

**Univerzita Karlova v Praze**

**1. lékařská fakulta**

Studijní program: Specializace ve zdravotnictví

Studijní obor: Ergoterapie

ID studijního oboru: BER

**Prošková, Markéta**

**Zaměření ergoterapeutické intervence u osob s poruchou expresivní složky  
verbální komunikace na funkční komunikaci**

*Využití neverbální komunikace jako hlavního terapeutického prostředku*

**Direction of Occupational Therapy Intervention in Persons with Expressive  
Disorder of Verbal Communication for Functional Communication**

*Usage of Nonverbal Communication as Main Therapeutic Instrument*

Typ závěrečné práce

(Bakalářská – Magisterská – Doktorská)

Vedoucí závěrečné práce: Mgr. Eva Krýlová

Konzultant závěrečné práce: Bc. Olga Nováková

Datum práce  
Praha, 26.6.2009

**Poděkování:**

Chtěla bych poděkovat vedoucí bakalářské práce, paní Mgr. Evě Krýlové, a konzultantce bakalářské práce, paní Bc. Olze Novákové, za vedení, cenné poznámky, odborné připomínky, podněty a náměty. Také bych chtěla poděkovat paní Márii Krivošíkové, M.sc. za připomínky k formální stránce bakalářské práce.

Dále bych chtěla poděkovat ergoterapeutce paní Mgr. Kateřině Svěcené, která mi umožnila absolvovat odbornou praxi na Klinice rehabilitačního lékařství, kde mi ponechala prostor pro samostatnou práci s pacienty, ověření si teoretických znalostí a zpracování praktické části bakalářské práce.



**Prohlášení:**

Prohlašuji, že jsem závěrečnou práci zpracovala samostatně a že jsem uvedla všechny použité informační zdroje.

V Praze, 26.6.2009

Podpis:

## **Identifikační záznam:**

PROŠKOVÁ, Markéta. *Zaměření ergoterapeutické intervence u osob s poruchou expresivní složky verbální komunikace na funkční komunikaci: Využití neverbální komunikace jako hlavního terapeutického prostředku. [Direction of Occupational Therapy Intervention in Persons with Expressive Disorder of Verbal Communication for Functional Communication: Usage of Nonverbal Communication as Main Therapeutic Instrument.]*. Praha, 2009. 42 s., 11 příl. Bakalářská práce. Univerzita Karlova v Praze, 1. lékařská fakulta, Klinika rehabilitačního lékařství 1. LF UK 2009. Vedoucí bakalářské práce Mgr. Eva Krýlová.

## **Abstrakt:**

Práce se zabývá funkční komunikací u osob s chronickou expresivní fatickou poruchou. Za tímto účelem zmiňuje využití prostředků neverbální komunikace k jejímu zlepšení. Je rozdělena do dvou částí, teoretické a praktické. V teoretické části se věnuje propojení funkční komunikace s ergoterapií a logopedií, definuje funkční komunikaci, zabývá se problematikou fatických poruch, popisuje jednotlivé způsoby neverbální komunikace a způsoby jejich osvojování. Praktická část obsahuje záznam práce se třemi pacienty s chronickou expresivní afázií za účelem zvýšení funkční komunikace. Součástí praktické části je popis metodologie, který blíže vysvětluje a zdůvodňuje použité postupy. Intervence s pacienty probíhala na přelomu května a června 2009 na Klinice rehabilitačního lékařství v Praze a je zaznamenána v kasuistikách. Výstupem praktické části bylo zhotovení dvou komunikačních pomůcek (obrázkové knihy a kartičky popisující druh fatické poruchy). Ergoterapeutická intervence potvrdila pozitivní vliv vizuálně-motorických a vizuálních neverbálních prostředků pro podporu funkční komunikace. Dále se práce věnuje tématu funkční komunikace jako standardní součásti ergoterapeutického procesu. Práce poukazuje na nutnost zahrnutí funkční komunikace do ergoterapeutického procesu. Současně však vybízí k tvorbě dalších výzkumů v této oblasti.

## **Klíčová slova:**

Neverbální komunikace

Alternativní a augmentativní komunikace

Funkční komunikace

Expresivní afázie

Ergoterapie

Logopedie

### **Abstract**

The work occupy by functional communication in humans with expressive chronic aphasia. For this purpose mention usage of nonverbal communication means for improvement of functional communication. The work is separated into two parts, the theoretical part and practical part. In theoretical part it pursues interconnection among functional communication, occupational therapy and speech therapy, defines functional communication, occupies by questions of fatigue impairments, describes various ways of nonverbal communication and also ways of their learning. In practical part it includes notation of work with three patients with expressive chronic aphasia for purpose of improvement of functional communication. There is a description of methodology which approximates the process used in practical part. The intervention with patients proceeded in the end of May and in June in 2009 in Clinic of rehabilitation medicine in Prague and is notified in case studies. The output of practical part was origination of two communication aids (the picture book and card which describes fatigue impairment). The occupational therapy intervention confirms a positive influence of visual-motoric and visual nonverbal means for facilitation of functional communication. The work also attends to functional communication as a standard part of occupational therapy process. Although there is point out in the work that functional communication should be a part of occupational therapy process, there is also stimulate for need other investigations in this area.

### **Key words:**

Nonverbal communication

Alternative and augmentative communication

Functional communication

Expressive aphasia

Occupational therapy

Speech therapy/ logopadia

## **Obsah**

### TEORETICKÁ ČÁST

1. Úvod.....	9
2. Přehled literatury.....	10
2.1. Funkční komunikace a její hodnocení.....	10
2.2. Fatické poruchy.....	13
2.3. Kdy je vhodné použít neverbální komunikaci.....	16
2.4. Druhy neverbální komunikace.....	18
2.5. Jak postupovat při osvojování neverbální komunikace.....	23

2.6. Závěr teoretické části.....	25
<b>PRAKTICKÁ ČÁST</b>	
3. Cíl praktické části.....	28
4. Metodologie.....	28
4.1. Výběr osob.....	28
4.2. Vyšetření.....	30
4.3. Terapie.....	33
5. Výsledky.....	33
5.1. Kazuistika I.....	33
5.2. Kazuistika II.....	38
5.3. Kazuistika III.....	43
6. Diskuze.....	47
7. Závěr.....	51
8. Seznam literatury.....	53
9. Přílohy.....	56

### **Seznam příloh**

Příloha č. 1 a): Klasifikace nonfluentních afází na základě hodnocení testem WAB .....	57
Příloha č. 1 b): Klasifikace fluentních afází na základě hodnocení testem WAB.....	57
Příloha č. 2: Model jazykových procesů.....	58
Příloha č. 3: Gesta.....	59
Příloha č. 4: Ukázka využití piktogramů při nákupu oblečení.....	60
Příloha č. 5: Ukázka komunikace pomocí kresby.....	60



Příloha č. 6 a): Vyšetření vizuální paměti.....	61
Příloha č. 6 b): Vyšetření vizuální paměti se slovní asociací.....	61
Příloha č. 7: Vyšetření pozornosti.....	62
Příloha č. 8: Vyšetření zrakových gnostických funkcí.....	63
Příloha č. 9: Dotazník funkční komunikace.....	64
Příloha č. 10: Ukázka informační kartičky týkající se fatické poruchy.....	66
Příloha č. 11: Ukázka obrazové komunikační pomůcky.....	67

# Teoretická část

## 1. Úvod

Ergoterapeut je členem multidisciplinárního rehabilitačního týmu, ve kterém má každá profese svou určitou úlohu, sleduje dané onemocnění či postižení z jiného úhlu. Tým je schopen se postarat o pacienta celostně neboli komprehensivně. Ergoterapeut zastupuje v týmu aspekt funkčnosti a soběstačnosti člověka v reálném prostředí. Nejdůležitější cíl ergoterapeutického procesu je co nejvíce osamostatnit pacienta od pomoci druhých, v ideálním případě i od pomoci jakýchkoli kompenzačních pomůcek nebo postupů a plně mu

navrátit ztracené či pomoci získat nevyvinuté funkce. Podle mého vnímání cílů ergoterapie je návrat ztracených funkcí až sekundární záležitostí. Ergoterapeut musí primárně zajistit pacientovu funkčnost v reálném prostředí. Dané tvrzení je možné rovněž převést na oblast komunikace. Pak by v kompetencích ergoterapeuta mělo být i zaměření na tzv. funkční komunikaci.

Již od prvního ročníku studia ergoterapie mě velmi zaujala problematika kognitivních, konkrétně fatických funkcí, a proto jsem se těmto tématům chtěla věnovat ve své bakalářské práci. Po vybrání si původního velmi obecného tématu, které znělo pouze *Neverbální komunikace*, jsem chtěla psát práci o vlivu tréninku a rozvoje neverbální komunikace na kognitivní funkce u dětí. Po zamyšlení se nad tématem s vedoucí práce paní Mgr. Evou Krýlovou ovšem vzniklo úplně nové téma, a to *Zaměření ergoterapeutické intervence u osob s poruchou expresivní složky verbální komunikace, Využití neverbální komunikace jako hlavního terapeutického prostředku*.

Pokud pacient není schopen sdělit své potřeby, požádat si o pomoc, vyjádřit svůj názor či sdělit nějakou obavu, má toto všechno výrazný dopad na psychosociální a funkční stránku jeho osobnosti. Obnova fatických funkcí bývá dlouhodobou záležitostí, která je převážně v kompetenci klinického logopeda. Myšlenka funkční komunikace však nabízí prostor pro spolupráci ergoterapeuta s logopedem z důvodu jejich společného zájmu. Otázkou pro ergoterapeuta je, jakým způsobem zajistit funkční komunikaci v přechodném období, než-li se navrátí v dostatečné míře funkční verbální komunikace, nebo v období, kdy se z pacienta stává tzv. chronický afatik, na kterého běžná terapie řeči má již velmi malé, nebo dokonce žádné, účinky. Zde se nabízí využít možností neverbální komunikace, která by se však v tomto případě měla nazývat spíše alternativní či augmentativní komunikací. Alternativní komunikace je systém komunikace, který se používá jako náhrada verbální komunikace, augmentativní komunikace je systém, který doplňuje nedostatečnou verbální komunikaci

Mým cílem v této práci bude upozornit na uplatnění ergoterapeuta v rámci funkční komunikace a na propojení zájmů klinické logopedie a ergoterapie. Dle Mahendra (2004) je funkční komunikace definovaná jako komunikační dovednost používaná v každodenním životě. Zde můžeme vidět určitou paralelu mezi jednou z hlavních domén ergoterapie, kterou jsou aktivity denního života (ADL).

Uvědomuji si, že s velkou pravděpodobností bude mít ergoterapeut, který doporučí pacientovi možnosti využívání neverbální komunikace, potíže s motivací pacienta pro tento způsob komunikace, jež ve většinové společnosti mluvících lidí není považován za přirozený.

Také si uvědomuji, že lidé s poškozením mozku často mívají kombinované postižení, a proto aplikace neverbální komunikace nemusí být vždy jednoduchá a vhodná. Přesto se jedná o další terapeutické možnosti, kterými je možné významně zvýšit pacientovu soběstačnost a kvalitu života.

Rozhodla jsem se zaměřit tuto bakalářskou práci na chronické afatiky s expresivní afázií, ačkoli si jsem vědoma, že využití neverbální komunikace za účelem funkční komunikace je možné aplikovat v celém spektru komunikačních poruch. Fatické poruchy dále rozvedu v samostatné kapitole. Zde bych ještě uvedla, kdo je chronický afatik dle literatury. Např. Robey (1998, in Cséfalvay 2007: 83) rozdělil afatiky ve svém výzkumu následovně: do tří měsíců od vzniku afázie se jedná o akutní afázii, od tří měsíců do jednoho roku od vzniku afázie o postakutní afázii a nad jeden rok od vzniku afázie o chronickou afázii. V bakalářské práci budu vycházet z tohoto dělení.

V praktické části vyzkouším ergoterapeutickou intervenci zaměřenou na funkční komunikaci s využitím neverbální komunikace s pacienty, kteří budou splňovat podmínky dle zaměření mé bakalářské práce. Jedná se o expresivní afázii s dostatečně zachovalou schopností porozumění verbálnímu projevu. Cílem praktické části bude vyhodnotit, zda takto zvolená komunikace je z hlediska funkční komunikace efektivní, a zda došlo ke zvýšení soběstačnosti v aktivitách ADL.

## **2. Přehled literatury**

### **2.1. Funkční komunikace a její hodnocení**

Cséfalvay (2005: 207, 208, 212) uvádí, že v současné době jsou dva hlavní přístupy terapie afázie: kognitivně-neuropsychologický přístup a funkcionalistický přístup. Zároveň upozorňuje na v současné době sílící trend zaměřování se na funkční komunikační schopnosti a dovednosti. Daný trend se začal rozvíjet především od 80. let 20. stol., kdy začala vznikat celá řada pragmaticky orientovaných škol. Cséfalvay (2005: 210) dále uvádí: „*Díky funkcionálně orientované terapii se pozornost přesunula z roviny poškození, resp. deficitu (impairment), do roviny narušené schopnosti (disability).*“ V této souvislosti bych ráda připomněla, že v roce 1980 byla rovněž publikována mezinárodní klasifikace International Classification of Impairments, Disabilities and Handicaps, v níž se objevila vlna inovačních pohledů zaměřených především na otázky funkčnosti jedince v reálném prostředí.

Drummond a Boss (2002: 41) odkazují na práce Ylvisakera (1992), Freunda a kol. (1994) a Adamoviche (1998), které uvádí, že funkční komunikace může být narušena buď

v důsledku fokální léze zapříčiňující afázii či dysartrii, nebo v důsledku difúzního poškození mozku, jenž s sebou většinou přináší tzv. kognitivně-komunikační poruchy. Jedná se tedy o poruchy komunikace v důsledku poškození kognice, pozornosti, paměti, informačních procesů a behaviorálních změn.

Dle Halla a Alexandera (1974 in Torkelsen, Lynch, 1979: 51) mohou mít lidé s porušenou funkčností komunikace významné psychosociální problémy. Příkladem může být ztráta chtěných vztahů počínaje scházením se s lidmi, přes vyloučení skupinami a konče silnou sociální izolací. Dále se mohou setkávat s lítostí druhých a potížemi při řízení běžných aktivit denního života. Torkelsenová a Lynch (1979: 51) je dále ještě doplňují o další problémy, které jsou spojené s diskriminací v zaměstnání (např. v důsledku neschopnosti telefonovat, či plnohodnotně komunikovat s nadřízenými nebo spolupracovníky).

Rao (1993) zmiňuje, že funkční komunikace je záležitost individuální. Komunikační požadavky se budou lišit dle vzdělání pacienta, zaměstnání a jeho rodinných a sociálních rolí. Rao také odkazuje na Atena (1986), dle kterého musí funkční komunikace „brát v úvahu vážnost komunikační poruchy, pacientův premorbidní životní styl a výsledný stav, ve kterém bude osoba nakonec pobývat“. Cséfalvay (2005: 210) se rovněž zmiňuje, že komunikace vždy probíhá v určitém socio-kulturním kontextu, a jedině pokud budeme pacienta v tomto kontextu sledovat, můžeme posuzovat jeho zvládnutí komunikačních situací. Zde se tedy nabízí otázka hodnocení funkční komunikace.

Přístupy zaměřené na funkční komunikaci započaly svůj rozmach především v 80. letech 20. století. Poprvé s myšlenkou hodnocení funkčních komunikačních schopností přišla Martha Taylor Sarnová, a to v 60. letech 20. století. V roce 1969 publikovala diagnostický přístup *Functional Communication Profil* (FCP), který byl založen na hodnocení komunikace afatiků v reálných komunikačních situacích. Test obsahuje 45 komunikačních facilitovaných situací, ve kterých se kromě produkce a porozumění řeči, čtení a psaní hodnotí také pohyb a gesta. (Cséfalvay, 2003: 218 – 219) Tento test byl v roce 2003 revidován Larry I. Kleimanem (FCP – R).

Roku 1980 Audrey L. Hollandová vytvořila nový test, a to *Communicative Abilities in Daily Living* (CADL), jehož zaměření se vztahovalo na následující oblasti: obsah a forma (produkce a porozumění řeči), kognice (počopení kauzálních vztahů) a pragmatická rovina (používání řeči při hře rolí). Vyhodnocování jednotlivých testovaných oblastí se řídí mírou úspěšnosti komunikace v kontextu. (Cséfalvay, 2003: 219) Jeho nová verze (CADL – 2) vznikla roku 1999 a podíleli se na ní Hollandová, Fratalli a Fromm. (Cséfalvay, 2005: 211)

Tento test je v zahraničí velmi populární, Cséfalvay (2003: 219 – 220) však poukazuje na složitost aplikace testu v České republice a na Slovensku, a to z důvodu časté sociální izolace afatiků. Následně dodává, že pro naše společenské podmínky by byl nejvhodnější poměrně nový test *The Communicative Effectiveness Index* (CETI) z roku 1989. Jeho autorem je J. Lomas, který vychází z Hollandové. Test je založen na hodnocení komunikace osobou pacientovi blízkou, např. manželkou. Tato osoba sdělí terapeutovi její hodnocení určitých komunikačních situací, kterých Lomas zvolil celkem 16 (např. smysluplně používat ano, ne). Lomas (1989, in Cséfalvay, 2003: 219 – 220) tvrdí, že přirozenou situaci nelze v klinické praxi napodobit.

Laudová (2003: 562) se rovněž zmiňuje, že v diagnostice komunikačních schopností jsou velmi důležité informace od osob pacientovi blízkých. Na výhody testu CETI upozorňuje i Bakheit (2005: 290), který zdůrazňuje, že pouze pacientovi nejbližší znají nejlépe premorbidní komunikační dovednosti pacienta. Na druhé straně zvažuje myšlenku, zda daný test má stejnou výpovědní hodnotu v akutní i chronické fázi afázie.

Právě Bakheit, Carrington, Griffiths a Searle (2005) dělali studii, zda v anglických zemích nejrozšířenější test na hodnocení afázie WAB (Western Aphasia Battery) koreluje s funkčním hodnocením komunikace CETI. Výzkum byl proveden na 67 pacientech s afázií v akutním a subakutním stádiu. Pacientům bylo oběma testy zhotoveno vstupní vyšetření a poté byli testováni po 4, 8, 12 a 24 týdnech terapie, která zahrnovala porozumění a produkci mluvené i psané řeči. Pacienti byli také povzbuzováni, aby používali při komunikaci gesta. Korelační koeficient<sup>1</sup> byl při vstupním vyšetření 0,70, po čtyřech týdnech 0,67, po osmi týdnech 0,53, po dvanácti týdnech 0,66 a po 24 týdnech 0,68. Jinými slovy vyšla poměrně vysoká pozitivní korelace mezi oběma testy, tedy v akutní a subakutní fázi je možné výsledky jednoho testu považovat za prediktivní pro výsledky testu druhého.

