

UNIVERZITA PALACKÉHO OLOMOUČ

PEDAGOGICKÁ FAKULTA

Ústav speciálněpedagogických studií

Bakalářská práce

Ěma Malohlavová, DiS.

**Možnosti komunikace s osobami seniorského věku po mozkové
příhodě**

Olomouc 2014

vedoucí práce: Mgr. Olřich Müller, Ph.D.

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci „Možnosti komunikace s osobami seniorského věku po mozkové příhodě“ vypracovala samostatně a při její tvorbě jsem použila jen prameny uvedené v seznamu literatury.

V Olomouci dne 23. 6. 2014

.....

Ema Malohlavová

Poděkování

Děkuji Mgr. Oldřichu Müllerovi, Ph.D. za poskytnutí odborných rad a cenných připomínek, při zpracovávání bakalářské práce.

Poděkování také patří mé nejužší rodině za podporu, pomoc a trpělivost v průběhu celého studia.

Obsah

Úvod	6
TEORETICKÁ ČÁST	
1 Stáří.....	8
1.2 Členění stáří.....	9
1.2.1 Období raného stáří.....	10
1.2.2 Období a charakteristika pravého stáří.....	12
1.2.3 Poslední fáze života, umírání a smrt.....	15
1.3 Příprava na stáří.....	16
1.4 Postoj současné společnosti ke stáří.....	17
2 Mozková mrtvice.....	19
2.1 Vaskulární demence.....	20
3 Komunikace.....	23
3.1 Verbální a neverbální komunikace.....	24
3.2 Narušená komunikační schopnost.....	25
3.2.1 Logopedická intervence.....	27
3.2.1.1 Diagnostika narušené komunikační schopnosti.....	28
3.2.1.2 Terapie narušené komunikační schopnosti.....	30
3.2.1.3 Prevence vzniku narušené komunikační schopnosti.....	33
3.3 Dysartrie.....	34
3.3.1 Diagnostika při dysartrii.....	36
3.3.2 Terapie dysartrie.....	38
3.3.3 Prognóza.....	39
3.4 Logopedická péče v ČR.....	39
4 Možnosti komunikace.....	41
4.1 Využití Alternativní a Augmentativní komunikace u osob s demencí.....	44
4.2 Komunikace prostřednictvím bazální stimulace.....	45
4.3 Muzikoterapie.....	47
4.3.1 Muzikoterapie u osob s narušenou komunikační schopností.....	48
PRAKTICKÁ ČÁST – PŘÍPADOVÁ PRÁCE.....50	
5 Anamnéza.....	52
5.1 Prognóza.....	54

5.2 Prevence.....	55
6 Nápravné metody terapeutické.....	56
6.1 Obecné postupy práce s klientem.....	56
6.2 Konkrétní postupy práce s klientem.....	55
7 Individuální plán	63
8 Celkové zhodnocení praktické části	68
Závěr.....	71
Seznam literatury.....	72
Přílohy	
Anotace	

ÚVOD

Komunikace je lidstvu vlastní již od raných časů vývoje člověka jako druhu. V průběhu času se proměňovala v závislosti na rozvíjení lidské společnosti a lidského mozku a vždy se utvářela tak, aby si lidé mohli vzájemně předávat různá sdělení. Jinak komunikujeme v rámci rodiny, jiný bude rozhovor vedený v práci, s přáteli, s neznámými lidmi. Informace, znaky komunikace (tempo řeči, síla hlasu, mimika gestikulace apod.), které v mluvě používáme, přizpůsobujeme obsahu předávanému sdělení, či jeho příjemci. Vždy by měly být sestaveny tak, aby byly předány co nejpřesněji a následně správně pochopeny.

Jiná situace nastává při komunikaci s lidmi, kteří jsou v přijímání informací nějakým způsobem hendikepováni či omezeni, např. lidé se sluchovým či jiným smyslovým postižením, lidé s mentálním postižením, senioři, jejichž seniorské období doprovází různá onemocnění, potřebují individuální přizpůsobení hovoru jejich zachovaným možnostem a speciální přístup.

Seniorský věk neboli období stáří, je provázeno různými, méně či více závažnými onemocněními. Stáří není nemoc, je však se stářím úzce spojena. Tyto různé nemoci mohou seniora omezit v jeho komunikačních dovednostech, což může postupně vést k vyhýbání se komunikačním příležitostem v důsledku „zlehčování“ už tak tíživé situace, snižování počtu komunikačních partnerů až k omezení (na rodinné příslušníky) či ztrátě sociálních kontaktů.

