlým“. Přesto, že byli testující obeznámeni s tímto trikem pana GD, ke konci testování lze na nahrávce zaznamenat, jak sami mluví extrémně nahlas a velmi jasným hlasem.

5.9.6. Závěr

ELT se v následujících letech stále vyvíjel a byl standardizován nejen v Nizozemsku pod názvem ANELT. Zde prezentované výsledky testu ELT neposkytují dostatečné údaje, pro konečné prohlášení o vztahu mezi ELT a formálními hodnotícími bateriemi pro afatiky. Nicméně několik provizorních závěrů bylo možné vyvodit již v této fázi výzkumu testu.

1. Afatictí pacienti nemají žádné problémy hrát společně s fiktivními scénáři.
2. Obě stupnice N-škála a C-škála spolehlivě měří dva různé aspekty komunikačního chování.
3. Afatici jsou relativně úspěšní v používání kontextově důležitých informací a to zcela nezávisle na úrovni, které dosáhli ve standardních testech pro afatiky.
4. Pacienti s Brocovou i Wernickeho afázií vykazují významné snížení užívání kontextově tradičně užívaných ale informačně nepodstatných informací ve své mluvě.
5. Podle úrovně hloubky afázie, jak je měřena Token testem, lze velmi dobře odhadovat výkon v testu ELT u pacientů s Brocovou afázií, zatímco u Wernickeho afázie není výkon v ELT takto předvídatelný.
6. Hodnoty ELT nekorelují s rovinou porozumění (při nejmenším podle hodnocení subtestu Sluchové porozumění testu AAT).

Otázka, kterou nevyhnutelně ELT vyvolával, byla zaměřena na problematiku míry vázanosti testu na kulturu. Jeho základní užitečnost může být samozřejmě limitována, pokud by byl použitelný pouze v Nizozemsku. Autoři nicméně od počátku vývoje testu ELT věřili, že není mimořádně vázán na kulturní prostředí. V době zveřejnění testu ELT byla uskutečňována i cross-lingvistickou studii, která by měla vést k modifikacím originálních scénářů testu. Například stejné materiály mohou být používány jak v Evropě, tak i v Severní Americe.

Zatímco zde představená data neumožňují dostatečně jednoznačné závěry o hodnotě ELT jako nezávislého měřítka komunikační kapacity afatiků, na druhé straně byla silnou předzvěstí toho, že mohou sloužit právě k těmto později dalšími studii prokázáním účelům.

Autoři testu ELT navzdory pouze orientačnímu charakteru svých závěrů, představili své pilotní studie odborné veřejnosti, protože doufali, že budou v budoucnu schopni poskytnout další teoreticky průkazné údaje o testu. Věřili také, že test bude sloužit nejen jako diagnostický nástroj pro hodnocení a terapii, ale jeho význam bude i v roli potenciální pomůcky pro hodnocení jiných skupin pacientů.

6. CÍL PRÁCE A POUŽITÉ METODY A TECHNIKY

6.1. CÍL PRÁCE

Cílem diplomové práce je překlad nizozemského logopedického testu ANELT. Z tohoto vyplývají další dílčí cíle, prvním z nich je adaptace testu na české prostředí, dalším pak příprava tohoto materiálu pro pilotní výzkumy, které jak doufám budou v budoucnu východiskem pro standardizovanou verzi testu ANELT v českém jazyce.

Test ANELT, který vytvořil profesor Blomert se svým vědeckým týmem v roce 1994, je zaměřen na hodnocení úrovně a změny verbálních komunikačních dovedností pacientů s afázií.

Test ANELT je oblíben u afaziologické odborné veřejnosti po celé Evropě i v Severní Americe. V průběhu posledních let došlo k překladu a standardizaci testu ANELT také ve Švédsku (2004) a Německu (2007). Tento testový materiál je hojně využíván zejména pro svou jednoduchou administraci a praktické využití při diagnostice nejen v akutním stadiu onemocnění, ale i při pozdějším zjišťování účinků terapie a hodnocení pokroků pacientů s afázií v oblasti verbální komunikace.

Během čtyřměsíčního studijního pobytu v Nizozemsku v rámci programu LLP Erasmus jsem v Maastrichtu navštívila autora testu ANELT pana profesora Blomerta, který zde působí jako vedoucí vědecký pracovník na Maastrichtské univerzitě, Fakultě psychologie a neurologických věd.⁹⁹ Díky jeho velmi milému a vstřícnému přístupu se mi jej podařilo přesvědčit o smyslu mého záměru přeložit test ANELT do českého jazyka a připravit tak materiál pro možnou budoucí standardizaci testu v České republice. Pan Blomert mi pro účely diplomové práce poskytl nejen verze testu ANELT a materiály, které v souvislosti s testem publikoval v odborných zahraničních periodikách, ale také velmi podnětné rady a plán výzkumu, které jsou směrodatné při realizaci cílů diplomové práce.

Nizozemština není světovým jazykem, proto je překlad originální verze testu ANELT problematický. Po zvážení svých jazykových možností v oblasti Nizozemštiny i po konzultaci s panem Blomertem jsem se rozhodla pracovat s anglickou verzí testu

⁹⁹ **Leo Blomert**, Department of Cognitive Neuroscience, Faculty Psychology and Neuroscience, Maastricht University

ANELT. Z tohoto důvodu mi profesor Blomert, pro účely mé diplomové práce, dal k dispozici originální nizozemskou verzi testu ANELT v anglickém jazyce a americkou verzi testu ANELT.

U této americké verze, kterou pan Blomert připravoval během svého pobytu v USA a během mnohaleté spolupráce s Kalifornskou univerzitou v Irvine, nakonec nedošlo k finální standardizaci a vydání ve Spojených státech. I přesto rozsáhlý výzkum i výsledky bádání profesora Blomerta v rámci adaptace na americké kulturní prostředí, jsou dle autorova osobního názoru dostačující pro potřeby mé diplomové práce a mohou sloužit jako inspirace a návod pro českou adaptaci testu ANELT.

Cílem výzkumného projektu v rámci diplomové práce je i sběr dat, o verbálních reakcích obyvatel České republiky v každodenních situacích běžného života, získaných testováním přeložené verze Amsterdam Nijmegen Everyday Language Test (ANELT), které by měly být východiskem pro standardizaci tohoto testu na českou populaci. Konkrétně to znamená vyšetřovat, zkoumat a zhodnotit úroveň verbálních komunikačních dovedností u zdravých jedinců ve věku nad 50 let. Vzorek intaktních jedinců v této věkové kategorii jsem si zvolila z důvodu nejčastějšího výskytu postižení afázií právě ve věku nad 50 let.