Na jiné výsledky ovšem přišel tým Aftonomos, Steele, Appelbaum a Harris (2001 in Bakheit, 2005: 290), kteří sledovali korelaci těchto dvou testů na chronických afaticích. Zatímco jim vyšla silná pozitivní korelace mezi testy při vstupním vyšetření, korelace mezi testy na konci terapie byla mírně negativní. Tento jev vysvětluje Bakheitova studie (2005: 290) jako možnost, že v chronické fázi afázie již nedochází tolik ke zlepšování poruchy, ale

---

<sup>1</sup> Korelace znázorňuje vztah mezi dvěma procesy nebo veličinami, korelační koeficient může nabývat hodnot od -1 po +1. Čím více se blíží +1, tím je mezi veličinami větší přímá úměra (pokud stoupá jedna veličina, stoupá i druhá), čím více se blíží -1, tím je mezi veličinami větší nepřímá úměra (jedna veličina klesá a druhá stoupá), pokud je korelační koeficient roven 0, neexistuje mezi veličinami žádný lineární vztah. (zdroj: <http://www.pdf.cuni.cz/kpsp/skalouda/korelace.doc> )

naopak se lidé více adaptují na změněné komunikační podmínky, proto se více zlepšují funkční komunikační dovednosti.

I Hollandová (1982, in Cséfalvay, 2007: 80) přišla s tvrzením, že zlepšení skóre v pojmenování předmětů nemusí znamenat zlepšení funkční komunikace a naopak.

## **2.2. Fatické poruchy**

Jak jsem již uvedla v úvodu, cílem mé práce je využít k dosažení funkční komunikace neverbální prostředky. Aby takováto kompenzace byla efektivní, musí terapeut správně interpretovat charakter fatické poruchy, mít představu o její příčině a být schopen zhodnotit další limitace pacienta. Poruchy komunikace jsou hodnoceny různými způsoby. Jedno z dělení se zabývá posuzováním základních čtyř jazykových rovin. Takové dělení používá např. Rádlová (2007: 11). Jsou to:

- rovina foneticko-fonologická – představuje zvukovou stránkou řeči
- rovina lexikálně-sémantická – představuje schopnost využívat svou aktivní a pasivní slovní zásobu
- rovina morfologicko-syntaktická – představuje schopnost správně užívat gramatické kategorie daného jazyka a spojovat jazykový materiál do celků
- rovina pragmatická – představuje schopnosti vyjádřit různé komunikační záměry v sociálních kontaktech.

V případě pragmatické roviny se jedná o to, zda je určitá osoba schopna volit a využívat efektivní strategie komunikace v určitém sociálním kontextu, tedy zda se nespolehá na jediný způsob komunikace, např. pouze verbální komunikaci. Každý člověk by měl efektivně uplatňovat při komunikaci všechny komunikační možnosti, které má k dispozici tak, aby docílil kýženého komunikačního záměru. (Cséfalvay, 2007: 67 – 70) Komunikační schopnosti patřící do pragmatické roviny jsou tedy nejdůležitější v rámci funkční i neverbální komunikace.

U osob s afázií způsobenou ložiskovými lézemi bývá pragmatická rovina většinou nejvíce zachovaná. Právě naopak tomu bývá u osob s difúzním poškozením mozku, kde dle slov Cséfalvaye (2005: 223) *jsou pragmatické „zručnosti“ zranitelnější než např. lexikální rovina jejich řeči*. Z tohoto vyplývá, že využití pragmatické roviny komunikace u afatiků by mělo být nejefektivnější metodou pro funkční komunikaci.

Co se týká fatických poruch, zde existuje několik jejich klasifikací. Nejuznávanější klasifikace je v současné době tzv. Bostonská klasifikace (viz příloha č. 1). Základním

měřítkem afázií je pro ni fluence řeči. Mezi další kritéria patří např. úroveň porozumění verbálním projevům. (Cséfalvay, 2007: 49 – 51) Těžké poruchy porozumění se objevují u globální, Wernickeovy, smíšené transkortikální a transkortikální sensorické afázie, ve výjimečných případech i u Broccovy afázie. Lehké až středně těžké narušení porozumění může být u transkortikální motorické afázie. Lehké narušení se může objevit u konduktivní nebo amnestické afázie. (Cséfalvay, 2007: 18) Jiným způsobem rozdělil fatické poruchy v 70. letech 20. století Lurija (1973), který navíc do své klasifikace zahrnul i aspekt dalších neuropsychologických funkcí. Neuropsychologické funkce jsou dle Luriji propojené a výpadek jedné funkce může způsobit výpadky funkcí jiných.

Lurija v publikaci *Základy neuropsychologie* zdůrazňuje souvislost dominantní hemisféry s verbálními funkcemi a nedominantní hemisféry s vnímáním a kognitivními procesy, které nejsou vázány na verbální funkce. Jeho teorie tak podporuje předpoklady pro využívání neverbální komunikace afatiky (viz níže). Nyní uvedu příklady jednotlivých lokalizací lézí, které dle Luriji dokazují odlišnou úlohu hemisfér v rámci verbálních a neverbálních funkcí.

Zatímco při lézi sekundárních<sup>2</sup> zrakových oblastí v levé hemisféře vzniká optická agnozie pro rozpoznávání písmen projevující se následně především poruchou čtení, při lézi této oblasti v pravé hemisféře dochází k poruchám rozpoznávání předmětů nebo obličejů (prosopagnozii). (Lurija, 1973: 170 – 171) Léze levého temporálního laloku, kde se nacházejí sekundární oblasti vnímání sluchu, způsobuje poruchu přesného rozlišování zvuku řeči, ačkoli mají tito lidé sluch zachovaný. Při masivní lézi vnímají řeč jako nediferencované šумы, při menší lézi nejsou schopni rozeznávat např. určité fonémy<sup>3</sup>. Tento stav Lurija označuje jako řečovou akustickou agnozií. Při lézi pravého temporálního laloku tento stav nevzniká, naopak se objevuje porucha vnímání složitých rytmických zvuků. Jedná se o tzv. sensorickou amuzii. (Lurija, 1973: 179 – 180) Léze střední části levého temporálního laloku vyvolává tzv.

---

<sup>2</sup> V případě sensorických a senzitivních funkcí začíná zpracovávání signálů v primárních oblastech, kde se signály, které do nich putují „rozpadají“ a detailně zpracovávají. Do sekundárních oblastí přicházejí signály z primárních oblastí. Zde se znovu skládají po detailní analýze a zpracovává se zde ucelený vjem z určité modalit. Dále signály putují do terciálních oblastí, kde dochází k jejich integraci s jinými modalitami a výsledkem je komplexní vnímání všech modalit současně. V případě motorického systému je postup opačný, tedy proces začíná v terciální oblasti a poté putuje přes sekundární oblasti do primárních. (zdroj: Lurija, 1973)

<sup>3</sup> Foném = nejmenší součást zvukové stránky řeči, která má rozlišovací funkci v systému konkrétního jazyka. Každý jazyk má odlišnou sadu fonémů. (zdroj: <http://cs.wikipedia.org> )



akusticko-amnestickou afázií, při které dochází k poruše sluchové paměti, kdy dotyčný není schopen zopakovat několik po sobě jdoucích slov. (Lurija, 1973: 184 – 186)

Při lézi terciálních oblastí temporo-occipitální oblasti dominantní hemisféry dochází k tzv. amnestické afázií, která je charakteristická problémy při vybavování si slov (zejména podstatných jmen). Na rozdíl od akusticko-amnestické afázie zde pomáhá nápověda první slabiky slova. U amnestické afázie jsou typické tzv. parafázie, neboli záměny fonémů, slabik či slov. Podle Lurijy (1973: 196 – 197) je princip amnestické afázie zřejmě v tom, že nedochází při vybavě významu slova k jeho oddělování od vedlejších vazeb (např. klient má říct slovo nemocnice a řekne slovo škola, jelikož má daná slova zařazená do stejné skupiny slov označujících veřejná zařízení). Dále se při takto lokalizované lézi objevují poruchy prostorové orientace, které se promítají jak do oblastí kognitivních, tak fatických funkcí, kdy postižená osoba nechápe gramatické struktury, jazykové, logické a abstraktní vztahy apod. (Lurija, 1973: 96 – 97, 121) Při lézi terciálních oblastí temporo-occipitální oblasti nedominantní hemisféry dochází také k poruchám prostorové orientace, které ale ovlivňují hlavně gnostické a praktické funkce. Častým příznakem bývá ignorování levé poloviny zrkového pole, tzv. neglect syndrom, který někdy bývá spojený i s nevnímáním levé poloviny vlastního těla. (Lurija, 1973: 199)

Léze sekundárních sensorických oblastí v levé hemisféře zodpovědných za kinestezii tváří, rtů a jazyka se může projevit v poruše organizace pohybů řečového aparátu, dle Lurijy nazývané aferentní motorická afázie. (Lurija, 1973: 206) Pokud dojde v levé hemisféře k lézi premotorických oblastí odpovědných za organizaci řečových pohybů, dochází k poruše Lurijou nazývané eferentní motorická afázie. (Lurija, 1973: 212)

Z výše uvedeného vyplývá, že podle Lurijy téměř jakékoli poškození dominantní hemisféry s velkou pravděpodobností vytvoří určité poruchy v impresivní nebo expresivní řeči a poruchy funkcí, které s řečí souvisí (např. pojmenování viděného předmětu). Poškození nedominantní hemisféry vytvoří spíše poruchy v oblastech zrkové gnose, vnímání vlastního těla, prostorové orientace apod. Tedy u osob s lézemi na levé hemisféře s poruchami komunikace je z hlediska adaptačního přístupu vhodné využívat potenciál pravé hemisféry, který do té doby nemusel být zcela využíván.

Jiný systém interpretace řečových poruch vychází z kognitivně-neuropsychologického přístupu, který se na rozdíl od čistě neuropsychologického, jehož primárním zájmem je mozek, zajímá především o „architekturu“ psychických procesů. (Cséfalvay, 2007: 25) Takový systém byl popsán např. Kayem, Lesserovou a Colheartem v roce 1996. Jedná se o

tzv. modulový systém. Není jediný svého druhu, podobně k psychickým funkcím přistupují i jiní autoři a odlišnosti bývají většinou minimální. Systém je znázorněn v příloze č. 2. Jednotlivé moduly znázorněné obdélníky jsou jednak soubory určitých informací a na druhé straně v nich probíhají procesy zpracovávání informací. Šipky znázorňují přístupy, neboli propojení mezi moduly. Ze zmíněného vyplývá, že porucha může být buďto v rámci modulu (tzv. degradace modulu) nebo v rámci přístupu. Degradace modulu může být úplná nebo částečná, která bývá častější. Příkladem takové poruchy je vybavení si jen části slova. Příklad pro poruchu v přístupu je případ, kdy v určité situaci si pacient slovo nevybaví a v jiné ano, ačkoli se jedná o identické slovo. (Cséfalvay, 2005: 212 – 214)

### **2.3. Kdy je vhodné použít neverbální komunikaci**

Rao (1993) rozděluje funkční poruchy, při kterých může dojít k poruše komunikace následovně: afázie, dysartrie, apraxie, agnosie a RHCI (right hemisphere communication impairment). Ke každé z nich navrhuje klíčový léčebný přístup. U afázie se jedná o terapii jazyka, u dysartrie o terapii motoriky řeči, u apraxie o terapii volní kontroly řeči, u agnosie o trénink rozpoznávání a u RHCI se jedná o trénink komunikace, který v důsledku funkcí sídlících v pravé hemisféře je vlastně tréninkem neverbálních komunikačních dovedností. Z hlediska adaptačního přístupu pak můžeme volit neverbální komunikaci u afázií a dysartrií.

Jak jsem již zmínila v kapitole o funkční komunikaci, významně mohou do komunikačních schopností zasáhnout poruchy kognitivních funkcí, které mohou komunikační schopnosti narušit samy o sobě. Dle mého názoru je třeba tedy pečlivě zvažovat, zda zaměřit terapii na osvojování neverbálních dovedností u osob s určitými kognitivními poruchami. V každém případě je třeba se zamyslet, jaký může mít určitá kognitivní porucha dopad na konkrétní techniku neverbální komunikace. Při využívání znakování či gest může být komplikující např. výše zmíněná apraxie. Samotný proces učení komunikačních dovedností mohou ovlivnit poruchy pozornosti či paměti. Vzhledem k tomu, že se jedná o komplikující faktory, je třeba také počítat s delším terapeutickým působením.

Podobně se můžeme dívat i na poruchy funkcí exekutivních, ke kterým dochází při lézích ve frontální oblasti. Z hlediska využívání neverbální komunikace se může jednat o velmi zásadní překážky. Lurija (1973: 240 – 244) např. popisuje problémy pacientů při analyzování významu obrázků, kdy nejsou schopni rozpoznat obrázek jako celek, ale vyhodnocují jen určité detaily.

Ráda bych též upozornila na poruchy impresivní komunikace, ačkoli se jimi v rámci mé práce nebudu hlouběji zabývat. U těchto poruch vidím komplikaci za prvé ve zpětné vazbě a za druhé v procesu učení. Co se týká zpětné vazby, pacient nemusí vždy v komunikaci správně vnímat, zda byl pochopen. Z tohoto důvodu jsem také omezila práci jen na poruchy expresivní komunikace.

Na využívání neverbální komunikace je možné se dívat i z hlediska prevence sociální izolace (viz kapitola Funkční komunikace) a tzv. naučené pasivity spočívající v tom, že o sobě pacienti nechávají rozhodovat druhými. Obě situace brání v dalším rozvíjení člověka. (Cséfalvay, 2007: 67)

Pro některé typy neverbální komunikace mohou být komplikující motorické poruchy nebo poruchy cití, a to především hlubokého. Je třeba si uvědomit, že zmíněné typy poruch bývají s poruchami komunikace velmi často spojené.

Laudová (2003: 562 – 563) uvádí položky, které by měl terapeut vyšetřit pro zvolení vhodného terapeutického postupu. Jsou to: rozumění signálům neverbální komunikace, rozumění řeči, současné způsoby komunikace a jejich úspěšnost, vyjadřování ano/ne, zrakové a sluchové vnímání, rozumění symbolům a případné čtenářské dovednosti, úroveň motoriky, motivace ke komunikaci, sociální dovednosti, emoční projevy a chování, kognitivní schopnosti, způsob trávení času, očekávání pacienta a osob v jeho okolí.

Fristoe a Lloyd (1978, in Hurlbut, 1982: 242) ovšem upozorňují, že při volení určité alternativní či augmentativní metody komunikace, není možné vycházet pouze ze schopností a dovedností pacienta, ale je třeba se zaměřit i na slabé a silné stránky každé komunikační metody. Efektivní metodu můžeme vybrat především tehdy, budeme-li si uvědomovat určité charakteristiky, které daná metoda má, např. rychlost a úspěšnost osvojování, generalizovatelnost, nároky na abstraktní myšlení atd. V následující kapitole rozvedu jednotlivé neverbální komunikační metody s jejich charakteristikami.

#### **2.4. Druhy neverbální komunikace**

Kvalitativně mluvenou řeč a psaný projev, který je rovněž součástí verbální komunikace a často spolu s ní je narušený, nejlépe nahradí znaková řeč. Ta je tvořena znaky a prstovou abecedou, které jsou doplňovány mimikou a gesty. K vyjádření znaku se používá jedna nebo obě ruce v určité pozici. (Mrzílková, Ostatková, 1993: 2) Pro pacienty, kterým se věnuji v této bakalářské práci, není vhodné užívání prstové abecedy, jelikož vyžaduje expresivní znalost slov a schopnost jejich vyhláskování. Výjimku tvoří používání číslovek.

Termín znaková řeč zahrnuje český znakový jazyk a znakovanou češtinu a vychází ze *Zákona č. 155/1998 Sb. o znakové řeči a změně dalších zákonů*. Český znakový jazyk je přirozený jazyk se svojí slovní zásobou a gramatikou, který vznikl v komunitě Neslyšících, zatímco znakovaná čeština je uměle vytvořený jazyk společností slyšících, který vychází z českého jazyka a snaží se o její co nejpřesnější překlad do znakové řeči využívající i prvky z českého znakového jazyka. (Redlich, 2003) Zákon upravuje *používání znakové řeči jako jazykového prostředku neslyšících*. O možnostech využívání určité formy znakové řeči i jinými osobami s poruchami komunikace se nezmiňuje.

Otázkou je, pro jaký typ pacientů bude tento způsob komunikace vhodný. Jedná se o vizuálně-motorický způsob komunikace, který vyžaduje vysokou úroveň motoriky HKK (adekvátní rozsah aktivních pohybů, svalovou sílu nejméně ve stupni tři – lépe větší kvůli unavitelnosti, neporušenou koordinaci pohybů a taxi). Zde máme první problém, na který je třeba myslet. Druhým problémem je uvědomit si základní vlastnosti znakové řeči. Jakákoli její forma je druh jazyka, který má svou gramatickou strukturu, v případě českého znakového jazyka navíc jinou než u češtiny. Člověk, který má expresivní poruchu řeči, může mít narušeno i vnímání gramatických struktur a jazykové logiky. (Macurová, 2001) Může pro něj být problém jak používání znakové češtiny, tak především osvojování si českého znakového jazyka, jenž má navíc svou unikátní gramatiku. Proto bych se při volení znakové řeči spíše klonila k využívání znakové češtiny, a to i z kulturních důvodů. O vhodnosti znakové češtiny pro slyšící osoby s těžkým řečovým postižením, které jsou bez výrazného pohybového omezení rukou, se zmiňuje i Laudová (2003: 565).