Komunikační dovednosti je potřeba stále rozvíjet. U lidí se speciálními potřebami je důležité je alespoň udržovat v rámci možností na jejich zachovaných schopnostech.

Téma bakalářské práce si autorka zvolila cíleně a to tak, aby mohla zpracovaných informací a poznatků využít při své práci, více pochopit procesy a tím i pomoci vytvářet seniorům vhodné podmínky pro kvalitní způsob života.

Hlavním cílem bakalářské práce je vytvoření ucelených teoretických poznatků, které zahrnují vysvětlení a shromáždění informací o seniorském věku, klasifikaci a popsání specifík tohoto období, problematiku týkající se mozkové příhody – příčinami, důsledky a prevencí. Následně popis možností komunikace s osobami po mozkových příhodách a ostatní záležitosti týkající se tohoto tématu jsou také zpracovány. Práce je teoretického zaměření a je rozdělena do 4 kapitol.

První kapitola je zaměřena na období stáří, členění jednotlivých období této životní etapy a přiblížení jejich charakteristik. Je zde zmíněna také problematika umírání, přípravy na stáří a postoj současné společnosti ke stáří. Cílem této kapitoly je podat ucelené informace o

příchodu a průběhu stáří, o psychických, fyzických a jiných změnách, které v tomto období nastávají a tím shromáždit teoretický základ pro snadnější pochopení souvislostí seniorského věku.

Druhá kapitola se zaměřuje na mozkovou mrtvici, která některé seniory může postihnout, jaké jsou příčiny a následky vzniku tohoto onemocnění a jakou máme prevenci proti předcházení vzniku výše uvedeného onemocnění. Dále kapitola stručně popisuje související vaskulární demenci, její stupně a symptomy.

Třetí kapitola vymezuje pojem komunikace a její význam v životě člověka. Zabývá se verbální a neverbální komunikací, na kterou navazuje problematika narušené komunikační schopnosti. Následuje popis možnosti řešení narušené komunikační schopnosti a to v podobě logopedické intervence za použití prostředků diagnostiky, terapie a prevence. Do této kapitoly byl také zahrnut popis dysartrie, jako nejčastějšího onemocnění zapříčiněného mozkovou mrtvicí, zahrnuje diagnostiku, terapii a prognózu. Malá pozornost je také věnována logopedické péči u nás. Problematika této kapitoly je koncipována od obecných poznatků ke konkrétním.

Čtvrtá kapitola se věnuje možnostem komunikace, to znamená vymezení možností komunikačních systémů, jak jich lze využít při práci u osob s demencí a popis konkrétních prostředků, metod, atp., kterých lze při práci s cílovou skupinou použít.

Všechny kapitoly teoretické části jsou popsány tak, aby vytvořily ucelený přehled poznatků, kterých je možno použít v praxi.

Ve druhé, praktické části se věnují:

1. pravidelným návštěvám zvoleného seniora, který utrpěl mozkovou příhodu
2. vytvoření, zpracování a vyhodnocení individuálního plánu činností
3. získání maximálního množství informací k vytvoření anamnézy, prognózy, prevence a možnosti intervence.
4. Popis případové práce – kazuistiky.

1. STÁŘÍ

„Dokud žiješ, uč se! Nečekej, že moudrost s sebou přinese stáří.“ Solón

Stáří (sénium) přináší nadhled a moudrost, pocit naplnění, ale také úbytek energie a proměnu osobnosti směřující k jejímu konci, je poslední etapou lidského života, označována jako post vývojová, protože všechny latentní (skryté) schopnosti rozvoje již byly realizovány (Vágnerová, 2007).

Dle Mühlpachra (2004) je stáří v obecném vymezení poslední fází ontogeneze a je výsledkem stárnutí v celoživotním procesu. Jedná se o projev a důsledek involučních změn probíhajících různou rychlostí a s výraznou inter-individuální variabilitou.

Stáří přichází s přibývajícím věkem, kdy se proces stárnutí zrychluje, zejména po 60. roce života. Stárnutí (gerontogeneze, involuce) je přirozený a biologicky zákonitý proces, během kterého se snižují adaptační schopnosti a ubývají funkční rezervy organismu. Probíhá již od početí, ale za skutečné projevy stárnutí považujeme až pokles funkcí (Kalvach, 2004).