6.2. METODY A TECHNIKY POUŽITÉ PŘI REALIZACI CÍLŮ PRÁCE

Hlavním cílem diplomové práce byl překlad nizozemského logopedického testu ANELT. Pro realizaci tohoto cíle jsem využila technik lingvistického překladu a následné techniky převodu testu do českého jazyka. To vše za snahy dodržet Pravidla k překladu a převodu vzdělávacích a psychologických testů dle směrnic Mezinárodní komise pro testy (ITC).¹⁰⁰

Pro realizaci dílčích cílů diplomové práce, tedy adaptace testu ANELT na české sociokulturní prostředí a přípravu tohoto materiálu pro pilotní výzkumy budoucí standardizace testu, jsem využila metod kvantitativního výzkumu.

„Kvantitativní výzkum je metoda standardizovaného vědeckého výzkumu, který popisuje jevy pomocí proměnných (znaků), které jsou sestrojeny tak, aby měřily určité vlastnosti. Výsledky takových měření jsou pak zpracovány a interpretovány, například

¹⁰⁰ viz kapitoly 4. 2 a 4. 3

*s využitím statistiky. Kvantitativní výzkum se oproti kvalitativnímu výzkumu zaměřuje na rozsáhlejší společenské otázky a zkoumá tedy větší okruh informací.*¹⁰¹

Během svého výzkumného šetření jsem využívala nejvíce metody rozhovoru, tedy přímé interakci s respondentem, při kterém mi účastníci výzkumu sdělily informace podstatné pro další analýzu dat vzešlých z výzkumného šetření. Předmětem rozhovoru byly například osobní údaje respondentů, jejich věk, vzdělání, lateralita nebo v případě pacientů s afázií, počet let uběhlých od jejich CMP.

Kvantitativní metodu rozhovoru jsem využívala i v interakci s pracovníky na Foniatrické klinice v Praze, kdy mi především klinická logopedka paní doktorka Eva Škodová sdělovala informace k jednotlivým pacientům, jejich diagnózu, osobnostní specifika a podobně.

Další využitou metodou kvantitativního výzkumu, byla především ve druhé a třetí fázi výzkumného šetření¹⁰², metoda analýzy dokumentů, konkrétně analýzy digitálních videozáznamů zachycujících verbální produkci účastníků výzkumu.

*„Výzkum je termín vztahující se k souboru systematických činností podle zvolených vědeckých metod, technik a procedur, sloužící ke zjištění nebo poznání nebo ověření vymezených jevů, hypotéz nebo teorií, jejich vztahů a platnosti. Za účel výzkumu považujeme deskripci, explanaci a případně exploraci a konfirmaci.*¹⁰³

Dle Palána (2002) stojí výzkum ve společenských vědách před základním úkolem, kterým je řešení určitého problému na základě shromážděných faktů, tedy spolehlivých, empiricky podložených informací o jevu. Předpokladem úspěchu výzkumu je pak správné a přesné vymezení otázek a nalezení objektivní metody sběru a vyhodnocení informací.

¹⁰¹ Palán, Z. *Základy Andragogiky*. Praha: VŠJAK 2002. [online] Portál www.volny.cz [cit 16:32; 13. 10. 2009]; Dostupné na World Wide Web: www.volny.cz/ajak-cl/file/Andragogicky_vyzkum.pdf

¹⁰² viz kapitola 7. Charakteristika výzkumného souboru; Schéma č. 2 a kapitola 8. Časový harmonogram

¹⁰³ **deskripce** = opis, popis; **explanace** = výzkum, terénní průzkum; **explorace** = na základě podrobného studia jevu v konkrétních přirozených podmínkách, docházíme k pojmům a hypotézám; **konfirmace** = předpokládá existenci teoretické hypotézy, která je výzkumem potvrzena (verifikace) nebo vyvrácena (falzifikace).

Palán, Z. *Základy Andragogiky*. Praha: VŠJAK 2002. [online] Portál www.volny.cz [cit 16:32; 13. 10. 2009]; Dostupné na World Wide Web: www.volny.cz/ajak-cl/file/Andragogicky_vyzkum.pdf

7. CHARAKTERISTIKA VÝZKUMNÉHO SOUBORU

Výzkumný soubor tvoří celkem 30 osob, konkrétně 16 mužů a 14 žen zařazených do 3 skupin dle probíhajících fází výzkumu. Všechny osoby byly starší než 50 let, z důvodu nejčastějšího výskytu afázie u osob v této věkové kategorii. Kritériem pro výběr výzkumného souboru osob byl kromě věku také český jazyk jako mateřská řeč.

V první fázi výzkumu, po ukončení realizace lingvistického překladu americké a nizozemské verze testu ANELT I. i ANELT II. a prvotní adaptaci na české sociokulturní prostředí, proběhlo testování se skupinou číslo 1. Tato skupina dobrovolníků byla složena z 5 neurologicky intaktních žen a 5 neurologicky intaktních mužů, ve věku od 51 do 74 let. Intaktní účastníci výzkumu ze skupiny č. 1 byli testováni oběma verzemi testu ANELT I. i ANELT II. (tedy všemi 20 otázkami). Výsledky tohoto testování jsem analyzovala a, s přihledem k ohlasům intaktních respondentů z testovací skupiny č. 1, upravila některé z otázek obou verzí testu ANELT I. i ANELT II.. Tím vznikla konečná pracovní verze testu ANELT do českého jazyka (ANELT I., obsahující 10 otázek).

V druhé fázi výzkumu, po vytvoření pracovní verze testu ANELT I. v českém jazyce, jsem prováděla testování se skupinou číslo 2, která byla složena stejně jako předešlá skupina č. 1 z 5 intaktních žen a 5 intaktních mužů, ve věku od 51 do 77 let.

Testování zdravých osob, tedy skupiny číslo 1 a 2, jsem prováděla individuální formou. Na začátku byla každé osobě účastníci se testování stručně představena povaha a cíl testování. Pokud se intaktní osoby chtěly zúčastnit vyšetření, dala mi osoba i souhlas s pořízením video nahrávky z vyšetření. Samostatné testování osob ze skupin číslo 1 a 2 nikdy netrvalo déle než 20 minut. K vyšetření jsem měla k dispozici záznamový arch testu ANELT I., předměty potřebné k testování a digitální fotoaparát s funkcí digitálního videozáznamu.