Jednodušší variantou využití znakování je komunikační systém Makaton. Nejedná se pouze o znakovací systém, ale může rovněž zahrnovat využívání grafických symbolů a mluvené řeči. Smyslem je docílit co nejefektivnější komunikace. Cílem Makatonu není osvojení si tohoto systému jako konečné formy komunikace, ale podpora řeči nebo úplné a obsáhlé znakové komunikace (řeči). (Walker, 1987: 2) Název Makaton je složené slovo z prvních slabik jmen autorů systému: Margaret Walker, Kathy Johnston, Tony Cornforth. Systém byl původně navržen na začátku 70. let pro neslyšící dospělé lidi s mentálním postižením, kteří žili v institucionální péči. V současné době se využívá v široké škále komunikačních poruch. První výběr slovní zásoby byl vytvořen v letech 1970 až 1972 a byl odvozen z pozorování komunikačních situací mezi pečovateli, instruktory, klienty instituce a jejich spoluobyteli. Osvojování komunikace dle Makatonu bylo rozděleno do osmi stupňů dle komunikačních priorit a komplexnosti. V letech 1974 až 1976 byl Makaton uveden do

škol určených dětem s mírnými až těžkými komunikačními vadami a jinými přidavnými poruchami, aby se ověřila a vyzkoušela navržená slovní zásoba a rozvržení do osmi stupňů. Většina slovní zásoby se ukázala jako vyhovující pro obě skupiny (dospělí i děti). Dále došlo k doplnění o devátý přidavný stupeň slovní zásoby, ve kterém je kladen důraz na individuální potřeby slovní zásoby každého jednotlivce. (Walker, 1987: 3 – 4)

Makaton je komunikační systém založený na základní slovní zásobě tvořící v současné době cca 350 slov. V původním provedení využívá znaky převzaté z anglického znakového jazyka doplněné mluvenou řečí, pokud je to možné. Pro osoby s těžkým fyzickým postižením byl doplněn o systém symbolů. Jedinec používající Makaton může využívat všech tří modalit dorozumívání. Každá země, jenž začala Makaton využívat, převzala pouze slovní zásobu a znaky si doplnila dle svého národního znakového jazyka. Zjednodušení oproti klasickému znakovému jazyku spočívá v tom, že se neznakuje vše, ale jen klíčová slova, systém má omezenou slovní zásobu, je doplněn o další modalities komunikace a znaky mohou být individuálně zjednodušeny dle schopností jedince. V případě, že by pacient nebyl schopen rozvoje mluvené řeči, může postupně přejít na komunikaci pomocí znakového jazyka, pokud mu to jeho potenciál umožní. (Walker, 1987: 4 – 7)

Některé znaky Makatonu používá i systém Znak do řeči. Opět se jedná o vícemodální komunikační systém využívající mluvenou řeč doplněnou o vyznakovaná některá slova. V České republice systém začala rozvíjet jako speciálně-pedagogickou metodu Kubová, Pavelková a Rádková, které se s ním seznámily v rámci stáže v Dánsku. (Kubová a kol., 1999) V originále se systém jmenuje TTT (Teng til tale) a byl vytvořen dánským speciálním pedagogem Larse Nygardem. (Beerová, 2005) Pedagog tak může nejen rozvíjet komunikaci dítěte, které je podněcováno, aby doplňovalo nedostatečnou řeč znaky, ale také touto cestou podporuje větší porozumění dítětem. Člověk, který komunikuje zmíněnou metodou s postiženým jedincem, v začátku znakuje jen nejdůležitější slovo z věty a později znakuje ve větě slov více podle potřeby postiženého jedince. Většina znaků je volena tak, aby znázorňovaly charakteristické rysy předmětu, nebo napodobovaly práci s předmětem, jež znázorňují. Znaky často vychází z běžných gest. Při znakování se klade důraz i na rytmičtější znakuje dle rytmičky slova. Jedná se o poměrně jednoduchý znakovací systém, jehož hlavním smyslem je podpořit především porozumění prostřednictvím vizualizace. (Kubová a kol., 1999) Proto si myslím, že by tento systém mohl být využíván komunikačními partnery v případě poruch impresivní komunikace, nebo pacienty s expresivní poruchou, kteří mají částečně zachované verbální schopnosti a potřebují jen pomoci pro zpřesnění informací.

Nejpřirozenější způsob neverbální komunikace využívající v podstatě znakování je komunikace gesty. Jejich výhodou je, že se jedná o komunikační signály laické společnosti, které jsou poměrně dobře známé a mnohdy velmi snadno odvoditelné. Klein (1998: 6) ovšem upozorňuje, že význam gesta je vždy dán sociálním kontextem, souhrou všech ostatních komponent (např. mimikou, která jeho význam může zcela změnit) a také kulturním kontextem. Klein (1998: 7 – 8) také zmiňuje dělení gest na ilustrativní (pouze doplňují mluvenou řeč a jejich význam je velice chudý), gesta sémantická (jsou vždy jednoznačně přeložitelná do mluveného jazyka) a gesta akustická (např. potlesk či lusknutí prsty). Klein zhotovil slovník sémantických gest, jejichž významy vznikly na základě posouzení 804 muži a 916 ženami (převážně vysokoškolskými studenty z Prahy). Gesto je dle Kleina sémantické, pokud se na totožném sémantickém významu shodlo alespoň 50% respondentů. Rozdělil v něm gesta do sedmi skupin podle částí těla, které jsou do nich zapojená. Je to zajímavé kritérium, které může být užitečné tam, kde jsou určité pohybové limitace (ukázka viz příloha č. 3). Slovník může sloužit jako užitečná pomůcka při terapii. Pro nácvik gest bych navrhla využívat verbálních pokynů, imitací, ale i obrázků s gesty. Pro maximální zefektivnění můžeme všechny modalities zkombinovat.

Další způsoby neverbální komunikace jsou založeny na grafických znacích a obrázcích. Patří sem např. systém Bliss, piktogramy, VOCS či komunikační tabulky (viz níže). Všechny zmíněné systémy jsou využívány v rámci speciální pedagogiky, zvláště u dětí s mentální retardací nebo autistickými rysy. Beerová dělala roku 2005 dotazníkovou studii, ve které ji zajímalo, jaké alternativní a augmentativní komunikační systémy se používají v ČR nejvíce na přípravných stupních ZŠ. Nejčastěji jsou používány piktogramy, které využívá 96% respondentů, na druhém místě se umístil Znak do řeči s 61%, následně Makaton s 59%, Bliss s 31%, Obrazové komunikační symboly s 30%, Facilitovaná komunikace s 27% a poslední byl VOCS s 15%. Dle mého názoru je zajímavé zamyslet se nad možností využívání obrázkových komunikačních systémů i u osob s afázií, jelikož z důvodu častých přidružených motorických problémů mohou být významným východiskem pro funkční komunikaci.

Pro piktogramy se v zahraničí využívá název PIC (Pictogram Ideogram Communication) a charakteristické pro ně je, že se jedná o bílý obrázek na černém pozadí. (Beerová, 2005) Jejich výhodou je, že redukuje obtíže v diskriminaci figury a pozadí. (Laudová, 2003: 567) V České republice tuto problematiku rozpracovala Kubová (1997), která vydala učebnici i metodickou příručku piktogramů. I Kubová se zaměřila na možnosti práce s piktogramy v rámci speciální pedagogiky u dětí s mentální retardací nebo autismem.

Nabízí různé nácvikové a herní aktivity, které rozvíjejí porozumění piktogramům, rozvoj zrakově gnostických funkcí a používání piktogramů. Uvádí i příklady, jak mohou piktogramy sloužit jako kompenzační pomůcky při kognitivních poruchách i při komunikaci (viz příloha č. 4).

S piktogramy se pracuje stejně jako s tzv. Obrazovými komunikačními symboly (PCS – Picture Communication Symbols). Jedná se o systém vyvinutý firmou Mayer-Johnson a spočívá v tvorbě komunikačních tabulek z barevných nebo černobílých obrázků, k jejichž tvorbě slouží software Boardmaker. (Beerová, 2005) Na piktogramy nebo obrázky PCS, které mohou být různě umístěny a utříděny, pacienti ukazují, nebo využívají různá elektronická ukazovátka ovládaná spínači (např. šipku). Pacienti mohou mít zvýrazněný jeden prst (např. nalakovaný nehet, puntík fixem), kterým ukazují, pokud nejsou schopni vykonávat izolované pohyby prstů. Obrázky mohou být nalepeny na předmětech, shromážděny v albu nebo na určitých kartách, pár základních obrázků může pacient nosit např. na klíčkách. Mohou být uspořádány pomocí různých systémů, např. tematicky, dle preferencí pacienta, ve sledu učení apod. (Kubová, 1997)

Dalším obrázkovým systémem je VOCS neboli Výměnný obrázkový komunikační systém, který je českou, lehce modifikovanou, verzí PECS (Picture Exchange Communication System). VOCS je určen především pro osoby s poruchami autistického spektra a mentální retardací, kterým prostřednictvím propracovaného motivačního systému pomáhá iniciovat komunikaci. Funguje tím způsobem, že pokud si něco jedinec přeje, musí svému komunikačnímu partnerovi dát příslušný obrázek s daným symbolem. Než se toto jedinec naučí, vstupuje do procesu ještě další osoba, tzv. facilitátor, který ho podporuje vedením ruky. (Knapcová, 2005: 4 – 5)

PECS byl původně vytvořen pro děti autistického spektra Bondiovou a Frostovou. Autorky roku 1994 zveřejnily data ze studie zahrnující 85 dětí. (Stoner a kol., 2006: 155) Stonerová a kol. v roce 2006 publikovaly studii, v níž testovaly využívání PECS pěti dospělými s mentální retardací. Tři jedinci se zlepšili v rámci funkční komunikace a pro dva se systém nestal způsobem jejich funkční komunikace, přesto dle Stonerové a kol. je PECS slibnou metodou pro zlepšování funkční komunikace dospělých. Knapcová (2005: 8) se zmiňuje, že je možné VOCS využívat i v rámci funkční komunikace afatiků. Dle mého názoru je vhodné tento systém používat jen u afázie spojené s podobnými behaviorálními problémy v důsledku organického postižení. Metoda by jinak mohla být pro dospělé pacienty degradující.

Facilitátor je využíván i u tzv. Facilitované komunikace. Jedná se o velmi kontroverzní metodu, jejíž autorkou je Australanka Rosemary Crosley. Je určena fyzicky postiženým osobám, které mají problémy s motorikou HKK. Do komunikace je zapojen facilitátor, který pomáhá svému klientovi vést ruku, aby mohl ukázat na chtěný obrázek, musí si ale dávat pozor, aby skutečně klientovi jen dopomáhal. (Beerová, 2005)

Asi nejobsáhlejší „obrázkový“ systém, co se rozmanitosti sdělení týká, je Bliss. Mezi jeho výhody patří možnost vyjadřování jak konkrétních, tak abstraktních pojmů. Původně byl navržen Charlesem Blissem jako mezinárodní dorozumívací systém. V 70. letech 20. století jej začali používat v Kanadě pro potřeby nemluvicích osob. Dokonce má i určitá lingvistická pravidla. Slovesa se např. vytvářejí tak, že se ke znaku přidá tzv. indikátor slovesa, např. symbol nohy plus indikátor slovesa znamená chodit. Pomocí dalších lingvistických operací se mohou znaky takto obměňovat. Systém vychází asi ze 100 znaků. (Laudová, 2003: 566 – 567) Jeho výhodou je, že umožňuje poměrně složitá a abstraktní sdělení, nevýhodou je větší náročnost na proces učení (symboly nejsou tak jednoznačné jako v ikonických systémech), vyžaduje intaktní abstraktní myšlení a je i hůře generalizovatelný. Takto byl zhodnocen výzkumem prováděným Hurlbutem a kol., kteří ho porovnávali s ikonickými obrázky. Výzkum byl prováděn na mladistvých s DMO. (Hurlbut a kol., 1982) Z hlediska funkční komunikace vidím největší problém v nejasnosti systému pro laickou veřejnost, jedná se o metodu, kterou se musí naučit i komunikační partneři.

Na závěr bych zmínila zajímavou metodu komunikace, která navíc podporuje rozvoj verbálního vybavování. Jedná se o využívání kresby při komunikaci. Pacient nakreslí slovo, nebo i obsáhlejší informaci, kterou chce sdělit, čímž může docílit úspěšné komunikace. Také může docházet k dalšímu jevu, podpoře vybavení slova. Dle slov Cséfalvaye (2007: 90): *„Není vzácností, že když pacient s těžkou afázií začne kreslit předmět, který slovo znázorňuje, tak ještě před dokončením kresby hledané slovo automaticky nahlas vysloví. Jde pravděpodobně o stimulaci různých sémantických charakteristik, které byly aktivizovány přes nejazykový vstup.“*

Terapii pomocí kresby popsali Albert a Helmová-Estabrooksová v roce 1991 a nazvali ji Zpět ke kreslicí tabuli (Back to the Drawing Board). Pacienti zde znázorňují své pocity, potřeby i děje kresbou. Pacient dostane např. sérii tří obrázků znázorňujících nějaký vtíp a poté má nakreslit jeho pointu. Cílem je, aby pacient používal kresbu v každodenním dorozumívání, pokud selžou jiné dorozumívací mechanismy (viz příloha č. 5). Dle autorů jsou vhodnými kandidáty ti, co mají výrazné expresivní problémy řeči, nemají těžký stupeň



poruchy porozumění řeči, jsou schopni nakreslit lidskou postavu, aby bylo rozeznatelné, že se jedná o lidskou postavu, jsou schopni vytvářet logické posloupnosti dějových obrázků a jsou schopni identifikovat podstatu vtipu na obrázku. (Cséfalvay, 2007: 92 – 93)

## **2.5. Jak postupovat při osvojování neverbální komunikace**

Na nedostatečně funkční komunikaci se lze, podle staré klasifikace International Classification of Impairments, Disabilities and Handicaps, dívat jako na handicap. Dle Rao (1993) je handicap jinými slovy limitace ve volbě. Dále dodává: „*Handicap zabraňuje osobě v pokračování v jejím předúrazovém rodinném, profesním i neprofesním postavení.*“ Zdůrazňuje, že smyslem rehabilitace by mělo být pokusit se zvýšit pacientovy možnosti. K tomuto cíli je možné použít tři přístupy: zvýšení funkční kapacity (pomoci pacientovi změnit reakce rehabilitačními strategiemi), redukce požadavků prostředí (minimalizovat rušivé elementy a maximalizovat možnosti přenosových signálů, např. mít k dispozici tužku a papír) a poskytnutí pomocných prostředků (např. sestavení komunikačních tabulek dle klíčových potřeb pacienta).

V návrhu strategie tréninku funkční komunikace vychází Rao z Ylvisakera a Hollandové (1985), kteří podporovali myšlenku sebetrénování. Jedná se o sedm převážně exekutivních funkcí, které by měl pacient zvládnout, aby mohl lépe funkčně komunikovat. Jsou to: sebeuvědomění (znalost svých slabých a silných stránek a faktorů majících vliv na vlastní fungování), určování si smysluplných a realistických cílů, plánování-příprava-trénink (připravit si pozice, abychom zvládli úkol efektivně), sebeinstruování (dávat si vhodné příkazy pomocné k úspěšnému zvládnutí úkolu), sebmotivace, sebesledování (uvědomování si vlastního výkonu a faktorů, které jej ovlivňují), řešení problémů a praktický úsudek (modifikování cílů, plánů, strategií).

Rao (1993) také aplikoval fatické poruchy na Mezinárodní klasifikaci poruch, disability a handicapu. Afázii vnímá jako poruchu (impairment), z ní vycházející poruchu řeči jako disabilitu a porušenou funkčnost komunikace jako handicap. Na handicap je ovšem možné se dívat i jako na limitace člověka způsobené nedostatečně facilitujícím prostředím. Ne vždy nezdařená komunikace musí být vinou člověka s disabilitou (např. nedostatečně facilitující prostředí).

Kubová (1997: 13) upozorňuje v publikaci o využívání piktogramů, že je nutné, aby člověk, který používá ke komunikaci piktogramy, měl u sebe lístek se sdělením, že komunikuje daným způsobem. Lístek může obsahovat i stručný popis, jak způsob

komunikace funguje. Uvádí následující příklady sdělení: „*Mohu s Vámi mluvit tak, že budu ukazovat prstem na obrázky*“, „*Rozumím, mohu komunikovat ukazováním pěstí*“. Také je dle Kubové důležité, aby u obrázků byl i napsaný jeho význam, který může laikům velmi pomoci k funkční komunikaci. Tuto pomůcku lze samozřejmě uplatnit i při jiných způsobech komunikace.

Kaganová a Galeyová (1993, in Cséfalvai, 2007: 67 – 69) přišly s metodou tzv. podpůrné konverzace spočívající v přípravě komunikačního partnera, která není založena jen na naučení ho určitým komunikačním dovednostem, ale i na práci s uvědoměním kompetencí pacienta komunikovat. Tento konverzační trénink spočívá v tom, že terapeut sdělí pacientovi nějaký krátký příběh, poté si společně zdůrazní jeho hlavní body, které si mohou např. napsat nebo jinak graficky znázornit. Následuje vyzkoušení si předání informací mezi pacientem a terapeutem, přičemž terapeut při problému faciliteje pacienta, aby došlo ke správnému předání informace. Na závěr přichází do místnosti komunikační partner, který příběh nezná a má se ho dozvědět od pacienta. Pokud se pacient dostane do komunikačních problémů, komunikační partner by se mu měl pokusit co nejlépe pomoci. Terapeut vše sleduje a dává rady, jak si při komunikaci mohou pomáhat.

Roku 1985 vytvořili Davis a Wilcox terapeutický postup *Promoting Aphasics' Communicative Effectiveness* (PACE – podpora efektivnosti komunikace osob s afázií). Jedná se o postup, který podporuje využívání co největšího počtu modalit komunikace, aby došlo k předání informace. Principem je navození velmi přirozené komunikační situace, v níž terapeut neví, co mu chce pacient sdělit, a společně s pacientem se snaží pomocí facilitatejících prvků dostat se k předání kóžené informace. V praxi metoda vypadá následovně: terapeut ukáže pacientovi obrázek, který ale on sám nevidí, pacient je podporován, aby využíval co nejvíce komunikačních modalit, zejména těch, které jsou v jeho komunikaci nejefektivnější. Terapeut na sdělení různě reaguje, říká, jak pacientovu sdělení rozumí, a tím mu dává zpětnou vazbu. (Cséfalvai, 2007: 135 – 143) Dle Kaganové a Galeyové (1998, in Cséfalvai, 2007: 143 – 144) je tento postup možné kombinovat s postupem podpůrné konverzace, kdy na místě terapeuta je pacientův častý konverzační partner. Dle mého názoru je výhodou tohoto postupu zejména fakt, že pokud se konverzační partner naučí správným podpůrným způsobem komunikovat s pacientem, může pacient pak dál pokračovat v terapii i v domácím prostředí, zvýší se pacientova sociální interakce v přirozeném prostředí, a také může dojít k přehodnocení postojů k pacientovi ze strany komunikačního partnera.

Cséfalvay (2007: 69 - 70) se zmiňuje o důležitosti skupinové terapie v rámci tréninku pragmatických dovedností: „*Skupina přirozeným způsobem stimuluje interakci mezi svými členy, a tím posiluje pragmatické dovednosti, jako je např. výměna rolí (jednou je klient v roli toho, kdo zprávu vysílá, jednou je v roli toho, kdo ji přijímá), iniciování komunikace, rozšíření repertoáru různých dorozumívacích funkcí.*“ Také uvádí, že skupinová terapie přináší přirozenější komunikační situace než individuální terapie a zvyšuje generalizaci naučených dovedností. V rámci skupiny je možné využívat systém PACE, a to mezi jednotlivými pacienty.