Pojem stárnutí uvádí Kalvach (2004, str. 67) v širším pojetí: „*univerzální proces postihující živou hmotu*“. Začíná vznikem plodu a narozením jedince.

Stárnutí v užším slova smyslu popisuje Pacovský (1990) jako přechodnou vývojovou periodu mezi dospělostí a stářím, přičemž strukturální a funkční změny v něm vzniklé jsou regresivní, nevratné a neopakují se. Stárnutí tedy představuje neodvratný fyziologický děj, který je cestou do stáří.

Na charakteru stáří se podílí celá řada faktorů, např. zdravotní stav, životní styl, vlivy sociálně ekonomické a psychické (Kalvach, 2004).

Šimíčková-Čížková (2008) zmiňuje dva typy stárnutí: normální a předčasné. K předčasnému stárnutí dochází v důsledku dlouhodobého přetěžování organismu, např. vlivem přeceňování psychických a fyzických sil, silného kouření a jiných závislostí na návykových látkách, nezdravého životního stylu a podobně.

Šimíčková-Čížková (2008) hovoří také o biologickém a psychickém stárnutí, kdy pro biologické stárnutí je charakteristický pokles tělesné hmotnosti a výšky, ubývání svalové výkonnosti, která ovlivňuje motorické dovednosti jedince; dochází ke snížení výkonnostního maxima srdce, což může při vyšší zátěži vést k funkční nedostatečnosti srdce. Může dojít také k postižení plic, u vyšších věkových kategorií se také objevuje onemocnění cévního systému, postihuje tepny celého těla a srdce. Dochází ke změnám nervového systému, kdy ubývá počet neuronů s následným zpomalováním reakcí; degenerace žláz s vnitřní sekrecí, což vede ke

změnám chování člověka, jako je např. ztráta vitality apod.; změny kůže, kdy ubývá podkožní tuk a obsah vody v kůži; šedivění a vypadávání vlasů; zpomalenému růstu nehtů; ztrátě zubů.

První znaky stárnutí na sobě můžeme pozorovat již před dosažením, nebo po dosažení 30 let, je však nutno oddělit věk biologický od chronologického. Nemusí se shodovat, každý má prostřednictvím genů naprogramován průběh stárnutí (Wolf, 1982).

Postupně se zhoršuje také vnímání starého člověka, příčinou je snížená činnost smyslových orgánů. Ty jsou prostředkem ke kontaktu s okolním prostředím (zrak, sluch, čich, chuť, ale také termoregulace – tělo produkuje méně tepla). To způsobuje zvolnění přenosu informací a zbavení se možnosti prožívat svět okolo. Je-li úbytek vnímání vyšší, dochází ke zpomalení pohybových činností a omezení rozsahu aktivit (Hamilton, 1999).

Psychické stárnutí - výše uvedené biologické změny způsobují pokles duševních funkcí, jako jsou – myšlení, paměť, citové prožívání, motivace aj. Biologické a psychické změny jsou umocněny sociálními faktory – změnami v sociálním postavení, které jsou způsobeny např. odchodem do důchodu a tím následně i ztrátou některých sociálních rolí a omezením sociálních kontaktů a postupným zvyšováním závislosti na ostatních lidech. Nároky jsou kladeny především na přizpůsobení se dané situaci, což je velice obtížné, neboť adaptabilita seniorů je výrazně snížena (Šimíčková-Čížková, 2008).

Mühlpachr (2004) hovoří také o:

- sociální stáří - je dáno změnou ekonomickým hlediskem, změnou způsobu života a tím i změnou rolí v životě člověka
- kalendářní stáří- kterého je dosaženo dovršením určitého věku (souvisí s periodizací stáří, kterou uvádím v následující kapitole)

1.2 Členění stáří

Nauka, která studuje a zkoumá biologické, fyzické, psychické vlastnosti a sociální aspekty v období stárnutí a stáří se nazývá gerontologie (gerón, z řeckého starý člověk). S pojmem gerontologie, jsou provázány související disciplíny - geriatrie (lékařský obor, zabývající se problematikou interní, rehabilitační, neurologickou, psychiatrickou, ošetrovatelskou a sociálními službami) (Mühlpachr, 2004). Z širokého spektra oblastí, které gerontologie zahrnuje, vyplývá, že gerontologie není samostatná vědní disciplína, ale multidisciplinární souhrn poznatků zahrnující stárnutí a stáří.