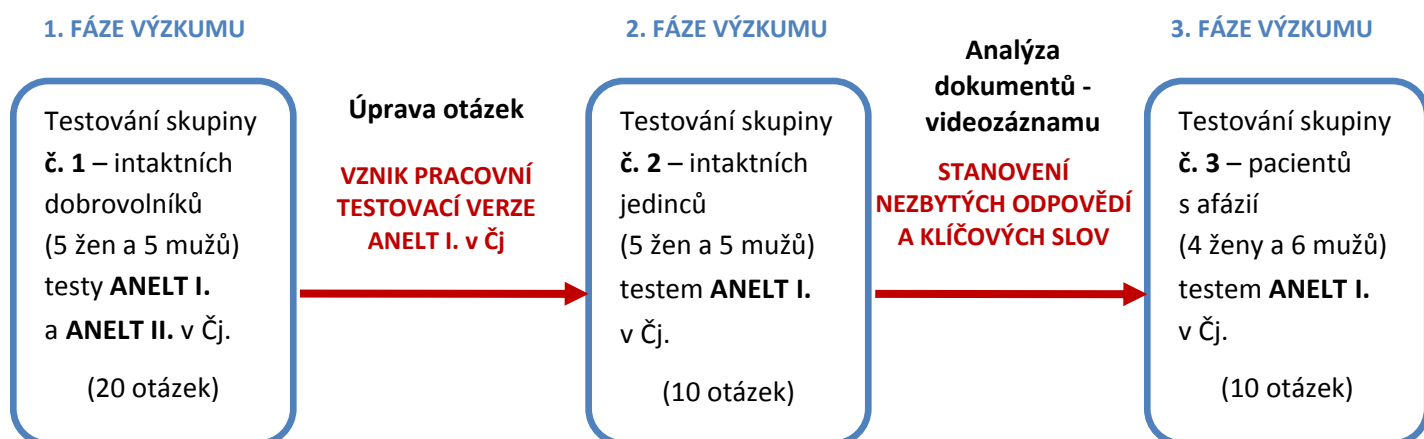
Další skupinou osob, která se účastnila výzkumu v jeho třetí fázi, byli pacienti s afázií. Testování těchto afatických klientů mi bylo umožněno na Foniatrické klinice v Žitné ulici na Praze 2. Po dohodě s přednostkou kliniky Docentkou MUDr. Olgou Dlouhou, CSc. a klinickou logopedkou PaedDr. Evou Škodovou, jsem testovala klienty

individuální formou při jejich pravidelných návštěvách klinického logopedického pracoviště.

Všechny pacienty s afázií jsem nejprve informovala o povaze a cíli testování diagnostickým materiálem ANELT I. S pacienty jsem také sepsala informovaný souhlasem, ve kterém ztvrdili písemně svůj souhlas s účastí na testování a s nahráváním jejich produkce na digitální fotoaparát.

Průběh testování afatických pacientů netrvalo nikdy déle než 30 minut. K vyšetření jsem měla k dispozici záznamový arch testu ANELT I., předměty potřebné k testování a digitální fotoaparát s funkcí digitálního videozáznamu.

Schéma č. 2: Fáze výzkumu a jejich náplň.



8. ČASOVÝ HARMONOGRAM

Tabulka č. 6: Časový harmonogram diplomové práce

ČASOVÝ HARMONOGRAM	MĚSÍC	ROK 2009										
		1.	2.	3.	4.	5.	6.	7.	8.	9.	10.	11.
Sběr literatury		■	■	■	■	■	■	■	■	■		
Studium literatury		■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	
Návštěva autora testu ANELT pana Blomerta v Maastrichtu					■							
Překlad materiálů od profesora Blomerta					■	■	■	■	■			
Lingvistický překlad testu ANELT do českého jazyka							■					
První adaptace testu ANELT do českého jazyka							■					
Výběr intaktních respondentů do skupin č. 1 a č. 2							■	■				
Testování první adaptace ANELT na intaktních (skupina č. 1)								■				
Analýza testování první adaptace ANELT se skupinou č. 1								■	■			
Tvorba pracovní verze ANELT v českém jazyce									■	■		
Testování pracovní verze ANELT na intaktních (skupina č. 2)										■		
Analýza testování pracovní verze ANELT se skupinou č. 2										■	■	
Výběr pacientů s afázií do skupiny č. 3										■	■	
Testování pracovní verze ANELT u pacientů s afázií (skupina č. 3)											■	
Analýza testování pracovní verze ANELT se skupinou č. 3												■
Skórování afatických pacientů												■
Analýza a interpretace výsledků												■
Přepřepřování dat do počítače												■

9. SBĚR A ANALÝZA DAT

Před zahájením samotného výzkumu jsem si stanovila 4 faktografické položky – věk, pohlaví, lateralita a vzdělání. Těmito položkami se ve svých výzkumech k testům ELT a ANELT¹⁰⁴ zabývá také profesor Blomert.

9.1. PRVNÍ FÁZE VÝZKUMU

V první fázi výzkumu, kdy byl ukončen lingvistický překlad americké a nizozemské verze testu ANELT I. i ANELT II., proběhla i prvotní adaptace na české sociokulturní prostředí. V této fázi práce s testovým materiálem došlo k úpravě několika otázek. Jednu z nich jsem byla dokonce nucena vyřadit a nahradit jiným scénářem. Jednalo se konkrétně o otázku č. 10 (v americké i nizozemské verzi testu ANELT I.):

„Jste v květinářství. Chcete poslat přítelkyni kytici květin. Jsem prodavačka v čistírně, co mi řeknete?“¹⁰⁵ Scénář této otázky dle mého názoru vzhledem k tématu, neodpovídá běžné životní situaci a zvyklostem obyvatel České republiky ve věkové hranici nad 50 let. Z tohoto důvodu jsem otázku číslo 10 nahradila v české verzi testu ANELT I. scénářem odehrávajícím se na nádraží, kdy má klient za úkol požádat u přepážky o jízdenku.¹⁰⁶ K podobné náhradě došlo ještě v několika úkolech ve verzi ANELT II., tyto otázky však nebyly předmětem dalších fází výzkumu v diplomové práci, proto se zde nebudu výčtem jejich úprav podrobně zabývat.