Úspěšnost terapie je dána i její intenzitou. Bhogal, Teasell a Speechley (2003, in Cséfalvay, 2007: 86) udělali výzkum, ve kterém sledovali dvě možnosti intenzity terapie. V jednom případě byla terapie velmi intenzivní (8,8 hodiny týdně), ale trvala 11,2 týdnů, a ve druhém případě byla intenzita terapie nízká (2 hodiny týdně) při trvání 22, 9 týdnů. Pacienti v prvním případě terapií měli dvojnásobně lepší výsledky než ve druhém případě. Cséfalvay dodává: „*Délka a intenzita terapie se ukazují jako klíčové faktory terapie chronických afatiků.*“ Také upozorňuje, že se k takovéto intenzitě dá přispět pomocí maximální angažovanosti dalších osob v terapii, např. rodiny a blízkých. Dle mého názoru je možné k intenzitě terapie komunikačních dovedností přispět i angažovaností dalších členů multidisciplinárního týmu. V případě funkční komunikace by to pak měl být zejména ergoterapeut.

## **2.6. Závěr**

Nyní se pokusím shrnout nejpodstatnější informace, které vyplynuly z mé informační přípravy a současně z teoretické části této bakalářské práce:

- Je nutné sledovat, jak je pacient schopen komunikovat v běžných denních situacích, jelikož vcelku dobré klinické výsledky nemusí znamenat dobrou úroveň funkční komunikace a naopak.
- Podle Lurijy jsou části mozku, které jsou důležité pro verbální komunikaci, a části, které jsou důležité pro neverbální komunikaci, uloženy nejen v jiných místech mozku, ale i v jiných hemisférách. Proto při poškození částí mozku souvisejících s verbálními dovednostmi často bývají nepoškozeny části mozku spjaté s neverbálními dovednostmi.
- Podle kognitivně-neuropsychologických přístupů je jednou z nejdůležitějších komponent tzv. sémantický systém, od kterého vedou samostatné cesty směřující

k vyslovení slova, k napsání slova, ale i k úplně jinému ztvárnění pojmu (např. gestem, znakem, symbolem, kresbou,...). I dle těchto přístupů je neverbální komunikace částečně nezávislá na verbální komunikaci (propojuje je sémantický systém).

- Prvky neverbální komunikace je možné použít u všech pacientů, u některých jako rehabilitační léčebný přístup, u jiných jako adaptační přístup. Je třeba zvážit všechny komponenty výkonu pacienta a porovnat je s nároky dané komunikační metody. Nezanedbatelné je zohlednění oblastí výkonu, ve kterých se bude komunikace používat.
- V případě možnosti je vhodné do terapie zapojit buď časté komunikační partnery pacientů, nebo využít skupinové terapie.
- Mezi prostředky neverbální komunikace patří např. znaková řeč, Makaton, Znak do řeči, gesta a mimika, Bliss, VOCS, piktogramy, komunikační tabulky, Facilitovaná komunikace dle Rosemary Crosley, vyjadřování se pomocí kresby...

## Praktická část

### **3. Cíl praktické části**

Cílem praktické části je vyzkoušet ergoterapeutickou intervenci zaměřenou na funkční komunikaci u několika pacientů s expresivní formou afázie. Pokusit se vhodně využít neverbální prostředky k podpoře funkční komunikace a zhodnotit, zda po absolvování takto cílené ergoterapeutické intervence došlo u pacientů ke zlepšení funkční komunikace.

Výzkumné otázky zní:

- Zlepšuje využívání neverbálních prostředků funkční komunikaci?
- Mělo by být zaměření na funkční komunikaci standardní součástí ergoterapeutického procesu?

Výstupem by pak mělo být potvrzení nebo vyvrácení následujících předpokladů:

- Využívání neverbálních prostředků zlepšuje funkční komunikaci.

- Zaměření na funkční komunikaci by mělo být standardní součástí ergoterapeutického procesu u pacientů s fatickou poruchou.

## **4. Metodologie**

V předchozí kapitole jsem uvedla, že se bude jednat o práci s pacienty, tedy výsledky mé práce budou případové studie (kazuistiky). Práci s pacienty kromě teoretické přípravy předcházela také příprava ohledně výběru osob, kterou popíšu v následující podkapitole. Dále uvádím podkapitolu s názvem Vyšetření, v níž detailně popisuji, jakým způsobem jsem pacienty vyšetřovala a proč byla tato forma vyšetření zvolena, a podkapitolu s názvem Terapie, která popisuje a zdůvodňuje zaměření terapií. Samotná práce s pacienty a výsledky vyšetření jsou popsány v kapitole Výsledky.

### **4.1. Výběr osob**

Pacienty pro výzkum mi pomohla vybrat vedoucí práce Mgr. Eva Krýlová. Jednalo se o ambulantní pacienty Kliniky rehabilitačního lékařství (KRL), kteří zde navštěvovali mimo jiné i logopedii. Na základě našich domluvených podmínek mi paní Mgr. Krýlová doporučila pacienty, kteří se zapojením do mé práce souhlasili. Podmínky byly následovné: dobré rozumění mluvené řeči, narušení expresivní složky řeči, chronická forma afázie, motivace a souhlas se zapojením do terapie a výzkumu. Souhlas jsem si nechala stvrdit písemně.

Výše zmíněné podmínky jsem si stanovila z těchto důvodů:

- Dobré rozumění mluvené řeči – tato položka velmi usnadňuje celý proces osvojování mechanismů pro zvýšení funkčnosti komunikace. Při nedostatečném porozumění do komunikační situace vstupují další aspekty, které narušují její funkčnost. Vzhledem k tomu, že chci, aby moje práce byla spíše základním výzkumem v daném tématu, rozhodla jsem se situaci nekomplikovat.
- Narušení expresivní složky řeči – narušená exprese je v případě mé bakalářské práce hlavní položkou, kterou se snažím ovlivnit.
- Chronická forma afázie – z výzkumů zmíněných v teoretické části vyplývá, že chroničtí afatici mají větší potenciál k růstu v rámci funkční komunikace, než k růstu svých verbálních schopností. Dále se jedná o pacienty, kteří dle mého názoru nejvíce potřebují takto zaměřenou intervenci, jelikož u nich stále nedošlo k úpravě stavu.
- Motivace – touto položkou myslím motivaci ke zlepšení své funkční komunikace i ve společnosti nepřírozenými prostředky. Položka je pro mne důležitá z časových

důvodů, protože jsem měla na práci s pacienty limitovaný čas, a nemohla jsem si dovolit ho ztrácet přesvědčováním pacientů.

- Souhlas se zapojením do terapie – nezbytná položka z hlediska etiky výzkumu.

S pacienty jsem začala pracovat v týdnu od 18. 5. 2009 a dále jsem s nimi pracovala v rámci mé pětitýdenní praxe na KRL od 25. 5. 2009 do 26. 6. 2009. Intenzitu terapie jsem zvolila jednou týdně dle časových možností pacientů.

KRL, jako místo sběru dat pro mou bakalářskou práci jsem vybrala jednak z důvodu specifčnosti potřeby pacientů pro výzkum (expresivní afázie), kdy KRL je zaměřena na práci s lidmi s lézí mozku, a dále z důvodu spolupráce s vedoucí práce Mgr. Krýlovou, která na tomto pracovišti pracuje a pacienty zná.

K intervenci jsem nakonec sehnala tři pacienty splňující podmínky. Jednalo se o pacienty s již lehčí formou afázie. Dva pacienti byli po CMP a jedna pacientka po CMP v návaznosti na infarkt myokardu. Pacienti byli symptomaticky i diagnosticky velmi podobní, a to jak po stránce řečových poruch, tak po stránce pohybového postižení (jednalo se o pacienty s pravostrannou hemiparézou), ne zcela pak již po stránce kognitivního postižení. Všichni pacienti měli lokalizovanou lézi v dominantní hemisféře. Samozřejmě míra postižení se u jednotlivých pacientů lišila.

Pacienti jsou detailněji popsáni v kapitole výsledky v rámci jednotlivých kasuistik.

## **Vyšetření**

V rámci vstupního vyšetření jsem se zaměřila jednak na zhodnocení komponent výkonu, ze kterých mě zajímaly především tyto položky: komunikační schopnosti, sociální schopnosti, motorika HKK (včetně grafomotoriky) a obličej, hluboké čítí HKK, kognitivní a exekutivní funkce. Zhodnocení komponent výkonu je důležité pro správný výběr možných způsobů neverbální komunikace a stanovení limitací, které by mohly významně ovlivnit jednak osvojování neverbálních komunikačních prostředků nebo jejich realizaci.

Z hlediska komunikace jsem hodnotila porozumění mluvené řeči, pojmenování a čtení (včetně porozumění psanému textu). K posuzování úrovně porozumění jsem využila principu Token testu, který spočívá ve využívání velkých a malých čtverců a koleček v různých barvách. Pacient měl nejprve limitovaný počet předmětů (jen velké čtverce) a dostával jednoduché instrukce typu: „*Ukažte mi červený čtverec!*“, testování se postupně stupňuje nahoru přidáváním dalších předmětů a nutností přidávání dalších přívlastků v instrukcích

(např. „*Ukažte mi malé modré kolečko!*“). Nakonec je pacient vyzván k složitějším úkonům. Instrukce ověřují rozumění nejen slovům, ale i gramatickým strukturám. Vypadaly např.: „*Vezměte velké červené kolečko a dvakrát s ním ťukněte na malé žluté kolečko!*“.

Podobné instrukce jsem nechala pacienty přečíst a provést, čímž jsem si otestovala jejich schopnost číst a porozumět čtenému.

Výsledky zmíněného vyšetření mohou ovšem ovlivnit i poruchy jiných funkcí jako např. pracovní paměti, pozornosti nebo gnostických funkcí. Proto bylo nutné vyšetřit tyto funkce samostatně. Často bylo na pacientech znát, že si nemohou např. dlouhou instrukci zapamatovat (porucha pracovní paměti – u dvou pacientů se poté potvrdila porucha krátkodobé paměti), nebo dělají chyby z nepozornosti, ačkoli poté test na pozornost zvládli velmi dobře. Je to známka měnící se koncentrace pozornosti během vyšetření. Rovněž se zde mohlo promítnout poškození exekutivních funkcí (logického myšlení, úsudku).

Pojmenování jsem otestovala na barvách tvarů z Token testu, dále na reálných předmětech (lžička, hřeben, tužka, papír) a pak na obrázcích konkrétních věcí, jídla nebo zvířat.

Sociální schopnosti jsem hodnotila na základě subjektivního dojmu, jakým způsobem se pacient choval při vyšetření a jak se snažil komunikovat.

Z motoriky jsem testovala pouze orientačně míru spasticity na flexorech a extenzorech lokte, aktivní hybnost ve všech segmentech postižené HK (viz kasuistiky), svalovou sílu dle svalového testu (pokud byla svalová síla nižší jak stupeň 3, její míru jsem nezjišťovala, jelikož to není důležitá informace v rámci mé práce), funkční pohyby postižené HK (viz kasuistiky) a taxi. Svalová síla mě zajímala především z hlediska předpokladu unavitelnosti při vykonávání určitého pohybu. Dále jsem si orientačně vyšetřila orofaciální motoriku (viz kasuistiky).

Pohybové komponenty mě zajímaly z důvodu zjištění předpokladu pro znakování, gesta, případně mimiku a schopnost ukazování. Instrukce jsem zadávala verbálně, ačkoli často bývá k afázii přidružena i apraxie, která bude vyšetřena v pozdější části vyšetření, byla jsem při vyšetření motoriky připravena pacienty podpořit i ukázkou požadovaného pohybu.

Dále mě zajímalo hluboké čítí, které je také důležitou položkou z hlediska využívání např. gest. Vyšetřovala jsem polohocit i pohybovit. Polohocit jsem testovala uvedením postižené HK do určité pozice a následně jsem pacienta vyzvala, aby druhou HK uvedl do stejné pozice. Pohybovit jsem testovala tím, že jsem pohybovala určitým segmentem postižené HK a zeptala se pacienta, do jakého směru částí končetiny pohybují.



Grafomotoriku jsem si vyšetřila na několika zadáních. Nejprve jsem chtěla, aby mi pacient nakreslil rovnou vodorovnou a svislou čáru, poté kolečko, spirálu, spojil dva body a nakonec nakreslil lidskou postavu. Ve zmíněných prvcích jsem sledovala, jak je pohyb plynulý, a jak zvládne pacient pohyb koordinovat. Spojováním dvou bodů je také testována taxie. U kreslení postavy mi šlo o posouzení pacientových schopností graficky ztvárnit určité konkrétní představy. Tato položka je nutná z hlediska využívání kresby při komunikaci. U všech testovaných položek je důležité sledovat, zda se neobjeví i určitá kognitivní porucha, např. neglect syndrom nebo gnostická porucha. Tužku jsem pacienty nechala uchopit dle jejich preference.

Orofaciální motorika je důležitá z hlediska mimiky. Vyzkoušela jsem ji na následujících položkách: plazení jazyka, zavírání očí, cenění zubů, krčení čela, nafouknutí tváří, přesouvání vzduchu v ústech, špulení rtů. Nejdůležitější je, zda je pacient tyto pohyby schopen alespoň jednostranně zvládnout.

Z kognitivních funkcí jsem testovala paměť, pozornost, gnostické funkce a praxi. Paměť jsem se rozhodla vyšetřovat formou překreslování obrázků, jelikož pokud bych se zaměřila na zapamatování si slov, výsledek by nemusel být objektivní kvůli fatické poruše. Ukázala jsem pacientům devět obrázků umístěných v mřížce (viz příloha č. 6 a). Po dvouminutovém časovém limitu, který měli na zapamatování si obrázků a jejich umístění, pacienti překreslovali obrázky. Zapojení i verbální paměti jsem částečně ověřila ve druhé části vyšetření, kde jsem pacientům ukázala stejné obrázky, které byly navíc pojmenované (viz příloha č. 6 b). Pojem zapisovat nemuseli. Tentokrát byl časový limit pouze jednu minutu.

Pozornost jsem vyšetřovala pomocí úkolu na vyškrtávání neshodných dvojic tvarů (viz příloha č. 7), sledovala jsem rychlost provádění úkolu a chybovost. Také jsem si při této činnosti mohla ověřit exekutivní funkce, např. chápání instrukcí nebo zvolení strategie. Úkol nese nároky i na pracovní paměť, a to zapamatování si zadání.

Na obrázcích se zakomponovanými dalšími obrázky (viz příloha č. 8) jsem si ověřila částečně zrakové gnostické funkce, a to konkrétně vnímání figury a pozadí.

Praxi jsem testovala pomocí Goldenbergova testu, který obsahuje deset poloh ruky a deset poloh prstů.

Exekutivní funkce jsem sledovala v průběhu vyšetření. Zaměřovala jsem se na položky jako chápání instrukcí, řešení problémů nebo strategie v provádění úkolu.

Ve druhé části vyšetření jsem se zabývala oblastmi výkonu. V této části jsem chtěla zjistit, při jakých činnostech má pacient problémy s komunikací, a které činnosti vnímá jako

nejdůležitější z hlediska nutnosti zlepšení funkční komunikace. Nejprve jsem se orientačně zeptala na zvládání aktivit ADL a na činnosti, které pacient vykonává ve volném čase. Vzhledem k času, který jsem na práci s pacienty měla, jsem se z hlediska komunikace rozhodla zabývat pouze oblastí aktivit ADL. Zhotovila jsem proto následující dotazník (viz příloha č. 9). Předpokladem pro vyplňování dotazníku je porozumění mluvené řeči, alespoň částečné porozumění psanému projevu a schopnost správně používat odpovědi ano/ne.

Dotazník jsem zadávala pacientům verbálně a předkládala jsem jej pomocí kartiček před pacienty. Ti následně sdělovali nebo ukazovali na možnosti, se kterými souhlasí. Vždy jsem přečetla otázku, kterou jsem před ně položila i napsanou. Přečetla jsem i možnosti, které jsem rovněž před ně položila. Nakonec jsem přečetla k otázce příklady konkrétních situací pro podporu uvědomění, co vše může pod otázku spadat. Následně jsem je vyzvala, aby sdělili nebo ukázali odpověď na otázku a také, aby ukázali na situace, podle nichž usuzují, že mají při komunikaci potíže.

Dotazník slouží jednak pro představu terapeuta, v jakých položkách má pacient problémy s funkční komunikací, ale i k přivedení pacienta k zamyšlení se nad svými komunikačními problémy. Následně jsem dala pacientům kartičky s položkami, u kterých uvedli komunikační problémy, a dala jim za úkol, aby je seřadili podle důležitosti, tedy aby stanovili prioritní položky, kterými se chtějí zabývat v rámci tréninku funkční komunikace.

Jde o aplikaci humanitního přístupu. Tento přístup mi přijde výhodný zejména v urychlení procesu odhalování pacientových nejzávažnějších funkčních omezení z hlediska komunikace v životě pacienta a zároveň podpoří jeho motivaci k terapii. Dle mého názoru přinucení pacienta uvažovat o svých problémech mu pomáhá ke zvýšení uvědomění si vlastní situace, a tím ke zvýšení motivace pro terapii. Dle teorie Client-centered therapy se uplatňuje motivace všude tam, kde dochází k uspokojování životních potřeb, mezi které patří i sebeřízení a vnitřní svoboda. (Drapela, 1997: 126) Dané potřeby tak umožníme pacientům naplňovat.

## **4.2. Terapie**

Při terapiích jsem využila modelové situace ze života, ve kterých dominantní úlohu hrají komunikační schopnosti. Na oblastech, ze kterých jsem situace volila, jsem se domluvila předem s pacienty dle jejich priorit. Částečně šlo o doplněk vyšetření, jelikož jsem chtěla vidět, jak si budou pacienti počínat. Zároveň jsem situace využila k podpoře co

nejobjektivnějšího náhledu pacientů na své komunikační schopnosti, protože při vyplňování dotazníku si všichni velmi věřili.

Dále jsem všem pacientům vysvětlila, jak si mohou pomoci, pokud si nemohou vzpomenout na slovo.

Terapie je podrobněji rozepsána v kapitole Výsledky a v kapitole Diskuze.

## **5. Výsledky:**

### **5.1. Kazuistika I.**

Paní X, nar.: 1945 – 64 let

#### **Anamnéza:**

OA: 2005 – CMP (prasknutí aneurysmatu), pravostranná hemiparéza, kognitivní deficit, afázie

SA: žije s přítelem, má dvě děti – již s ní nežijí, bydlí v Praze

PA: SD, pracovala jako pediatr

#### **Komponenty výkonu:**

##### Komunikace:

Porozumění: testováno modifikací Token testu, jednoduché otázky zvládla bez problémů, u otázek zahrnujících více úkolů se někdy objevily problémy – dle mého pozorování se však jedná spíše o krátkodobé výpadky pozornosti. Porozumění je tedy zachováno, ale někdy komplikováno výpadky pozornosti.