Respondenty účastnicími se první fáze výzkumu bylo 10 neurologicky intaktních osob, ve složení 5 mužů a 5 žen, ve věku od 51 do 74 let (průměrný věk = 62,3). Tito dobrovolníci z mého okolí byli pro účely výzkumu nazváni skupinou číslo 1 a testovala jsem je oběma přeloženými verzemi testu ANELT I. a ANELT II. Každý respondent mi tedy v průběhu testu odpovídal celkem ve 20 komunikačních scénářích a testování nikdy netrvalo déle než 20 minut. Většina členů skupiny č. 1 byli praváci (90%). Stupeň dosaženého vzdělání byl u respondentů různorodý a stejně tak paleta jejich profesí byla velmi pestrá (viz tabulka č. 7).

¹⁰⁴ viz kapitola 5.9.4: Schéma testu ELT; tabulka č. 3 (a) i (b)

¹⁰⁵ „You are at the florist. You want to have a bouquet of flowers delivered to a friend. I am the sale person. What do you say?“

(Blomert, L.. *Preliminary American version of ANELT*. Irvine: University of California 1995. str. 20)

¹⁰⁶ Tento komunikační scénář byl využit profesorem Blomertem v jeho výzkumu k testu ELT. (viz kapitola 5.9.4: Schéma testu ELT; tabulka č. 1: Otázky a vzorové odpovědi testu ELT.

Tabulka č. 7: Neurologicky intaktní respondenti ze skupiny č. 1

Osoba	Věk	Pohlaví	Lateralita	Vzdělání	Profese
RŠ	51	Ž	L	VŠ	manažerka
VD	53	M	P	VŠ	stavební inženýr
KR	53	Ž	P	SŠ	porodní asistentka
PK	54	M	P	VŠ	programátor
VK	60	Ž	P	SŠ	ekoložka
TS	65	Ž	P	VŠ	učitelka
SL	70	M	P	VL	kuchař
PT	71	M	L	SŠ	chemik
MK	72	Ž	P	SŠ	zdravotní sestra
MŠ	74	M	P	VL	instalatér

Výsledky testování skupiny č. 1 jsem analyzovala a s přihledem k ohlasům intaktních respondentů z této skupiny, jsem upravila některé z otázek obou verzí testu ANELT I. i ANELT II. Došlo například k drobným změnám formulace situačních scénářů v testu, nebo k jedné změně v pořadí otázek. Konkrétně otázkám číslo 9 a 10 bylo zaměněno pořadí, protože někteří z testovaných ve skupině č. 1 se zmiňovali o nápadně se opakujících scénářích, ve kterých figuruje postava souseda.

Závěrem první fáze výzkumu byl vznik konečné pracovní verze testu ANELT v českém jazyce (ANELT I.), obsahující 10 otázek, jež jsem používala k testování v dalších fázích výzkumu.

9.2. DRUHÁ FÁZE VÝZKUMU

V druhé fázi výzkumu jsem prováděla testování se skupinou číslo 2, která byla složena stejně jako předešlá skupina z 5 neurologicky intaktních žen a 5 neurologicky intaktních mužů, ve věku od 51 do 77 let (průměrný věk = 68,3). Většina intaktních respondentů byla pravorukých. Stupeň vzdělání členů skupiny a jejich profese byly opět různorodé. Všichni respondenti byli testováni pracovní verzí ANELT I. v českém jazyce, obsahující 10 komunikačních scénářů.

Samotné testování intaktních osob jsem, stejně jako s předešlou skupinou č. 1, prováděla individuální formou a trvalo v rozmezí od 6 do 10 minut. Na začátku byla každému respondentovi stručně představena povaha a cíl testování. Všechny osoby mi daly souhlas s pořízením video nahrávky z vyšetření. Při vyšetření jsem využívala vyhotovený záznamový arch testu ANELT I., předměty potřebné k testování¹⁰⁷ a digitální fotoaparát s funkcí digitálního videozáznamu.

Na základě způsobu odpovědí osob ze skupiny č. 2, byl odvozen skórovací systém pro ANELT I. Z odpovědí neurologicky intaktních respondentů jsem sestavila také seznam nezbytných odpovědí a klíčových slov pro každý ze scénářů.¹⁰⁸ Za každý scénář obdržel jedinec skór na A-škále odpovídající „přiměřenosti obsahu výpovědi“ a na B-škále hodnotící „srozumitelnost sdělení“.

Všichni respondenti ze skupiny č. 2 dosáhli na stupnici pro přiměřenost obsahu sdělení (A-škála) plný počet bodů a také skóre pro srozumitelnost výpovědi (B-škála) u nich bylo rovno maximu (viz tabulka č. 8). Toto zjištění je ve shodě s německými, nizozemskými i americkými výsledky, kde žádný respondent neskóroval méně než 1% pod maximem, a vyhovuje i patologickému kritériu.¹⁰⁹

Tabulka č. 8: Neurologicky intaktní respondenti ze skupiny č. 2

Osoba	Věk	Pohlaví	Lateralita	Vzdělání	Profese	Skór v ANELT	A-škála	B-škála	doba trvání testu (min)
KK	51	Ž	P	VŠ	učitelka	80	40	40	6
JT	57	M	P	SŠ	strojvůdce	80	40	40	9
TS	64	M	P	VŠ	učitelka	80	40	40	7
SP	67	Ž	P	VL	kuchařka	80	40	40	8
LK	71	Ž	P	SŠ	asistentka	80	40	40	7
KM	72	M	P	SŠ	účetní	80	40	40	8
MP	73	Ž	L	VL	servírka	80	40	40	10
ZK	75	Ž	P	SŠ	zdravotní sestra	80	40	40	8
JP	76	M	P	VL	automechanik	80	40	40	8
SK	77	M	P	VOŠ	voják	80	40	40	7

¹⁰⁷ viz příloha č. 1: Praktické předměty využívané při testování ANELT I. ANELT II.

¹⁰⁸ viz příloha č. 3 na CD: Klíčová slova a nezbytné odpovědi v testu ANELT I.

¹⁰⁹ viz kapitola 5.2.1.: Další cíle stanovené autory testu

9.3. TŘETÍ FÁZE VÝZKUMU

Na třetí fázi výzkumu se podílelo 10 pacientů s afázií zařazených do skupiny číslo 3. Všichni byli rodilí Češi a trpěli chronickou afázií (v době testování byli od 3 do 11 let po začátku onemocnění). Pro všechny z nich byl nástup afázie důsledkem cévní mozkové příhody (CMP). Žádný z nich netrpěl jinými neurologickými obtížemi. Věk testovaných osob s afázií se pohyboval od 53 do 83 let (průměrný věk: 66, 7 let). Čtyřem pacientům byla na základě předešlých komplexních vyšetření diagnostikována Brocova afázie (40%), dalším čtyřem byla diagnostikována anomická afázie (40%), dále se ve skupině vyskytovala jedna pacientka s Wernickeho afázií (10%) a jedna pacientka s globální afázií (10%).

Většina respondentů ve skupině č. 3 byla pravorukých (90%), pouze 1 byl levoruký (10%). Dle pohlaví byli členové skupiny rozděleni na 4 ženy (40%) a 6 mužů (60%). Tři respondenti dosáhli vysokoškolského vzdělání (30%), pět středoškolského (50%) a dva vlastnili výuční list (20%). Všichni afatičtí pacienti byli testováni pracovní verzí ANELT I. v českém znění.

Testování diagnostickým materiálem ANELT probíhalo s pacienty s afázií ve skupině č. 3 opět individuální formou a zabralo jim od 8 po 29 minut. Nejrychlejším respondentem mezi pacienty byl pan JS s anomickou afázií (8 min), oproti tomu nejvíce času pro odpovědi potřeboval pan JN s Brocovou afázií (29 min). Pro svůj výkon v testu potřeboval pan JN více času než je pro provedení testu dle profesora Blomerta obvyklé ¹¹⁰obvyklé. Bylo to zapříčiněno zejména obtížemi ve vyjadřování svých myšlenek, jež patří k projevům Brocovy afázie.

Popis pacientů včetně jejich jednotlivých skóre v ANELT je uveden v tabulce č. 9.

¹¹⁰ viz kapitola 5.2

Tabulka č. 9: Pacienti s afázií ze skupiny č. 3

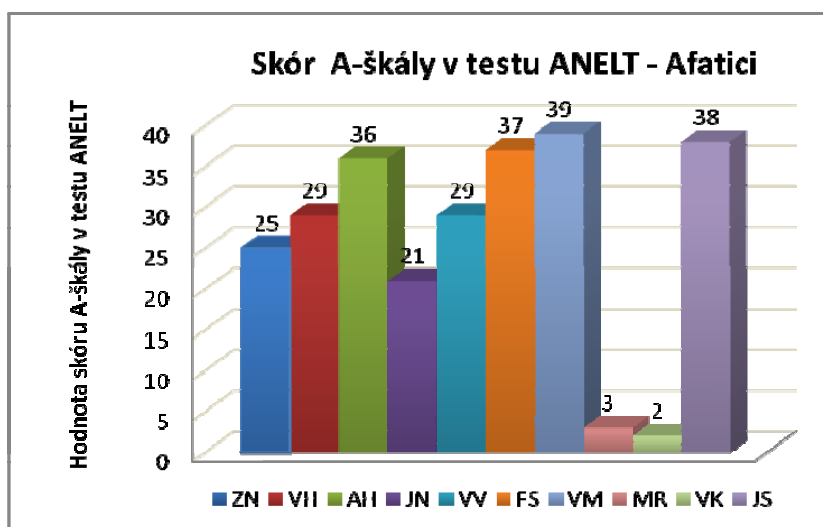
Osoba	Věk	RCMP ¹	Pohlaví	Lateralita	Vzdělání	Profese	Typ afázie	Skór ANELT	A-škála	B-škála	doba trvání testu (min)
ZN	67	11	M	P	VŠ	ekonom	Brockova	56	25	31	14
VH	69	3	Ž	P	SŠ	laborantka	Anomická	66	29	37	10
AH	63	5	Ž	P	SŠ	rehabilitační sestra	Anomická	76	36	40	9
JN	53	4	M	L	SŠ	recepční	Brockova	49	21	28	29
VV	70	5	Ž	P	SŠ	účetní	Wernickeho	67	29	38	21
FS	56	5	M	P	VL	autoelektrikář	Brockova	74	37	37	13
VM	77	3	M	P	VŠ	ekonom	Anomická	78	39	39	9
MR	83	3	M	P	VŠ	projektant	Brockova	10	3	7	14
VK	64	4	Ž	P	SŠ	designérka	Globální	10	2	8	13
JS	65	3	M	P	VL	řidič	Anomická	78	38	40	8

RCMP¹ ... Roky od CMP v době testování

Celková analýza a skórování výkonu pacientů s afázií probíhaly na základě pořízeného digitálního videozáznamu, k jehož pořízení mi dali pacienti písemný souhlas. Při přiřazování hodnot skóru na A-škále „přiměřenosti obsahu výpovědi“ i na B-škále hodnotící „srozumitelnost sdělení“ jsem se řídila pokyny k administraci a skórování testu ANELT.¹¹¹

Graf číslo 1 zobrazuje hodnotu skóru na A-škále u jednotlivých pacientů s afázií. Nejvyššího skóru na škále hodnotící přiměřenost obsahu výpovědi dosáhl pan VM, který získal celkem 39 bodů. Schopnost pana VM reagovat přiměřeně ve scénářích odpovídajících běžným denním situacím byla vyhodnocena jako „bez narušení“. Na A-škále dosáhl téměř maximálního počtu bodů. Oproti tomu nejnižší zjištěnou hodnotu skóru 2 body na A-škále získala paní VK. Její schopnost reagovat přiměřeně v komunikačních scénářích testu ANELT je velmi těžce narušena. Průměrná hodnota získaného skóru na A-škále u jedinců s afázií je rovna 25,9 bodům.