Pojmenování: testováno na pojmenování konkrétních podstatných jmen a barev – při vyšetření bez problémů

Čtení: čtení nahlas zvládá, porozumění čtenému také zachováno – lépe pokud si přečte nahlas

Sociální schopnosti: pacientka je spíše tišší, komunikaci sama od sebe neinicuje, ale nemá žádné významnější problémy v sociálním kontaktu

##### Motorika HKK:

Dominance HK: jako dítě LHK, poté v první třídě přeučena na PHK – celý život používala střídavě obě, nyní používá LHK v důsledku pravostranné hemiparézy

PHK - spasticita: mírná spasticita

PHK – aktivní kloubní rozsahy a svalová síla:

Flexe v ram. kl.: 80°, st. 4

Extenze v ram. kl.: 30°, st. 5

Abdukce v ram. kl.: 50°, st. 3+

Horizontální addukce v ram. kl.: 100°, st. 3

Zevní rotace v ram. kl.: 70°, st. 3+

Vnitřní rotace v ram. kl.: s vyloučením souhybu 30°, st. 3+

Elevace ramene: zvládne, méně než na LHK, st. 4

Flexe v lok. kl.: 130°, st. 4

Extenze v lok. kl.: 150°, st. 4

Pronace v lok. kl.: 90°, st. 3+

Supinace v lok. kl.: 80°, st. 4

Dorzální flexe v zápěstí: 80°, st. 5

Palmární flexe v zápěstí: 80°, st. 3+

Ulnární dukce v zápěstí: téměř nezvládne

Radiální dukce v zápěstí: téměř nezvládne

Flexe 2. prstu: zvládne

Extenze 2. prstu: zvládne

Opozice palce: zvládne

Cirkumdukce palce: zvládne

PHK – funkční pohyby:

PHK na pravé koleno: zvládne

PHK na levé koleno: zvládne

PHK k ústům: zvládne, ale vážne abdukce v ram. kl.

PHK na hlavu: zvládne, ale vážne abdukce v ram. kl.

PHK na levou lopatku: nezvládne

PHK za záda: nezvládne

Opozice palce proti prstům: zvládne

PHK – taxe: bez problémů

LHK – spasticita: bez spasticity

LHK – aktivní kloubní rozsahy a svalová síla: bez omezení

LHK – funkční pohyby: vše zvládne

LHK – taxe: bez problémů

Orofaciální motorika:

Plazení jazyka: plazí k pravé straně

Zavírání očí: zvládne

Cenění zubů: zvládne

Krčení čela: nezvládne

Nafouknutí tváří: zvládne, na pravé straně méně

Přesouvání vzduchu v ústech: na pravé straně vážne

Špulení rtů: zvládne

Grafomotorika:

Rovná čára svislá a vodorovná: zvládne

Kolečko: zvládne

Spirála: čáry se překrývají, pohyb vážne

Spojení dvou bodů: zvládne

Nakreslení lidské postavy: zvládne

Hluboké čítí: polohocit i pohybovit nenarušen, vibrační čítí se mi nepodařilo vyzkoušet

Kognitivní funkce:

Paměť (krátkodobá vizuální): testováno pomocí překreslování devíti tvarů – pacientka překreslila tři, již od začátku daný test téměř vzdala s tím, že to stejně bude špatné, a že to nezvládne

Paměť (krátkodobá vizuální s asociací): testováno pomocí překreslování devíti tvarů z předchozího cvičení, které byly tentokrát pojmenované – neobjevil se žádný významný pokrok

Pozornost: testováno na vyškrtávání neshodných dvojic obrázků, zpočátku potíže s pochopením úkolu, pomalejší tempo práce – zvládla s jednou chybou na konci. V průběhu vyšetření pacientce pozornost kolísala, nejhůře na tom byla na začátku vyšetření při testování porozumění, kde se objevovaly potíže s pochopením instrukce, i v tomto úkolu měla zpočátku potíže s pochopením úkolu, ale nakonec se zvládla soustředit. Pacientka potřebuje pomoci s „nastartováním“ pozornosti.

Zrakové gnostické funkce: testováno na vyhledávání obrázku zakomponovaného do jiného obrázku – pacientka obrázek našla, ale byl potřebný delší čas

Praxe: testováno Goldenbergovým testem – v polohách ruky 1 chyba, v polohách prstů 1 chyba – pacientka bez apraxie

### **Oblasti výkonu:**

#### pADL:

mobilita – pacientka mobilní

sebesycení – jí levou rukou

oblékání - zvládne

osobní hygiena – zvládne

kontinence a toaleta – zvládne

#### iADL:

transport: manžel ji vozí autem, MHD nepoužívá, s orientací potíže neuvádí

domácí práce: zvládne

vaření: zvládne

nakupování: zvládne

používání komunikačních technologií (mobil, PC): mobil ovládá, počítač nepoužívá

Volný čas: chodí nakupovat (ráda), věnuje se domácím pracím, dívá se na televizi

Práce: SD

### **Vyšetření funkční komunikace:**

Při aktivitách pADL pacientka nepociťuje žádné problémy při komunikaci. Měla již vyrobenou kartičku se sdělením, že je po CMP a že má poruchu řeči. Kartička dále obsahovala telefonní číslo na jejího přítele. Na otázku, zda je pacientka schopna vysvětlit druh své poruchy a sdělit, jak potřebuje pomoci, odpověděla, že nezvládne. U lékaře pacientka komunikační problémy nepociťuje (pacientka pracovala jako lékař). Co se týká komunikace na úřadech, není si jistá, jelikož vše vždy vyřizovala s někým jiným. Pacientka je dle jejích slov schopna zeptat se na cestu a sdělit své kontaktní údaje. Při nakupování nebo cestování rovněž nepociťuje komunikační problémy.

### **Závěr z vyšetření:**

Z hlediska motoriky HKK má pacientka LHK plně funkční, u PHK vážne pohyby v ramenním kloubu především do flexe a abdukce, loket do extenze a pronace, v zápěstí

váznou dukce a palmární flexe, izolované pohyby prstů jsou bez problémů. Co se týká grafomotoriky, pacientka může využívat potenciál LHK, kterou byla zvyklá používat celý život. Orofaciální motorika je chudší, při pohybech je patrné lehké levostranné postižení n. facialis, v klidu není patrné. U všech kognitivních funkcí je patrné pomalejší tempo, kolísá koncentrace pozornosti, je narušena paměť a chápání instrukcí, které často musí být vícekrát zopakovány. V rámci aktivit pADL i iADL je plně soběstačná.

### **Ergoterapeutický proces:**

20. 5. 2009 – Detailní seznámení pacientky s cílem naší spolupráce, vstupní vyšetření (viz výše), s pacientkou jsem se domluvila, že se příště zaměříme na vyzkoušení komunikace na úřadech

27. 5. 2009 – Vyzkoušení modelové situace: pacientka si měla zažádat na úřadě o příspěvek na péči, já jsem hrála úřednici – pacientka si zapamatovala úkol, v komunikaci je málo iniciativní, ačkoli jsem později zjistila, že neví, o co se jedná, sama se nezeptala; dostala za úkol vyplnit formulář – písmo čitelné, ve formuláři se dobře orientuje, neznala zpaměti všechny údaje, ale uměla si je najít. Vysvětlila jsem pacientce možnost komunikovat pomocí kresby jako způsob předání sdělení, i jako způsob podpory vybavení slova, komunikaci jsme vyzkoušely – pacientka kresbu doplňovala verbálními sděleními, byla tak schopna poměrně dobře přenášet informaci, nicméně ji tento způsob komunikace nezaujal. Dále jsme zkoušely využít kresbu při sepisování nákupu, pacientka sama přišla s tím, že v obchodě si vždy vzpomene, pokud vidí požadované zboží – domluvily jsme se, že jí zhotovím pomůcku s obrázky pojmů, které potřebuje, pro podporu jejich výbavnosti. Dále jsem pacientce navrhla výrobu nové kartičky vztahující se k fatické poruše, která bude popisovat i druh fatické poruchy.

3. 6. 2009 – Pacientce jsem předložila obrázkovou komunikační pomůcku, která zahrnovala 242 znaků, vyzkoušely jsme její používání. Pacientka měla přesto problémy s výbavností, kdy potřebovala u některých slov nápovědu prvního písmena. Pomůcku jsme začaly spolu doplňovat u některých slov o první písmeno. Nestihly jsme pomůcku projít celou, proto dostala za úkol ji se svým přítelem projít a zadaptovat si ji, dále jsem ji vyzvala, že si do ní může sama přidávat další pojmy. Pacientka dostala za úkol ji co nejvíce používat a zhodnotit, jestli jí pomůcka pomáhá. Dále jsem pacientce předala novou kartičku.

10. 6. 2009 – Pacientka uvedla, že je pomůcka pro ni opravdu užitečná, nosí ji všude u sebe, s přítelem dopsali první písmena u slov, na která si nevzpomněla, použila ji při psaní nákupu. Zatím neví, o jaká slova by ji doplnila.

## **5.2. Kazuistika II:**

Pan Y, nar.: 1950 – 59 let

### **Anamnéza:**

OA: 2006 – CMP, pravostranná hemiparéza, mozečkové příznaky, kognitivní deficit, afázie

SA: žije s manželkou a dcerou (33 let), druhá dcera je vdaná a nežije s nimi, bydlí v Praze v rodinném domě

PA: ID, před CMP pracoval jako truhlář, také 16 let pracoval jako řidič autobusu

### **Komponenty výkonu:**

#### Komunikace:

Porozumění: testováno modifikací Token testu, všechny úkoly zvládl bez potíží, porozumění plně zachovalé

Pojmenování: testováno na pojmenování konkrétních podstatných jmen a barev – při vyšetření bez problémů

Čtení: čtení nahlas zvládá, porozumění čtenému také zachováno – lépe pokud si přečte nahlas

Sociální schopnosti: pacient je velmi komunikativní, často vtipkuje, nemá problém při sociálním kontaktu

#### Motorika HKK:

Dominance HK: původně dominantní PHK, nyní v důsledku pravostranné hemiparézy používá více LHK, ale někdy i PHK

PHK - spasticita: mírná spasticita

PHK – aktivní kloubní rozsahy a svalová síla:

Flexe v ram. kl.: 170°, st. 4+

Extenze v ram. kl.: souhyby, 30°, st. 4+

Abdukce v ram. kl.: se souhyby 180°, st. 4

Horizontální addukce v ram. kl.: lehce omezeno, st. 3+

Zevní rotace v ram. kl.: 70°, st. 4+

Vnitřní rotace v ram. kl.: 60°, st. 4



Elevace ramene: oproti LHK vážne, st. 4  
Flexe v lok. kl.: 140°, st. 4+  
Extenze v lok. kl.: 180°, st. 4+  
Pronace v lok. kl.: 90°, st. 4+  
Supinace v lok. kl.: 90°, st. 4  
Dorzální flexe v zápěstí: 80°, st. 3+  
Palmární flexe v zápěstí: 40°, st. 3  
Ulnární dukce v zápěstí: téměř nezvládne  
Radiální dukce v zápěstí: téměř nezvládne  
Flexe 2. prstu: vážne, ale zvládne  
Extenze 2. prstu: vážne, ale zvládne  
Opozice palce: nedotkne se  
Cirkumdukce palce: zvládne, ale problém s koordinací pohybu  
PHK – funkční pohyby:  
PHK na pravé koleno: zvládne  
PHK na levé koleno: zvládne  
PHK k ústům: zvládne  
PHK na hlavu: zvládne  
PHK na levou lopatku: zvládne  
PHK za záda: vážne, ale částečně zvládne  
Opozice palce proti prstům: zvládne  
PHK – taxe: lehká ataxie, také se objevuje adidochokineze  
LHK – spasticita: bez spasticity  
LHK – aktivní kloubní rozsahy a svalová síla: bez omezení  
LHK – funkční pohyby: vše zvládne  
LHK – taxe: bez problémů  
Orofaciální motorika:  
Plazení jazyka: plazí k pravé straně  
Zavírání očí: zvládne  
Cenění zubů: zvládne  
Krčení čela: zvládne  
Nafouknutí tváří: zvládne  
Přesouvání vzduchu v ústech: zvládne

Špulení rtů: zvládne

Grafomotorika:

Rovná čára svislá a vodorovná: zvládne, ale je roztřesené

Kolečko: zvládne, ale je roztřesené

Spirála: zvládne, ale je roztřesená

Spojení dvou bodů: zvládne

Nakreslení lidské postavy: zvládne, ale je roztřesená

Hluboké čítí: polohocit i pohybovit nenarušen, vibrační čítí se mi nepodařilo vyzkoušet

Kognitivní funkce:

Paměť (krátkodobá vizuální): testováno pomocí překreslování devíti tvarů – pacient překreslil tři – je zde patrná porucha vizuální paměti

Paměť (krátkodobá vizuální s asociací): testováno pomocí překreslování devíti tvarů z předchozího cvičení, které byly tentokrát pojmenované – pacient překreslil čtyři tvary, jeden původní vynechal, nakreslil dva nové, jeden z nich opačně orientovaný – je zde patrná i porucha verbální paměti

Pozornost: testováno na vyškrtávání neshodných dvojic obrázků – velké potíže s pochopením úkolu, pacient nebyl schopen udržet zadání v pracovní paměti, velmi dlouho mu trvalo, než začal pracovat, nakonec velmi pomalu zvládl tři řádky testu s mnoha chybami

Zrakové gnostické funkce: testováno na vyhledávání obrázku zakomponovaného do jiného obrázku – pacient obrázek našel, ale byl potřebný delší čas

Praxe: testováno Goldenbergovým testem – v polohách ruky žádná chyba, v polohách prstů 1 chyba – odpovídá bez apraxie, pacient ovšem subjektivně udává, že se musí na pohyb velmi soustředit, aby si uvědomil, co má dělat, zřejmě mírná apraxie

## **Oblasti výkonu:**

pADL:

mobilita – pacient mobilní

sebesycení – jí levou rukou

oblékání – zvládne, tkaničky trvají dlouho

osobní hygiena – zvládne

kontinence a toaleta – zvládne

iADL:

transport: zvládne, všude jezdí sám, potíže s orientací neuvádí

domácí práce: z domácích prací pacient prý občas luxuje, jinak se jim moc nevěnuje

vaření: příliš nevaří, chleba si zvládne namazat, ale nezvládne ho ukrojit

nakupování: zvládne (nakupuje rád)

používání komunikačních technologií (mobil, PC): mobil ovládá, počítač nepoužívá

Volný čas: v nedávné době se podílel na stavbě domu (především organizace), dříve hrával na kytaru (stále to zkouší)

Práce: ID

### **Vyšetření funkční komunikace:**

Při aktivitách pADL pacient nepocítuje při komunikaci žádné obtíže. Pacient dokáže částečně vysvětlit svou poruchu řeči, manželka mu při komunikaci často pomáhá. Na úřadech a při komunikaci s lékařem pacient pocítuje vždy problémy. Pokud se pacient ztratí, dokáže se zeptat na cestu. Je schopen sdělit svou adresu, telefon si nepamatuje. Při nakupování problémy při komunikaci nepocítuje, při cestování někdy ano.

### **Závěr z vyšetření:**

Pacient má LHK plně funkční, u PHK postiženo pouze akrom: vážne palmární flexe a dukce v zápěstí, izolované pohyby prstů. U proximální části PHK je lehce omezena svalová síla. Grafomotorika činí mírné potíže, pacient píše LHK – písmo i kresba roztřeseny. Orofaciální motorika je vcelku bez problémů, kromě lehkého plazení jazyka k pravé straně, mimika dobrá. Co se týká kognitivních funkcí, je u pacienta patrné zpomalené psychomotorické tempo, porucha paměti, těžká porucha pozornosti a chápání instrukcí. Pacient je rovněž mírně apraktický. Pacient nemá poruchu paměti vůbec kompenzovanou.

V rámci aktivit pADL je plně soběstačný, z aktivit iADL dělají problém některé položky ohledně přípravy potravy.

### **Ergoterapeutický proces:**

20. 5. 2009 – Detailní seznámení pacienta s cílem naší spolupráce, vstupní vyšetření (viz výše), s pacientem jsem se domluvila, že se příště zaměříme na vyzkoušení komunikace na úřadech a s lékařem

29. 5. 2009 - Vyzkoušení modelové situace: pacient si měl zažádat na úřadě o příspěvek na péči, já jsem hrála úřednici – pacient okamžitě zapomněl, o jaký příspěvek si má žádat a nebyl schopen vysvětlit, čeho se týká, nevybídli mě, abych mu pomohla vybavit si to, dávala jsem

pacientovi možnosti a správně mě zarazil; pacientovi jsem dala za úkol vyplnit formulář – písmo nečitelné, formulář jsem začala vyplňovat sama a on mi diktoval odpovědi, pacient na text špatně viděl (zapomněl si brýle), neznal z paměti všechny údaje, musela jsem ho vybídnout, aby je někde zjistil, déle mu trvá, než si uvědomí, kde je má napsané. Vysvětlila jsem pacientovi možnost komunikovat pomocí kresby jako způsob předání sdělení, i jako způsob podpory vybavení slova, komunikaci jsme vyzkoušely – u obsáhlejších sdělení měl pacient trochu problém nakreslit situaci srozumitelně, kreslení jednoho konkrétního slova zvládal a pomáhalo mu to při vybavování (zkoušeli jsme při sepisování nákupu). Pacient dostal za úkol psát doma nákupy, a pokud si nebude moci vzpomenout na slovo, tak danou položku nakreslit. Domluvili jsme se, že vytvořím pro pana Y stejnou pomůcku jako pro paní X, ale slovní zásobu obohatíme ještě o prvky ze stavby domu. Dále jsem zjistila, že pacient užívá přes deset léků, které není schopen vyjmenovat, proto dostal za úkol si je do příště vypsát na papír a nosit tento seznam vždy u sebe. Navrhla jsem pacientovi vyrobení kartičky vztahující se k fatické poruše, která bude popisovat i druh fatické poruchy, s čímž souhlasil.

3. 6. 2009 – Nejprve jsem zjistila stav pacientovy domácí práce: na seznam léků zapomněl, nákupy psal, ale zvládal je tak do čtyř položek, a pak již mu to dělalo problémy. Předložila jsem pacientovi obrázkovou komunikační pomůcku, která zahrnovala 253 obrázků, vyzkoušely jsme její používání. Slova podle obrázků v ní si velmi dobře vybavoval, na některé obrázky špatně viděl, jelikož si opět zapomněl brýle. Pacienta jsem vyzvala, aby si napsal na poslední stranu pomůcky seznam léků, které užívá, a aby si do ní v případě potřeby doplňoval další pojmy. Dostal za úkol ji co nejvíce používat a zhodnotit, jestli mu pomůcka pomáhá. Dále jsem mu předala kartičku ohledně fatické poruchy, na kterou jsem doplnila i jeho telefonní číslo domů, abych podpořila kompenzaci pacientových paměťových problémů.

10. 6. 2009 – Pacient považuje komunikační pomůcku za užitečnou, měl ji s sebou na nákupu, kde se podíval na obrázky, aby si vzpomněl na slova, pomůcka mu pomohla, jinak ji s sebou nenosí. Zatím neví, o co by slovní zásobu doplnil. Kartičku ohledně jeho komunikační poruchy nosí všude. Na sepsání léků, které užívá, opět zapomněl.

### **5.3. Kazuistika III.**

Paní K, nar.: 1953 – 56 let

#### **Anamnéza:**

OA: 2002 – infarkt myokardu a CMP, pravostranná hemiparéza, kognitivní deficit, afázie

SA: žije s manželem, má tři syny, bydlí v Praze v činžovním domě

PA: ID, pracovala jako podnikatelka v autodopravě

### **Komponenty výkonu:**

#### Komunikace:

Porozumění: testováno modifikací Token testu, jednoduché otázky zvládla bez problémů, u otázek zahrnujících více úkolů se občas objevily drobné problémy – porozumění v pořádku

Pojmenování: testováno na pojmenování konkrétních podstatných jmen a barev – při vyšetření bez problémů

Čtení: čtení nahlas zvládá, porozumění čtenému také zachováno – lépe pokud si přečte nahlas

Sociální schopnosti: pacientka je velmi komunikativní a společenská, nemá problém při sociálním kontaktu

#### Motorika HKK:

Dominance HK: původně PHK, v současné době pravostranná hemiparéza, nyní LHK

PHK - spasticita: středně těžká spasticita při flexi i extenzi lokte

#### PHK – aktivní kloubní rozsahy a svalová síla:

Flexe v ram. kl.: s pomocí LHK 30°, st. 3+

Extenze v ram. kl.: 10°, st. 3+

Abdukce v ram. kl.: 80°, st. 3+

Horizontální addukce v ram. kl.: 60°, st. 3

Zevní rotace v ram. kl.: 20°, st. 3

Vnitřní rotace v ram. kl.: 40°, st. 3

Elevace ramene: téměř nezvedne, st. 3

Flexe v lok. kl.: začátek pohybu ve flexi 80°, do 110°, st. 3+

Extenze v lok. kl.: začátek pohybu v extenzi 70°, do 100°, st. 3

Pronace v lok. kl.: předloktí v mírném pronačním postavení, pronace aktivně nelze

Supinace v lok. kl.: nelze

Dorzální flexe v zápěstí: nelze

Palmární flexe v zápěstí: ruka v mírném flekčním postavení, aktivně nelze

Ulnární dukce v zápěstí: nelze

Radiální dukce v zápěstí: nelze

Flexe 2. prstu: nelze

Extenze 2. prstu: nelze

Opozice palce: nelze

Cirkumdukce palce: nelze

PHK – funkční pohyby:

PHK na pravé koleno: zvládne položit na stehno

PHK na levé koleno: zvládne položit na stehno

PHK k ústům: zvládne asi 10 cm k ústům

PHK na hlavu: nezvládne

PHK na levou lopatku: nezvládne

PHK za záda: nezvládne

Opozice palce proti prstům: nezvládne

PHK – taxe: nelze vyšetřit, tremor se neobjevuje, zřejmě bez poruchy taxe

LHK – spasticita: bez spasticity

LHK – aktivní kloubní rozsahy a svalová síla: bez omezení

LHK – funkční pohyby: vše zvládne

LHK – taxe: bez problémů

Orofaciální motorika:

Plazení jazyka: zvládne

Zavírání očí: zvládne

Cenění zubů: zvládne

Krčení čela: nezvládne

Nafouknutí tváří: zvládne

Přesouvání vzduchu v ústech: na pravé straně lehce vážne

Špulení rtů: zvládne

Grafomotorika:

Rovná čára svislá a vodorovná: zvládne

Kolečko: zvládne

Spirála: zvládne

Spojení dvou bodů: zvládne

Nakreslení lidské postavy: zvládne

Hluboké čítí: polohocit i pohybovit nenarušen, vibrační čítí se mi nepodařilo vyzkoušet

Kognitivní funkce:

Paměť (krátkodobá vizuální): testováno pomocí překreslování devíti tvarů po dvouminutovém časovém limitu na zapamatování – velmi dobrá, zvládla překreslit osm z devíti

Paměť (krátkodobá vizuální s asociací): testováno pomocí překreslování devíti tvarů z předchozího cvičení, tentokrát s asociací po minutovém časovém limitu na zapamatování – velmi dobrá, zvládla devět z devíti

Pozornost: testováno na vyškrtávání neshodných dvojic obrázků, drobný problém s pochopením úkolu, lehce zpomalené pracovní tempo, zvládla s jednou chybou na konci – pozornost neporušená

Zrakové gnostické funkce: testováno na vyhledávání obrázku zakomponovaného do jiného obrázku – pacientka obrázek našla, ale byl potřebný delší čas

Praxe: testováno Goldenbergovým testem – v polohách ruky 1 chyba, v polohách prstů 2 chyby – pacientka bez apraxie

### **Oblasti výkonu:**

#### pADL:

mobilita – pacientka mobilní

sebesycení – jí levou rukou, pravou si přidržuje talíř

oblékání – zvládne, tkaničku zvládne jednou rukou s jednou kličkou

osobní hygiena – zvládne

kontinence a toaleta – zvládne

#### iADL:

transport: zvládne, s orientací potíže neuvádí

domácí práce: zvládne

vaření: zvládne

nakupování: zvládne, uvádí problém s počítáním – v obchodě si musí přečíst cenu na displeji

používání komunikačních technologií (mobil, PC): mobil ovládá, počítač ovládá

Volný čas: chodí na angličtinu, cvičení, logopedii a kognitivní terapii, jinak se věnuje domácnosti

Práce: ID

### **Vyšetření funkční komunikace:**

Při aktivitách pADL pacientka nepocituje při komunikaci žádné problémy. Pacientka neví, jestli dokáže vysvětlit, že má komunikační poruchu a jak se projevuje, většinou se jí snaží všichni pomoci. Nepocituje problémy při komunikaci s lékaři, na úřadech, při cestování

ani při nakupování, jen pokud by mělo jít o reklamaci. Reklamovat přes internet prý ovšem zvládne. Pokud se ztratí, dokáže se zeptat na cestu. Na vyzvání je schopna sdělit adresu i e-mailovou adresu, telefonní číslo si nepamatuje, ale umí si ho najít v mobilu.

### **Závěr z vyšetření:**

LHK funkčně bez omezení, PHK těžké omezení pohybu ve všech segmentech PHK. Grafomotorika LHK, písmo čitelné, kresba dobrá. Orofaciální motorika lehce postižena na levé straně. Kognitivní funkce v pořádku, pacientka uvádí jen problém s počítáním, lehce zpomalené psychomotorické tempo. Soběstačná ve všech položkách aktivit pADL a iADL.

### **Ergoterapeutický proces:**

22. 5. 2009 - Detailní seznámení pacientky s cílem naší spolupráce, vstupní vyšetření (viz výše), s pacientkou jsem se domluvila, že si příště vyzkoušíme komunikaci při reklamaci zboží.

3. 6. 2009 – S pacientkou jsem vyzkoušela modelovou situaci reklamaci zboží, já jsem hrála prodavačku, pacientka dostala obrázek roztržené boty a měla popsat závadu a sdělit mi všechny důležité údaje – situaci zvládla velice dobře. Poté jsem s ní rovněž vyzkoušela schopnost vyplnit formulář, chtěla jsem vidět, jak se v něm bude orientovat – pacientka zvládla vše bez problémů. Vyzkoušela jsem s pacientkou napsání nákupu – některé potraviny dovedla pojmenovat velmi přesně, přesto si na některé nebyla schopna vzpomenout, vyzvala jsem pacientku, aby si položku nakreslila, obrázek pacientce pomohl s vybavením, přesto by raději uvítala obrázkovou pomůcku, než aby si kreslila položky sama. Navrhla jsem pacientce, že jí zhotovím pomůcku a kartičku, ohledně fatické poruchy.

10. 6. 2009 – Předala jsem pacientce kartičku ohledně fatické poruchy a obrázkovou komunikační pomůcku. Vyzkoušela jsem s pacientkou práci s pomůckou, u některých slov pacientka potřebovala nápovědu prvního písmene, ale nechtěla ho do pomůcky vepsat. Domluvily jsme se, že ji bude používat a příště mi sdělí, jak ji používala.

20. 6. 2009 – Pacientka obrázkovou komunikační pomůcku používá pouze v domácím prostředí, kde si ji prochází a zkouší si vybavování slov. Při konkrétní situaci ji nepoužila, nakupovat jezdí s manželem, který nákup zajistí. Zatím neví, o jakou slovní zásobu by ji doplnila. Kartičku k řečové poruše nosí vždy u sebe.

## **6. Diskuze:**



Než budu diskutovat samotné výsledky vyplývající z případových studií (kasuistik), budu se věnovat problematice způsobu tvorby výzkumu. V první řadě chci zmínit, proč jsem si vybrala výzkum ve formě kasuistik.

Jelikož vnímám bakalářské studium zejména jako přípravu na praxi, rozhodla jsem se pojmout praktickou část doslova co nejvíce prakticky. Chtěla jsem vyzkoušet ergoterapeutickou intervenci, která je cílená na fatickou poruchu. Z vlastních zkušeností vím, že pacienti s fatickou poruchou nezdídko navštěvují ergoterapii. Fatická porucha bývá subjektivně pro pacienty, a v některých případech i objektivně z hlediska funkčního posouzení, nejzávažnějším problémem. Smysl ergoterapie, jak ho vnímám já, je podpora maximální funkčnosti člověka v přirozeném prostředí. Chtěla jsem ověřit, jestli může ergoterapeut takovému pacientovi pomoci, a jestli neverbální komunikace je opravdu efektivní volbou, jak se o ní zmiňuje odborná literatura.

Další možnost, jak je možné se danou problematikou zabývat, je formou dotazníku, který by měl za úkol zjistit, jak se v České republice ergoterapeuti věnují osobám s fatickou poruchou, zda se zaměřují na funkční komunikaci a zda k tomuto účelu využívají neverbální komunikaci. Ačkoli jsem si tuto formu nakonec nevybrala, vnímám ji jako zajímavou možnost pro další práci související s tímto tématem.

Následně se nabízí způsob výběru osob do výzkumu, který jsem již popsala a zdůvodnila v kapitole Metodologie – Výběr osob. Pacienty jsem nechala vybrat vedoucí mé práce a vznikla tak popsaná trojice pacientů s poměrně podobnou symptomatikou. Situace, že budu mít velmi podobné pacienty, nebyla můj počáteční záměr. Zda je to situace výhodná, nebo není, záleží na úhlu pohledu. Z hlediska generalizovatelnosti výsledku se jedná o nevýhodu, jelikož je možné se ptát, zda by byly výsledky stejné např. při práci s pacienty po traumatickém poškození mozku, kteří mívají často difúznější poškození a je možné u nich předpokládat poškození obou hemisfér. Výsledek se proto nedá plně generalizovat. Nicméně pokud výsledek vztáhneme na pacienty po CMP s postižením dominantní hemisféry s expresivní afázií, můžeme říct, že má výsledek větší validitu, ačkoli se stále jedná o velice malý vzorek.

Pacienti byli ale podobní i mírou fatické poruchy, kdy všichni měli již afázie s lehkou symptomatikou, tedy byli schopni poměrně plynulé řeči s občasnými zárazy z důvodu neschopnosti si vybavit slovo. Tato situace mě pak při plánování terapie vedla k myšlence, že se všemi pacienty vyzkouším velmi podobnou, téměř stejnou, ergoterapeutickou intervenci. Nejvíce mě při teoretické přípravě oslovilo využití kresby. Z výsledků vyšetření jsem

usoudila, že všichni pacienti jsou vhodnými kandidáty pro tento druh terapie a komunikační podpory.

Mezi jiné způsoby, které neverbální komunikace nabízí, patří např. využívání gest. Gesta jsem jako terapeutickou intervenci nevybrala proto, že je považuji za velice přirozená a také všichni pacienti uvedli, že je běžně při komunikaci používají. Co se týká znakování, nepřišlo mi vhodné u dané skupiny pacientů, jelikož všichni měli již poměrně dobrou úroveň verbálních komunikačních schopností. Při komunikaci s laickou veřejností se jedná o způsob funkčně téměř nepoužitelný, jelikož vyžaduje určité znalosti i od komunikačního partnera.

Nicméně při zkoušení kresby jako způsobu komunikace a zároveň podpory vybavování slov, tedy verbální komunikace, se mi pacienty nepodařilo danou metodou výrazněji oslovit, ačkoli jsem smysl metody pacientům velmi podrobně popsala, a dokonce metoda pacientům objektivně při vybavě slova pomáhala. Důvodem, proč metoda pacienty tolik nezaujala, může být již velmi dobrá úroveň verbálních schopností pacientů, kteří tak tento způsob zřejmě vnímali jako jakýsi krok zpátky v jejich komunikačních schopnostech.

První pacientka, u které jsem danou metodu aplikovala, mě ovšem podnítila k další možné metodě. K trénování využití kresby jsem použila situaci sepisování nákupu. Pacientka mě ovšem velmi brzy upozornila, že při nakupování nemá problémy s vybavností slov. Pokud vidí předmět (potravinu), o který se zajímá, vzpomene si, jak se daný předmět jmenuje. Tím mě navedla na další způsob podpory komunikace, a to na základě využití podnětného prostředí nebo pomůcek, které stimulují přes vizuální cestu vybavu slov. Nabídla jsem proto pacientce zhotovení obrázkové komunikační pomůcky, která by nahrazovala podnětné prostředí obchodu.

Tento způsob měl ohlas u všech tří pacientů. Vysvětlila jsem pacientům, že pomůcka může sloužit k podpoře vybavení slova, ale také k vizuálně-motorickému způsobu komunikace, který se uskutečňuje přes ukazování na obrázky.

Všichni pacienti považovali pomůcku za užitečnou, ale pouze dva ji používali k podpoře funkční komunikace v konkrétních situacích: paní X při psaní nákupu a pan Y při samotném nakupování. Třetí pacientka ji používala pouze jako pomůcku ke zdokonalování verbálních dovedností. Jedna pacientka ji nosila vždy u sebe, jeden pacient ji měl u sebe při konkrétní situaci (nakupování) a jedna pacientka ji s sebou nenosila.

Dvě pacientky potřebovaly vybavu slov podpořit ještě prvním písmenem slova, z toho jedna pacientka chtěla do pomůcky písmena dopsat. Jednomu pacientovi stačila pouze vizuální stimulace (obrázek) k vybavě slova.

Z výše napsaného vyplývá, že vizuální podpora napomáhá výbavě slov u pacientů s expresivní afázií s lézí v dominantní hemisféře, větší část pacientů ale někdy potřebuje podpořit i verbálním stimulem. Vizuální podpora tedy zvyšuje funkčnost komunikace. Nicméně jedna pacientka nakonec k podpoře funkční komunikace pomůcku vůbec nepoužívala. V tomto případě jsem narazila podruhé na předpokládaný problém s motivovaností pacientů pro netradiční způsoby při podpoře komunikace (poprvé to bylo při využívání kresby).

Bohužel zvýšení úrovně funkční komunikace je posuzováno pouze subjektivně pacienty. Z finančních důvodů se mi nepodařilo opatřit žádný standardizovaný test, který by to objektivně potvrdil.

Než jsem začala s pacienty pracovat na využívání neverbálních prostředků k podpoře funkční komunikace, pacienty jsem vyšetřila (vyšetření je součástí kapitoly Metodologie – vyšetření) a udělala s nimi dotazník (viz příloha č. 9), kterým jsem chtěla zjistit, při jakých oblastech výkonu pociťují nejvýraznější problémy v komunikaci. Dotazník jsem zhotovila tak, aby jeho výsledky respektovaly škálu míry expresivní fatické poruchy. Ve výsledcích v případě souboru mých pacientů se jednoznačně odrazil stupeň jejich fatické poruchy. Tedy žádný z nich nepociťoval komunikační problémy v oblastech pADL a současně ve většině iADL. Dva pacienti uvedli komunikační problémy v administrativě, jeden pacient při komunikaci s lékařem a jiným zdravotnickým personálem, jedna pacientka uvedla problémy v souvislosti s nakupováním, ale jednalo se o reklamace (tedy opět administrativa). Ohledně sdělování informací o své fatické poruše dva pacienti odpověděli, že neví, jestli situaci dovedou vysvětlit a požádat si o pomoc, jedna pacientka odpověděla, že by to nezvládla. Všichni pacienti si myslí, že jsou schopni se zeptat na cestu, pokud se ztratí.

Nyní se pokusím vytvořit z výše zmíněných výsledků určitý závěr, který je nutné vztáhnout ke skupině pacientů s expresivní afázií s již mírnou poruchou a chronickou formou (pacienti jsou již na svůj stav do určité míry adaptovaní). Největší problémy subjektivně pociťují v komplexních komunikačních situacích, které nepatří mezi rutinní, a které s sebou nesou používání určitých specifických výrazů, které opět nejsou v naší dennodenní slovní zásobě. Podle výsledků dotazníku se tedy jednalo o administrativu, reklamace nebo např. komunikaci u lékaře.

Dané výsledky dotazníku jsem si chtěla ověřit, proto jsem v rámci terapií s pacienty vyzkoušela modelové činnosti z těchto oblastí. Jedna modelová činnost se týkala zažádání si o Příspěvek na péči, včetně vyplnění formuláře. Nicméně se do úspěšného zvládnutí této

činnosti také promítly kognitivní funkce, které nebyly u všech pacientů zcela stejně porušeny. Nejhuře modelovou činnost zvládl pan Y, který má mimo fatické poruchy také poškozenou paměť, exekutivní funkce a soustředění. Pacient okamžitě zapomněl, o co si má žádat a také neznal všechny údaje, které byly potřebné pro vyplnění formuláře. Ačkoli se neznalost např. telefonního čísla objevila u všech pacientů, ostatní okamžitě věděli, kde si ho najdou, pan Y k tomu musel být vybídnut.

Zde se tedy potvrdil jeden z pohledů na funkční komunikaci, který jsem zmínila v teoretické části: *„funkční komunikace může být narušena buď v důsledku fokální léze zapříčiňující afázii či dysartrii, nebo v důsledku difúzního poškození mozku, jež s sebou většinou přináší tzv. kognitivně-komunikační poruchy.“* Při posuzování funkční komunikace nesmíme zapomenout na hodnocení a práci s kognitivními a exekutivními komponentami výkonu, které ji pak mohou ovlivnit zejména při ne zcela běžných a komplexnějších komunikačních situacích.