Graf č. 1: Skór pacientů s afázií na A-škále v testu ANELT

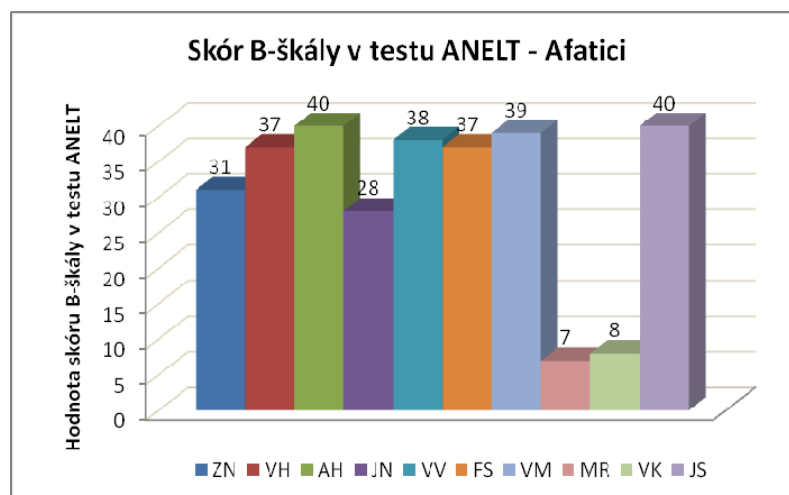


V grafu číslo 2 jsou zobrazeny hodnoty získané afatickými pacienty na B-škále v testu ANELT. Nejvyššího skóru na škále hodnotící přiměřenost obsahu výpovědi získali dva pacienti – paní AH a pan JS. Jejich skór na B-škále byl roven maximu 40 bodů. Schopnost srozumitelně vyprodukovat sdělení v rámci komunikačního scénáře v testu ANELT byla u těchto dvou respondentů „bez narušení“. Stejně byla zhodnocena proměnná „srozumitelnost sdělení“ u pana VM, který získal 39 bodů na B-škále. Nejnižší zjištěnou hodnotu skóru 7 bodů na B-škále získal pan MR. Jeho schopnost sdělit srozumitelně svou výpověď ve scénářích testu ANELT je velmi těžce narušena.

¹¹¹ viz kapitola 5.6 Průvodce pro administraci testu ANELT a kapitola 5.7 Průvodce ke skórování.

Průměrná hodnota získaného skóru na B-škále je rovna 30, 5 bodům. Schopnost vyprodukovat srozumitelně sdělení je tedy u zkoumaného vzorku pacientů s afázií vyšší než jejich schopnost reagovat přiměřeným způsobem v komunikačních scénářích testu ANELT.

Graf č. 2: Skór pacientů s afázií na B-škále v testu ANELT



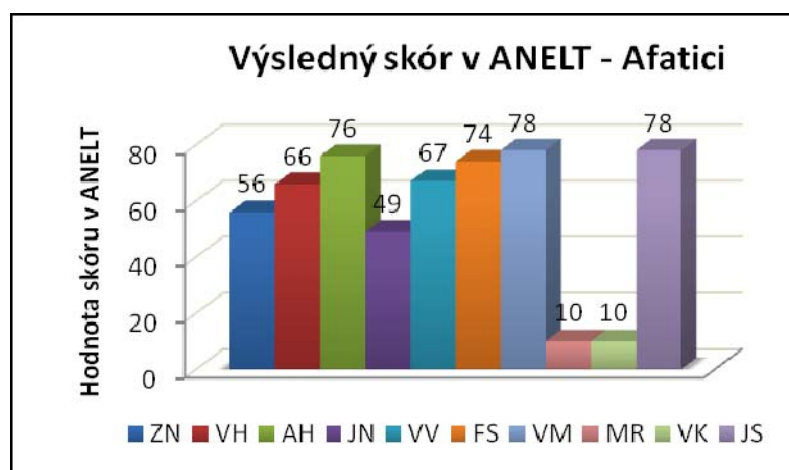
Celková výsledná hodnota skóru v testu ANELT, která byla u každého z respondentů získána součtem skóru v A-škále a B-škále, je zaznamenána v tabulce číslo 3.

Nejlepšího výsledku a tedy nejvyšší úroveň schopnosti efektivně verbálně reagovat v situacích běžného života prokázali v testu ANELT dva afatictí – pánové VM a JS.

Podarilo se jim v celkovém součtu získat 78 bodů v testu ANELT. Nejnižšího celkového skóru rovnému 10 bodům, dosáhli také dva pacienti s afázií a to pan MR a paní VK.

Jejich schopnost adekvátně a efektivně reagovat v komunikačních situacích testu ANELT je velmi těžce narušena. Průměrná hodnota celkového skóru v testu ANELT je u pacientů rovna 56, 4 bodů.

Graf č. 3: Výsledný skór pacientů s afázií v testu ANELT



10. DISKUSE

Z výsledků výzkumu a jejich prezentace v předchozích kapitolách vyplývá, že hlavní stanovený cíl diplomové práce, kterým byl překlad nizozemského testu ANELT, byl splněn.

Při samotném procesu překladu testu ANELT do českého jazyka bylo třeba se vyvarovat četným úskalím. Lingvistický překlad jednotlivých otázek v testu ANELT bylo nutné upravit a přizpůsobit sociokulturnímu prostředí v České republice. Velký problém přinesl fakt, že mnoho slov má v angličtině, nizozemštině a češtině rozdílnou četnost výskytu a úroveň obtížnosti. Autoři testu ANELT formulovali komunikační scénáře tak, aby byly lehce představitelné a srozumitelné pro dospělé pacienty s afázií, kteří mají zejména při těžších formách onemocnění narušenou schopnost porozumět instrukci. Proto jsem se při adaptaci otázek do českého jazyka, snažila zachovat jednoduché, místy až strohé formulace komunikačních scénářů v testu. V tomto směru mi nebyl příliš ku pomoci ani fakt, že v českém jazyce prakticky neexistuje literatura, která by nabízela pravidla a metodické návody pro překlad a práci s cizojazyčnými testy. Z první části výzkumu provedeného s intaktními dobrovolníky vyplynulo, že formulace komunikačních scénářů v obou verzích testu ANELT I. a ANELT II. jsou pro respondenty srozumitelné a ilustrují situace v běžném každodenním životě obyvatel České republiky ve věkové hranici nad 50 let. Po analýze výsledků první části výzkumu jsem pouze změnila pořadí několika úkolů v testu, které mělo spíše formální důvod.

Další fáze diplomové práce umožnila realizace dílčích cílů, tedy adaptace testu ANELT na české prostředí. Testování neurologicky intaktních jedinců ze skupiny č. 2, kteří byli dotazováni sérií deseti komunikačních scénářů z verze ANELT I., přineslo výstup v podobě vytvoření skórovacího systému pro test ANELT I. Tato skórovací škála byla sestavena na základě způsobu odpovědí osob ze skupiny č. 2. Za každý scénář obdržel jedinec skór na A-škále odpovídající „přiměřenosti obsahu výpovědi“ a na B-škále hodnotící „srozumitelnost sdělení“.

Ve třetí fázi výzkumu bylo na základě testování deseti pacientů s afázií zjištěno, že afatici nemají žádné problémy hrát své role ve fiktivních scénářích prezentovaných v českém překladu testu ANELT. Z analýzy třetí fáze výzkumu také vyplynulo, že bylo

splněno patologické kritérium testu ANELT, které potvrdilo, že je diagnostický materiál chopen odlišit intaktní jedince bez narušené komunikační schopnosti a pacienty s afázií, kteří trpí obtížemi efektivně komunikovat v situacích běžného života. Ve výzkumu se podařilo dodržet i všechny vytyčené faktografické položky.