Pro vyřešení kognitivních poruch, které mohou ovlivňovat funkční komunikaci, je vhodné primárně využít kompenzační přístup. V rámci práce s pacienty jsem všem pacientům navrhla kartičku popisující druh fatické poruchy, která kompenzuje neschopnost vysvětlit obsáhlejší a složitější sdělení. Dále kartička obsahovala telefonní číslo buď na někoho z rodiny, nebo přímo na pacienta. Jedná se o kompenzaci poruchy paměti. Dále jsem vybízela pana Y, aby si zhotovil seznam všech léků, které užívá a nezvládne je vyjmenovat. Seznam by měl nosit všude u sebe, zejména pak k lékaři. Ačkoli vše vypadá, že se jedná o prostou kompenzaci kognitivních funkcí, z mé práce vyplynulo, že je to současně prostředek, který vede za určitých okolností k podpoře právě funkční komunikace.

Nyní se dostávám k předpokladu, že by zaměření na funkční komunikaci mělo být standardní součástí ergoterapeutického procesu. Již z jednotlivých oblastí, které jsem zvolila do dotazníku, jednoznačně vyplývá, že zejména v oblastech iADL je celá řada položek, jejichž zvládnutí stojí zejména na funkční komunikaci. Dále funkční komunikace může dle mých předpokladů rovněž ovlivnit i položky pADL, ale tento jev by bylo nutné sledovat na jiném vzorku pacientů. Muselo by se jednat o pacienty s těžkou formou expresivní afázie. Zda se ergoterapeuti funkční komunikaci věnují nebo ne by byla otázka, jak již jsem zmínila, pro samostatný výzkum.

## **7. Závěr:**

Na obě výzkumné otázky jsem našla částečnou odpověď. Co se týká první otázky, která se ptá, zda využívání neverbální komunikace zvyšuje funkční komunikaci, se mi podařilo zjistit odpověď pouze u vizuálně-motorických a vizuálních neverbálních prostředků, mezi které patří kresba, ukazování na obrázky a využívání vizuálních podnětů k podpoře vybavení slova. U všech těchto prostředků se ukázalo, že jejich využitím se u pacientů s lézí v dominantní hemisféře dá pozitivně působit na zlepšení funkční komunikace. Z časových důvodů se mi nepodařilo zjistit, jak je tomu u komunikace pomocí gest či znakování. Zda také podporují výbavnost slova, nebo jak moc jsou efektivní z hlediska předávání informace v laické společnosti.

Na odpověď na druhou výzkumnou otázku („Mělo by být zaměřeno na funkční komunikaci standardní součástí ergoterapeutického procesu.“) je možné se dívat ze dvou pohledů. První pohled vyvozuji z dotazníku, který jsem sama vytvořila, a na kterém jsem si uvědomila, kolik oblastí je závislých na funkční komunikaci. Proto z tohoto dotazníku vyvozuji, že funkční komunikace by měla být standardní součástí ergoterapeutického procesu. Nicméně si uvědomuji, že ke komplexnějšímu závěru mi chybí objektivní posouzení vyplývající např. ze zlepšení ve standardizovaných testech. Tedy by tento výzkum musel být dotažen tím, že bych musela mít k dispozici standardizované testy na hodnocení funkční komunikace, které by potvrdily zlepšení ve funkční komunikaci, a pak by se musel popsat korelační vztah mezi zlepšením funkční komunikace a zlepšením skóre v testech hodnotících např. pADL a iADL (např. FIM).

Druhý pohled je možné vnímat z možnosti funkční komunikace jako standardní položky, která se hodnotí v rámci vyšetření a testů samostatně, kdy její zlepšení zvyšuje celkové skóre pacienta. V tomto případě se ale kompetence posuzování funkční komunikace dělí mezi dvě profese, a to klinickou logopedii a dle mého názoru ergoterapii. Podle mé teoretické přípravy však vše vypadá, že hodnocení funkční komunikace je stále více otázkou logopedickou, neboť všechny testy funkční komunikace, o kterých jsem našla zmínky, jsou koncipované pro logopedickou praxi. Tedy v tomto případě je otázka stále nezodpovězena.

### **Seznam literatury:**

- ADAMOVICH, B. B.: *Functional outcome assessment of adults with traumatic brain injury*. Seminars in Speech and Language. 1998, vol. 19, s. 281–288.
- AFTONOMOS, L. B., STEELE, R. D., APPELBAUM, J. S., HARRIS, V. M. *Relationships between impairment-level assessments and functional-level assessments in aphasia: findings from LCC treatment programmes*. Aphasiology. 2001, vol. 15, s. 951 – 964.
- BAKHEIT, A. M. O., CARRINGTON, S., GRIFFITHS, S., SEARLE, K. *High scores on the Western Aphasia Battery correlate with good functional communication skills (as measured with the Communicative Effectiveness Index) in aphasic stroke patients*. Disability & Rehabilitation. 18. 3. 2005, vol. 27, is. 6, s. 287-291.
- BEEROVÁ, E. *Aktuální stav užívání prostředků augmentativní a alternativní komunikace*. E-PEDAGOGIUM [on-line]. 2005, č. 2 [citováno 20. 3. 2009], s. 7 – 18.

Dostupné z WWW: <[http://www.upol.cz/fileadmin/user\\_upload/PdF/e-pedagogium/e-ped\\_2-2005.pdf](http://www.upol.cz/fileadmin/user_upload/PdF/e-pedagogium/e-ped_2-2005.pdf)>. ISSN 1213-7758.

- BONDY, A., FROST, L. *The picture exchange communication system*. Focus on Autistic Behavior. 1994, vol. 9, s. 1–19.
- CSÉFALVAY, Z. *Diagnostika afázie*. In LECHTA, V. a kol. *Diagnostika narušené komunikační schopnosti*. 1. vyd. Praha: Portál, 2003. ISBN 80-7178-801-5
- CSÉFALVAY, Z. *Terapie afázie*. In LECHTA, V. a kol. *Terapie narušené komunikační schopnosti*. 1. vyd. Praha: Portál, 2005. ISBN 80-7178-961-5
- CSÉFALVAY, Z. a kol. *Terapie afázie. Teorie a případové studie*. 1.vyd. Praha: Portál, 2007. ISBN 978-80-7367-316-1
- DRUMMOND, S. S., BOSS, M. R. *Functional communication screening in individuals with traumatic brain injury*. Brain Injury. 1. 1. 2008, vol. 18, no. 1, s. 41–56.
- FREUND, J., HAYTER, C., MACDONALD, S. et al.: *Cognitive-communication disorders following traumatic brain injury*. In *Communication Skill Builders*. Tucson: 1994.
- HELM-ESTABROOKS, N., ALBERT, M. L. *Manual of Aphasia Therapy*. Austin, TX, Pro-Ed, 1991.
- HURLBUT, I. B. et. al. *Nonvocal language acquisition in adolescents with severe physical disabilities: Blissymbol versus iconic stimulus format*. Journal of applied behavior analysis. [on-line] 1982, vol. 15, no. 2 [citováno 23. 3. 2009], s. 241 – 258. Dostupné z WWW: <<http://www.pubmedcentral.nih.gov/picrender.fcgi?artid=1308268&blobtype=pdf>>.
- KLEIN, Z. *Atlas sémantických gest*. 1. vyd. Praha: HZ Editio, 1998. ISBN 80-86009-21-1
- KNAPCOVÁ, M. *Výměnný obrázkový komunikační systém – VOKS*. 2. vyd. Praha: Institut pedagogicko-psychologického poradenství ČR, 2006. ISBN 80-86856-14-3
- KUBOVÁ, L. *Piktogramy. Metodická příručka*. 1. vyd. Praha: Tech-Market, 1997. ISBN 80-86114-00-7
- KUBOVÁ, L. *Piktogramy. Učebnice*. 1. vyd. Praha: Tech-Market, 1997. ISBN 80-902134-9-9
- KUBOVÁ, L. *Znak do řeči*. 1. vyd. Praha: Tech-Market, 1999. ISBN 80-86114-23-6

- LAUDOVÁ, L. *Augmentativní a alternativní komunikace*. In ŠKODOVÁ, E., JEDLIČKA, I. *Klinická logopedie*. 1. vyd. Praha: Portál, 2003. ISBN 80-7178-546-6
- LURIJA, A. R. *Základy neuropsychologie. Osnovy nejropsichologii*. Přeložil Ladislav Košč. Bratislava: Slovenské pedagogické nakladateľstvo, 1983. 407 s.
- MACUROVÁ, A. *Poznáváme český znakový jazyk I*. [on-line] 30. 9. 2004 [cit. 14. 3. 2009] Dostupné z WWW: <<http://ruce.cz/clanky/8>>.
- MAHENDRA, N. *Modifying the Communicative Abilities of Daily Living (CADL-2) for Use with Illiterate Persons with Aphasia: Preliminary Results*. [on-line] [cit. 10. 4. 2009] Dostupné z WWW: <[http://www.speechpathology.com/Articles/article\\_detail.asp?article\\_id=242](http://www.speechpathology.com/Articles/article_detail.asp?article_id=242)>.
- MRZÍLKOVÁ, E., OSTATKOVÁ, M. *Základy české znakové řeči I*. Jinočany: H&H, 1993. ISBN 80-85467-30-5
- RÁDLOVÁ, E. *Manuál základních postupů jednání při kontaktu s osobami s poruchami komunikace*. 1. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2007. ISBN 978-80-244-1634-2
- RAO, P. R. *Communication Disorders and Rehabilitation of Persons with Stroke*. American Rehabilitation. Winter 1993, vol. 19, is. 4, s. 38 – 42.
- REDLICH, K. *Co je znakový jazyk, znakovaná čeština...* [on-line] 22. 3. 2007 [citováno 14. 3. 2009] Dostupné z WWW: <<http://ruce.cz/clanky/188>>.
- ROBEY, R. R. *A Meta-analysis of Clinical Outcomes in the Treatment of Aphasia*. Speech Lang Hear Res. 1998, vol. 41, s. 172 – 187.
- STONER, J. B. a kol. *The Effectiveness of the Picture Exchange Communication System with Nonspeaking Adults*. Remedial and special education. 1. 5. 2006, vol. 27, No. 3, s. 154–165.
- YLVISAKER, M.: *Communication outcome following traumatic brain injury*. Seminars in Speech and Language. 1992, vol. 13, s. 239–250.
- WALKER, M. *The Makaton Vocabulary – Uses And Effectiveness*. Psychiatry for mental handicap, St. George's Hospital Medical School University of London, 1987. [on-line] [citováno 14. 3. 2009] Dostupné z WWW: <[http://eric.ed.gov/ERICDocs/data/ericdocs2sql/content\\_storage\\_01/0000019b/80/1c/61/5e.pdf](http://eric.ed.gov/ERICDocs/data/ericdocs2sql/content_storage_01/0000019b/80/1c/61/5e.pdf)>.

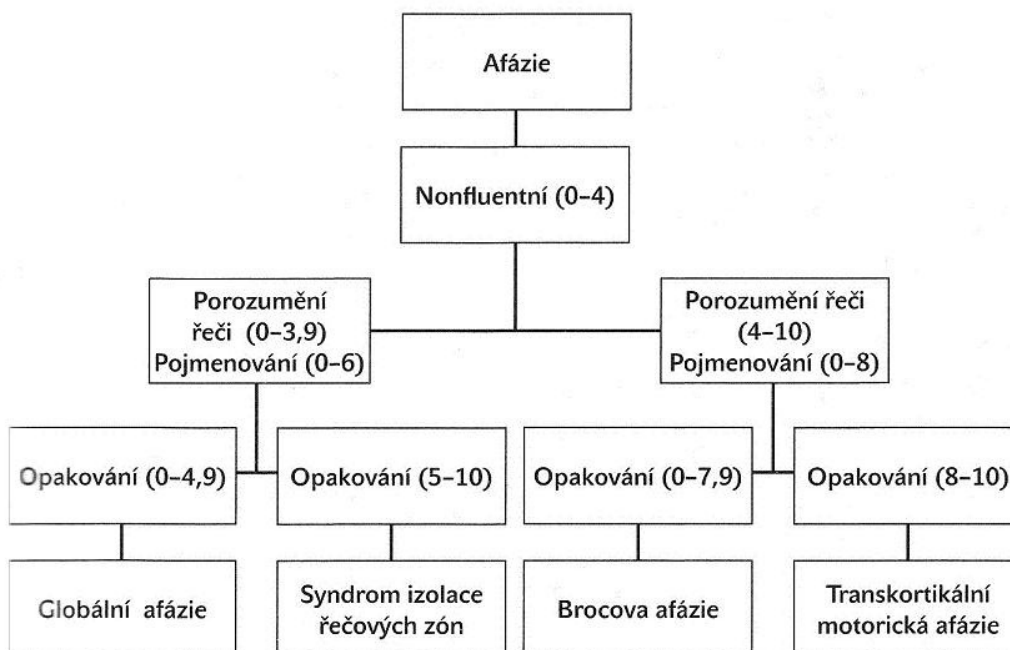


- *FCP-R Functional Communication Profile - Revised* [on-line] [citováno 14. 3. 2009] Dostupné z WWW <<http://www.linguisystems.com/itemdetail.php?id=460>>.
- WHO. *International Classification of Impairments, Disabilities and Handicaps*. WHO, 1980.

## Přílohy

Příloha č. 1: a)

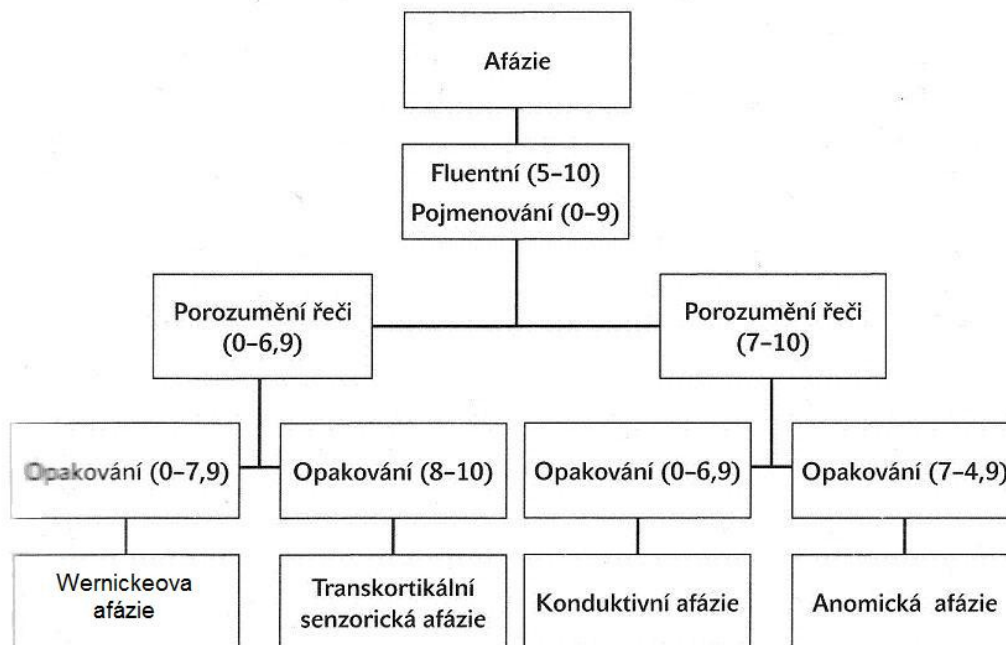
**Klasifikace nonfluentních afázií na základě hodnocení testem WAB**  
(zpracováno dle Kertesz, 1979)



(Cséfalvay, 2007: 51)

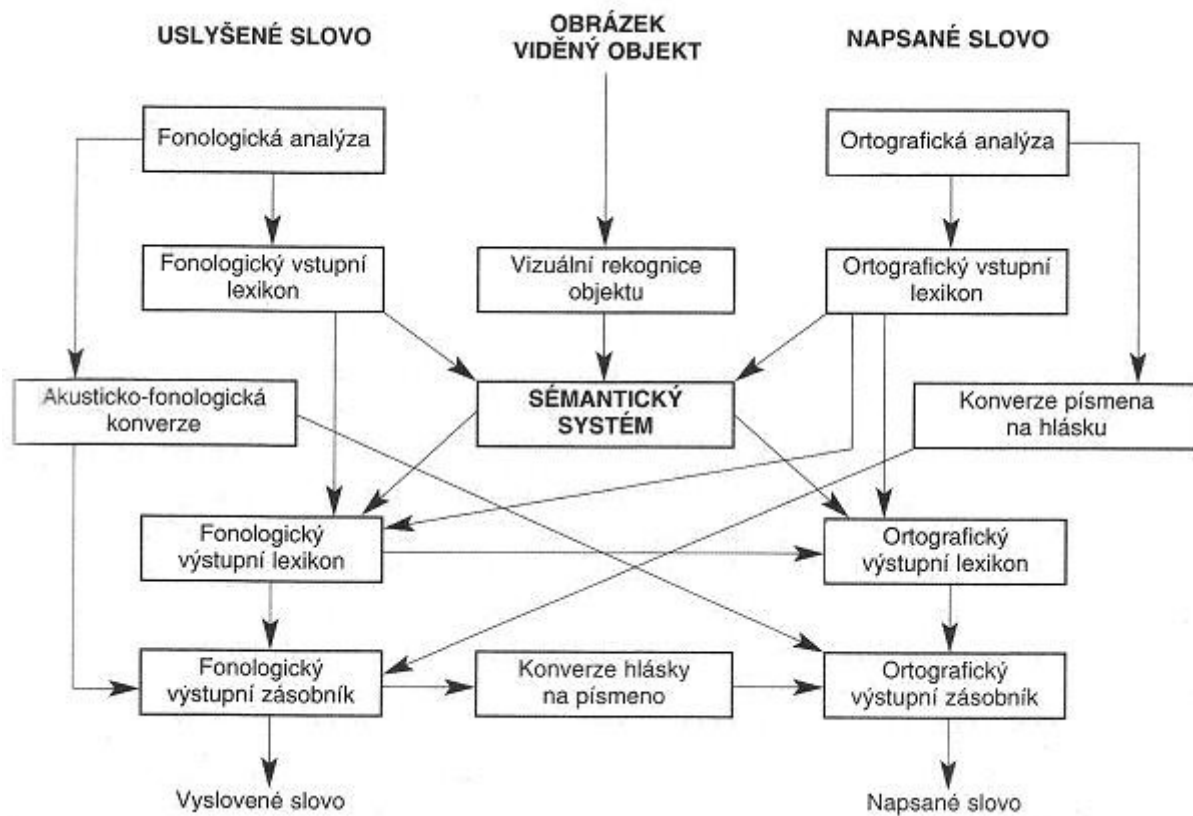
Příloha č. 1: b)

**Klasifikace fluentních afázií na základě hodnocení testem WAB**  
(zpracováno dle Kertesz, 1979)



(Cséfalvay, 2007: 51)

Příloha č.2 Model jazykových procesů (zpracováno podle Kaye, Lesserové a Colthearta, 1996)

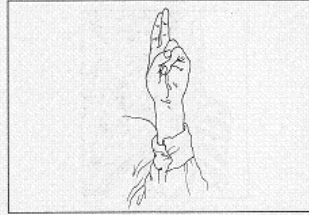


(Cséfalvay, 2005: 213)

# 115

Nejčastější význam:

**CHCI HOVOŘIT  
- PŘÍSAHA**



Popis: Ruka zvednuta do výše očí (příp. výše), 2. a 3. prst extendován, oba se dotýkají, ostatní prsty ohnuté, dlaně směrem k partnerovi.