Výsledky testování afatických pacientů také potvrdily vhodnost zařazení praktických předmětů v některých scénářích testu ANELT. Zejména u pacientů, kteří trpěli těžší formou onemocnění, a narušení jejich fatických funkcí bylo rozsáhlejší, využívali téměř vždy při formulacích svých verbálních výpovědí praktických předmětů.¹¹²

¹¹² viz příloha 1: Praktické předměty používané při testování ANELT

ZÁVĚR

Ve své práci jsem představila nizozemský logopedický test ANELT a vývojový proces, reprezentovaný zahraničními výzkumy, díky kterým mohl standardizovaný Amsterdam-Nijmegen Everyday Language Test vzniknout.

Na základě nastudované české a zahraniční literatury jsem přeložila ANELT do českého jazyka a vytvořila jeho prvotní adaptaci na naše jazykové prostředí, která jak doufám, bude následována dalšími výzkumy, jež umožní plnou standardizaci testu ANELT v České republice.

Vzhledem k tomu, že je v našich podmínkách nedostatek literatury mapující problematiku afázie, zaměřila jsem se na studium zahraničních materiálů, především anglicky psaných, které mi umožnily hlubší vhled do tématu současných trendů v diagnostice fatických funkcí u afatických pacientů.

Ve fázi překladu diagnostického materiálu ANELT jsem postrádala také odbornou literaturu, která by nabízela metodické návody, jak pracovat s cizojazyčnými jazykovými testy. Při vytváření jazykové mutace, odpovídající i sociokulturním podmínkám v České republice, jsem se řídila osobními zkušenostmi, znalostí reality životních podmínek a zvyků osob ve věkové hranici nad 50 let a především výsledky výzkumu s intaktními dobrovolníky ze skupiny č. 1.

Přínosem praktické části práce bylo ověření platnosti jazykové mutace testu ANELT. Pilotní výzkum prokázal, že je možné test využívat k diagnostice verbálních komunikačních dovedností osob s afázií. Bylo splněno také patologické kritérium, které potvrdilo, že je test schopen odlišit intaktní jedince bez narušené komunikační schopnosti a pacienty s afázií mající potíže s verbální komunikací v situacích běžného života.

Práce přináší prostřednictvím přeloženého materiálu ANELT další impuls do logopedické diagnostiky jedinců s afázií. Výstup z orientačního logopedického vyšetření by měl být podložen výsledky testového diagnostického materiálu, které v praxi po klinických logopedech vyžadují pojišťovny. ANELT svým nenáročným provedením a rychlou administrací je vhodný právě pro zhodnocení v akutní fázi onemocnění pacienta, stejně jako v následné chronické fázi, kdy je test schopen

změřit pokroky, které pacient během terapie učinil. Tímto faktem může diagnostický materiál ANELT přispět i k vytvoření efektivního terapeutického plánu. Logopedická terapie by měla být zaměřena, především u chronických pacientů, na zlepšení komunikačních kompetencí, důležitých pro schopnost obstát v každodenní komunikaci a navrátit se tak plně do běžného života.

11. SEZNAMY

11.1. SEZNAM LITERATURY

- Atkinson, R. L. *Psychologie*. Praha: Portál 2003. ISBN 80-7178-640-3.
- Blomert, L. *Amsterdam-Nijmegen Everyday Language Test*. Audiologopedisk Forening. Trykt hos Skovs Trykleri, Varderde. Sweden, Kobenhavn 1989. str. 73-77. ISBN 87-88417085.
- Blomert, L., Kean, M. L., Koster, C., & Schokker, J. *Amsterdam-Nijmegen Everyday Language Test: Construction, reliability and validity*. Amsterdam: Aphasiology 1994, 8, 381-407. ISBN 978-1-84169-828-1.
- Blomert, L. *Amsterdam-Nijmegen Everyday Language Test: Preliminary American version of ANELT*. Irvine: University of California 1995. (Od profesora Blomerta zapůjčená kopie interního materiálu University of California)
- Blomert, L. *Who's the "expert"? Amateur and professional judgement of aphasic communication*. Topics in stroke rehabilitation. Volume 2, Nb. 3, An Aspen Publication 1995. str. 64-71. ISSN 1074-9357.
- Blomert, L., Kean, M. L., Koster, C., Mier, van H.. *Verbal communication of aphasic patients: Everyday Language Test*. Amsterdam: Aphasiology 1987, 6, 463-474. ISBN 978-1-84169-859-5.
- Blomert, L. *What functional assessment can contribute to setting goals for aphasia therapy*. Aphasiology 1990, 4, 307-320. ISBN 978-1-84169-898-4.
- Cséfalvay, Z. a kol. *Terapie afázie. Teorie a případové studie*. Praha: Portál 2007. ISBN 978-80-7367-316-1.
- Cséfalvay, Z. *Terapie afázie*. In LECHTA, V. a kol. *Terapie narušené komunikační schopnosti*. Praha: Portál 2005. ISBN 80-7178-961-5.
- Dvořák, J. *Logopedický slovník: terminologický a výkladový*. Žďár nad Sázavou: Logopedické centrum 2001. ISBN 80-902536-2-8.
- Hambleton, R. K. The Next Generation of the ITC Test Translation and Adaptation Guidelines. *European Journal of Psychological Assessment*, Vol. 17, No. 3., 2001, Hogrefe & Huber Publishers. str. 164-172. ISBN-0-7923-9070-9.