Interpretace:

Muži N = 163, Ženy N = 213  
Mezipohlavní rozdíl: ano - ne

1. Chci hovořit	47.3%
2. Příklad	47.1%
3. Jiný význam	4.5%
4. Nezná	1.1%

Příklady:

1. Já to vím!, Hlásí se o slovo, aj.
2. Slibuji, Čestně!, Opravdu nekecám, aj.
3. Pozdrav, Varování, Dvě, aj.

Poznámka:



(Klein, 1998: 74)

# 121

Nejčastější význam:

**PENÍZE,  
DRAHOTA**



Popis: Ruka natažená směrem k partnerovi, dlaně vzhůru, palec se jemně pohybuje po ukazováku střídavě v obou směrech.

Interpretace:

Muži N = 163, Ženy N = 213  
Mezipohlavní rozdíl: ano - ne

1. Peníze, drahota	77.1%
2. Jiný význam	15.4%
3. Nezná	7.5%

Příklady:

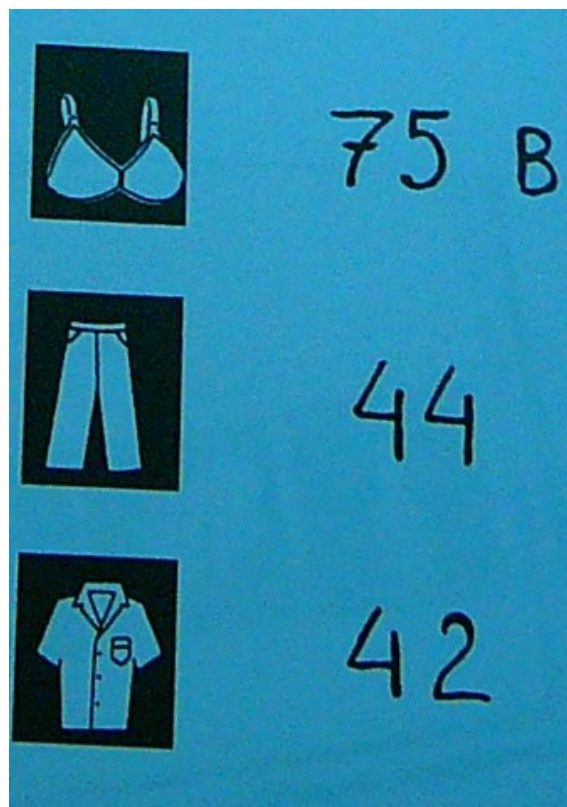
1. Moc drahé, Navál peníze, Kolik?, Dluh, aj.
2. Ty mně můžeš!, Pojď sem, Prosba, aj.

Poznámka:



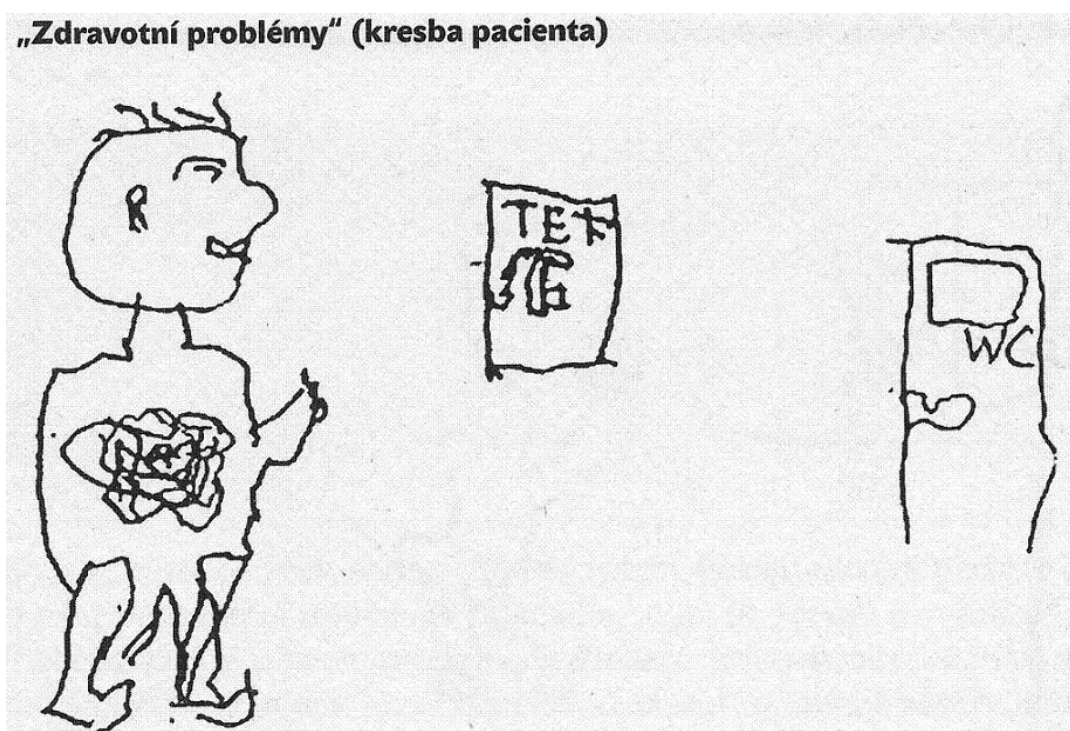
(Klein, 1998: 80)

Příloha č. 4 Ukázka využití piktogramů při nákupu oblečení



(Kubová, 1997: 52)


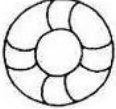

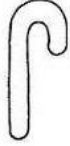

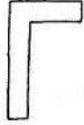
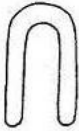
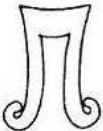

Příloha č. 5 Ukázka komunikace pomocí kresby



Pacient byl dotázán, proč přišel pozdě na terapii. Odpověď znázorňuje, že měl trávicí obtíže a nebyl schopen zavolat. (Cséfalvay, 2007: 95)


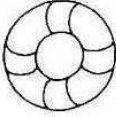




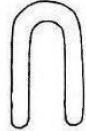
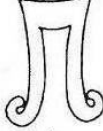

Příloha č. 6 a) Vyšetření vizuální paměti

Prohlížejte si po dobu dvou minut pozorně těchto devět kreseb a zapamatujte si je. Pak je zakryjte a zkuste překreslit do vedlejší mřížky. Nechte svůj obrázek neopravený a přejděte k dalšímu cvičení.

Příloha č. 6 b) Vyšetření vizuální paměti se slovní asociací

Prohlédněte si znovu devět stejných obrázků a přečtěte si jejich názvy. Po minutě je zakryjte a překreslete do vedlejší mřížky.

 měsíc	 bóje	 zámek			
 hůl	 hřebík	 úhel			
 magnet	 stolek	 pták			

Příloha č. 7 Vyšetření pozornosti

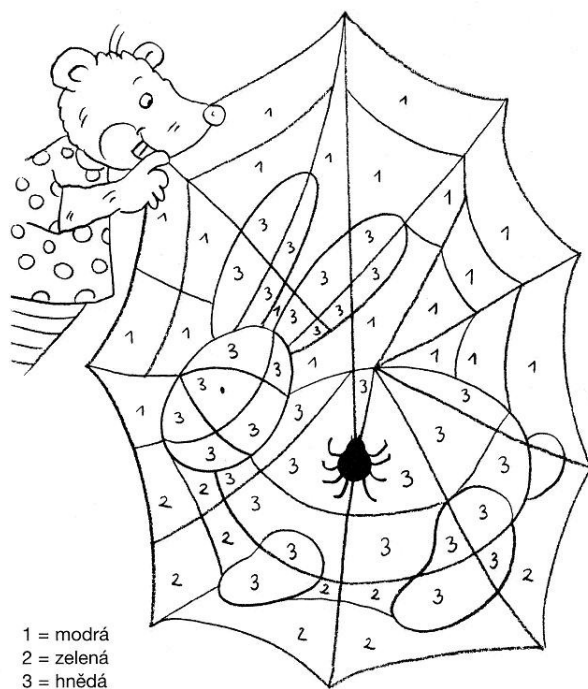
Přeškrtni všechny rámečky, kde není shodná dvojice obrázků.

↔↔	↻↻	↵↵	↔↔	↻↻	↵↵	↻↻	↔↔
↵↵	↔↔	↔↔	↻↻	↔↔	↻↻	↔↔	↻↻
↻↻	↔↔	↻↻	↵↵	↻↻	↵↵	↻↻	↔↔
↔↔	↻↻	↵↵	↻↻	↔↔	↔↔	↵↵	↻↻
↻↻	↔↔	↵↵	↵↵	↔↔	↻↻	↔↔	↻↻
↔↔	↔↔	↻↻	↔↔	↵↵	↔↔	↻↻	↵↵
↵↵	↻↻	↔↔	↵↵	↔↔	↔↔	↵↵	↻↻
↻↻	↔↔	↔↔	↻↻	↔↔	↻↻	↔↔	↵↵
↔↔	↔↔	↵↵	↻↻	↻↻	↔↔	↵↵	↻↻

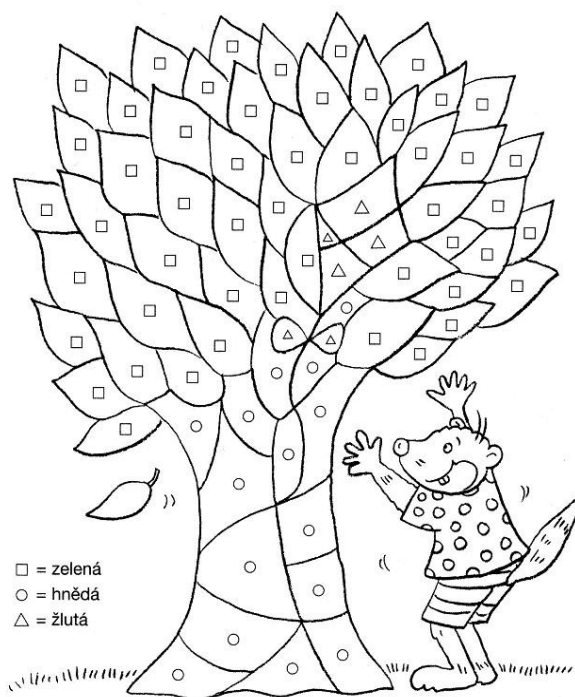
↻↻	↵↵	↔↔	↔↔	↵↵	↻↻	↔↔	↵↵
↵↵	↔↔	↻↻	↘ ↙	↘ ↘	↔↔	↘ ↘	↔↔
↔↔	↘ ↘	↔↔	↔↔	↵↵	↘ ↘	↻↻	↵↵
↻↻	↻↻	↘ ↘	↻↻	↻↻	↔↔	↘ ↘	↻↻
↘ ↘	↘ ↘	↻↻	↵↵	↔↔	↵↵	↻↻	↘ ↘
↻↻	↵↵	↘ ↘	↻↻	↔↔	↔↔	↘ ↘	↻↻
↻↻	↵↵	↘ ↘	↻↻	↔↔	↔↔	↵↵	↻↻
↘ ↘	↻↻	↵↵	↻↻	↘ ↘	↔↔	↔↔	↻↻
↘ ↘	↻↻	↵↵	↻↻	↘ ↘	↔↔	↔↔	↵↵

Příloha č. 8 Vyšetření zrakových gnostických funkcí





Kdo se to schoval za pavučinou?  
 Vybarvi políčka barvami, jak je označeno, pak to asi poznáš.



Při hře Filipovi něco ulétlo na strom a zůstalo tam viset.  
 S čím si Filip hrál?  
 Vybarvi všechna políčka správně, pak to poznáš!

### **pADL**

**Pocit'ujete problémy při komunikaci s lidmi/s rodinnými příslušníky, kteří vám asistují při přesunech, z vozíku nebo na vozík, pohybu apod.?**

Ano, vždy.                       Ano, jen někdy nebo s někým.                       Ne.

Nedokážu vysvětlit, jak potřebuji pomoci.

Nejsem schopen říct, že chci nebo potřebuji pomoci.

*(Otázka je určena pouze osobám, které mají pohybové problémy a potřebují při výše uvedených položkách asistenci.)*

**Pocit'ujete problémy při komunikaci, pokud se chcete najíst/napít?**

Ano, vždy.                       Ano, jen někdy nebo s někým.                       Ne.

Nedokážu sdělit, že mám hlad nebo žízeň.

Nedokážu sdělit, co chci k jídlu nebo k pití.

Nedokážu sdělit, že potřebuji se sycením pomoci (např. nakrájet jídlo, přidržet sklenici u úst,...).

**Pocit'ujete problémy při komunikaci související s vaší osobní hygienou?**

Ano, vždy.                       Ano, jen někdy nebo s někým.                       Ne.

Nedokážu sdělit, že se chci vykoupat, umýt si vlasy nebo si např. vyčistit zuby.

Nedokážu popsat, jak při těchto činnostech potřebuji pomoci.

**Pocit'ujete problémy při komunikaci související s vaší potřebou toalety?**

Ano, vždy.                       Ano, jen někdy nebo s někým.                       Ne.

Nedokážu sdělit, že potřebuji na toaletu/vyměnit vložku nebo plenu,...

Nedokážu popsat, jak při těchto činnostech potřebuji pomoci.

**Pocit'ujete problémy při komunikaci související s oblékáním?**

Ano, vždy.                       Ano, jen někdy nebo s někým.                       Ne.

Nedokážu sdělit, že se chci převléci, pokud je mi horko nebo zima.

Nedokážu sdělit, co si chci vzít na sebe.

Nedokážu sdělit, že je oblečení již špinavé, a že se má dát vyprat.

## **iADL**

**Pokud se setkáte s člověkem, který vás nezná, dokážete mu vysvětlit, že máte poruchu řeči a jak se projevuje (např. že dobře rozumíte, ale nejste schopni sami mluvit, psát,...)?**

Ano.                      Ano, částečně.                      Nevím, vždy to za mě vyřizuje doprovod.                      Ne.

**Pokud se setkáte s člověkem, který vás nezná, dokážete mu vysvětlit, jak potřebujete ve vaší komunikaci pomoci (např. aby mluvil pomaleji, více nahlas, aby říkal nahlas, co si myslí, že jste chtěl říci,...)?**

Ano.                      Ano, pokud se mi snaží s vysvětlením pomoci.                      Nevím.                      Ne.

**Pocít'ujete problémy při komunikaci s lékařem nebo s jiným zdravotním personálem?**

Ano, vždy.                      Ano, ale jen s někým.                      Ne.

Pokud něčemu nerozumím, nevím, jak se na to zeptat (např. užívání léků, další schůzka,...).

Nevím, jak mám sdělit, pokud se stalo něco, o čem by měl lékař/zdravotní pracovník vědět.

Nevím, jak mám sdělit, pokud s něčím nesouhlasím.

**Pocít'ujete problémy při komunikaci na úřadech či jiných veřejných institucích (banky, sociální organizace,...)?**

Ano, vždy.                      Ano, jen s někým.                      Nevím, vždy to za mě vyřizuje někdo jiný.                      Ne.

Nevím, jak se zeptat na záležitosti, kterým nerozumím.

Nevím, jak mám sdělit, pokud s něčím nesouhlasím.

**Pocít'ujete problémy v komunikaci s lidmi/s rodinnými příslušníky, kteří vás doprovází na cestách (např. doprovod z domova na rehabilitaci)?**

Ano, vždy.                      Ano, jen někdy nebo s někým.                      Ne.

Nevím, jak mám vysvětlit, pokud chci jít jinou cestou nebo se někde zastavit (např.

v obchodě, posedět v parku,...).

Nedokážu vyjádřit, že někam chci jít, kdy a kam, a že potřebuji pomoci/doprovod.

**Pokud se ztratíte, dokážete se zeptat na cestu?**

Ano.                      Nevím, ještě se mi to nestalo.                      Ne.

**Pokud na vás někdo potřebuje kontaktní údaje, dokážete mu je sdělit (telefonní číslo, adresa, e-mail,...)?**

Ano.                                      Nevím, vyřizuje to za mne vždy doprovod.                                      Ne.

**Pocítujete problémy při komunikaci při nakupování?**

Ano, vždy.                                      Ano, jen někdy nebo s někým.                                      Ne.

Nevím, jak mám sdělit prodavače nebo doprovodu, co chci koupit.

Nevím, jak mám sdělit prodavače nebo doprovodu, jaké konkrétní zboží potřebuji (např. značku výrobku, velikost balení, velikost oblečení,...).

Nevím, jak se mám zeptat na cenu.

Pokud potřebuji asistenci, nevím, jak jí mám vysvětlit, kde mám např. peněženku.

Příloha č. 10 Ukázka textu na kartičce k fatické poruše

Promiňte, jsem po cévní mozkové příhodě.

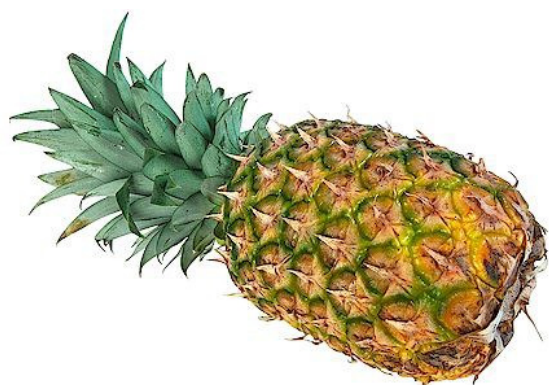
Mám poruchu řeči (dobře rozumím, občas si nemohu vzpomenout na vhodné slovo).

Děkuji za trpělivost.

Tel.:

Příloha č. 11 Ukázka obrazové komunikační pomůcky (celá pomůcka na CD)

# Ovoce



EVIDENCE VÝPŮJČEK

Prohlášení:

Beru na vědomí, že odevzdáním této závěrečné práce poskytuji svolení ke zveřejnění a k půjčování této závěrečné práce za předpokladu, že každý, kdo tuto práci použije pro svou přednáškovou nebo publikační aktivitu, se zavazuje, že bude tento zdroj informací řádně citovat.

V Praze, 26.6.2009

Podpis autora závěrečné práce

Jako uživatel potvrzuji svým podpisem, že budu tuto práci řádně citovat v seznamu použité literatury.

<b>Jméno</b>	<b>Ústav / pracoviště</b>	<b>Datum</b>	<b>Podpis</b>