- Klenková, J. *Logopedie*. Praha: Grada 2006. ISBN 80-247-1110-9.
- Klenková, J. a kol. *Terapie v logopedii*. Brno: MU 2007. ISBN 978-80-210-463-0.
- Kraus, J. a kol. *Nový akademický slovník cizích slov A-Ž*. Praha: Academia 2005. ISBN 80-200-1351-2.
- Kulišťák, P., Lehečková, H., Mimrová, M., Nebudová, J. *Afázie*. Praha: Triton 1997. ISBN 80-85875-38-1.
- Kulišťák, P. *Neuropsychologie*. Praha: Portál 2003. ISBN 80-7178-554-7.
- Lechta, V. a kol. *Diagnostika narušené komunikační schopnosti*. Praha: Portál 2003. ISBN 80-7178-801-5.
- Lechta, V. a kol. *Logopedické repetitorium*. Bratislava: Slovenské pedagogické nakladatelstvo 1990. ISBN 80-08-00447-9.
- Lechta, V. a kol. *Terapie narušené komunikační schopnosti*. Praha: Portál 2005. ISBN 80-7178-961-5.
- Linhart, J. *Slovník cizích slov pro nové století*. Litvínov: Dialog 2002. ISBN 80-85843-61-7.
- Mimrová, M. *Afázie – soubor cvičných textů pro reedukaci afázie*. Praha: Triton 1998. ISBN 80-85875-81-0.
- Neubauer, K. a kol. *Neurogení poruchy komunikace u dospělých*. Praha: Portál 2007. ISBN 978-80-7367-159-4.
- Neubauer, K. *Poruchy řečové komunikace u dospělých osob*. Asociace klinických logopedů České Republiky 1997. ISBN 80-6793-157-5.
- Novák, A. *Foniatric a pedaudiologie III. Základy fyziologie a patofyziologie řeči, diagnostika a léčba poruch řeči*. Praha: Unitisk 1997. ISBN 80-239-1986-5.
- Pelikán, J. *Základy empirického výzkumu pedagogických jevů*. Praha: Karolinum 1998. ISBN 80-7184-569-8.
- Pipeková, J. (ed.) *Kapitoly ze speciální pedagogiky*. Brno: Paido 2006. ISBN 80-7315-120-0.
- Přinosilová, D. *Diagnostika ve speciální pedagogice. Texty k distančnímu vzdělávání*. Brno: Paido 2007. ISBN 978-80-7315-157-7.

- Rádlová, E. *Speciálně pedagogická diagnostika*. Ostrava: Montanex 2004. ISBN 80-7225-114-7.
- Siegenhalter, W, et al. *Diferenciální diagnostika vnitřních chorob*. Praha: Aventinum 1995. ISBN 80-85277-40-9.
- Standardy pro pedagogické a psychologické testování. Praha: Testcentrum 2001. 1. české vydání publikace American Educational Research Association, American Psychological Association, National Council on Measurement in Education. ISBN 80-86471-07-1.
- Svoboda, M. *Psychologická diagnostika dospělých*. Praha: Portál 1999. ISBN 80-7178-327-7.
- Škodová, E., Jedlička, I. *Klinická logopedie*. Praha: Portál 2007. ISBN 978-80-7367-340-6.
- Čecháčková, M. *Afázie*. in Škodová, E., Jedlička, I. *Klinická logopedie*. Praha: Portál 2007. ISBN 978-80-7367-340-6.
- Neubauer, K. *Diagnostika v klinické praxi*. in Škodová, E., Jedlička, I. *Klinická logopedie*. Praha: Portál 2007. ISBN 978-80-7367-340-6.

INTERNETOVÉ ZDROJE

- <http://www.innovact.co.za/>
- <http://en.wikipedia.org/wiki/>
- <http://abudehur.wz.cz/psycho/psydgn%20deti-vypisky.doc>.
- http://is.muni.cz/elportal/estud/pedf/js09/orl/web/pages/8_4_logopedicka_diagnostika.html... Základy Otolaringologie a foniatrie pro studenty speciální pedagogiky
- www.aphasia.org
- <http://emedicine.medscape.com/article/1135944-overview>
- <http://cs.wikipedia.org>
- <http://www.sciencedirect.com/>
- <http://www.medicine.mcgill.ca/> Canadian stroke network

- Crystal, David. *Profiling Linguistic Disability*. London: Edward Arnold, 1982. ISBN 13-9781870332934. [online] Portál books-express.co.uk [cit 11:45; 31. 10. 2009]
Dostupné na World Wide Web:
<http://www.books-express.co.uk>
- Frattali M., Carol. *Measuring outcomes in speech-language pathology*. New York Theme 1998 333 7th Ave., New York, NY 10001.
Dostupné na World Wide Web:
<http://books.google.cz/books>
- Košťálová, M. Validace české experimentální verze screeningového testu afázií. Článek [online] Portál klinickalogopedie.cz [cit 23: 11; 26. 10. 2009]
Dostupné na World Wide Web:
<http://www.klinickalogopedie.cz/>
- Palán, Z. *Základy Andragogiky*. Praha: VŠJAK 2002. ISBN 80-86723-03-8.
[online] Portál www.volny.cz [cit 16:32; 13. 10. 2009]
Dostupné na World Wide Web:
www.volny.cz/ajak-cl/file/Andragogicky_vyzkum.pdf
- Velký lékařský slovník [online] Portál LEKARSKE.SLOVNIKY.cz [cit 14:31; 25. 10. 2009]
Dostupné na World Wide Web:
<http://lekarske.slovniky.cz/>
- Wikipedia [online] Portál wikipedia.org [cit 10:19; 28. 10. 2009]
Dostupné na World Wide Web:
<http://cs.wikipedia.org/wiki/>

11.2. SEZNAM TABULEK

Tabulka č. 1: Stupně verbální komunikační poruchy	65
Tabulka č. 2: Otázky a vzorové odpovědi testu ELT	72 - 73
Tabulka č. 3 (a): Osoby s Brocovou afázií	74
Tabulka č. 3 (b): Osoby s Wernickeho afázií	75
Tabulka č. 4: Průměrné hodnoty a směrodatné odchylky pro N-škálu a C-škálu v testu ELT	76
Tabulka č. 5: Nové a přepracované položky testu ELT	77
Tabulka č. 6: Časový harmonogram diplomové práce	87
Tabulka č. 7: Neurologicky intaktní respondenti ze skupiny č. 1	89
Tabulka č. 8: Neurologicky intaktní respondenti ze skupiny č. 2	90
Tabulka č. 9: Pacienti s afázií ze skupiny č. 3.	92

11.3. SEZNAM SCHÉMAT

Schéma č. 1: Skóry v testu ANELT a jejich vzájemné vztahy	51
Schéma č. 2: Fáze výzkumu a jejich náplň	86

11.4. SEZNAM GRAFŮ

Graf č. 1: Skór pacientů s afázií na A-škále v testu ANELT	93
Graf č. 2: Skór pacientů s afázií na B-škále v testu ANELT	94
Graf č. 3: Výsledný skór pacientů s afázií v testu ANELT	94

11.5. SEZNAM PŘÍLOH

Příloha č. 1: Praktické předměty využívané při testování ANELT I. a ANELT II.	
Příloha č. 2: Otázky testu ANELT I. (na CD)	
Příloha č. 3: Klíčová slova a nezbytné odpovědi v testu ANELT I. (na CD)	
Příloha č. 4: Přepis průběhu testování diagnostickým materiálem ANELT I. (na CD)	