Hlavním cílem ve stáří je udržet co nejdéle duševní zdraví seniora a připravit jej tak na příchod postupného stárnutí, který se projevuje úbytkem fyzických a psychických sil (Šimíčková-Čížková, 2008).

Tento involuční proces je dělen jednotlivými autory zaměřujícími se na skupinu seniorů různě. Příkladem je nejstarší Komenského kategorizace starého muže a kmeta (z lat. Comes = kdo se mnou jest). Nejznámější periodizaci období stáří najdeme v Příhodově Ontogenezi lidské psychiky (1974). Toto poslední období lidského života se nazývá senium, které je v literatuře děleno do třech kategorií dle postupného snižování odolnosti organismu: 60 - 75 let – senescence (organismus je ještě rezistentní (odolný), 75 – 90 let kmetství (je výrazně snížena odolnost organismu, proces stárnutí se zrychluje. Také z psychologického hlediska dochází k odklonu k hodnotám duchovním, k introverzi, k introspekci – vnímání sebe a k egocentrismu). Od 90 let pak patriarchum (charakteristické výraznou osamělostí, objevují se rezignace a čekání na blízký konec). Členění dle Světové zdravotnické organizace (WHO) člení stárnutí: 60 – 74 let – stárnoucí, 75 – 89 let starý, od 90 let – stařecký (Šimíčková-Čížková, 2008).

Vágnerová (2007) dělí stáří na období raného stáří (60 – 75 let) a období pravého stáří (75 – a více let).

1.2.1 Období raného stáří

Vývojovým úkolem raného stáří je dosáhnout integrity v pojetí vlastního života, tzn. přijetím svého života jako celku, který měl určitý smysl. Starý člověk potřebuje hodnotit svůj život pozitivně, aby mohl přijmout i jeho konec – přijetí smrti jako jeho nevyhnutelného důsledku. Je potřeba akceptovat svůj život takový, jaký byl, bez velké lítosti nad tím, co se neuskutečnilo, nepodařilo, nebo mohlo být jinak - přijetí vlastní nedokonalosti, vyrovnání se vším, včetně vlastních činů, které ještě po čase vyvolávají pocity zahanbení a viny. Dosažení integrity je podmíněno i harmonizací všech rolí, které člověk v jednotlivých vývojových fázích získal. Součástí vyrovnání je vyjádření a pochopení pocitů, které si dosud neuvědomoval (Říčan, 2004). Podmínky dosažení integrity lze určit v několika bodech: pravdivost (k sobě samému), smíření (přijetí vlastního života), kontinuita (pochopení vlastního života jako generační posloupnosti), transformovaná a zobecněná generativita (člověk je schopen využít svou zkušenost ve prospěch dalších generací, akceptována obvykle v rámci rodiny, popř. skupině známých) (Vágnerová 2007).

Stáří lze také chápat jako výsledek procesu individuace, který se odehrává především ve druhé polovině lidského života, kdy zisky a vnější úspěchy ztrácejí svůj význam. Cílem individuace je rozvoj vlastní osobnosti, je potřeba proto zúžit své zájmy, omezit aktivity a soustředit se na rozvoj sebe sama a pochopit tak, jaké je jeho místo v kontinuitě generací. Nalézá své bytostné Já – nachází vnitřní rovnováhu sám v sobě a získává odstup od problémů, které ho trápily v dřívější době (Vágnerová 2007).

Období stáří již není zaměřeno na výkon, mělo by směřovat k realizaci dosud nenaplněné vnitřní potřeby – dělat to, co seniora zajímá. V tomto období dochází také k proměnlivosti pocitů kompetentnosti a osobní pohody, střídající pocity marnosti, nedostatku energie a motivace. Dochází tak ke zpomalení životního tempa, redukci aktivit a zájmů vedoucí ke smiřování s realitou stárnutí.

Hlavním cílem této životní etapy ve vztahu ke světu, vlastnímu životu, je potřeba hledání smyslu zbývajícího života a formou zaměření se na významné, těšit se z toho, co zůstalo zachováno, akceptovat, co nelze změnit, vidět smysl života vidět dál, než sahá vlastní existence. Chtít žít i pro to, co bude dále. Je tedy nutno uvědomit si souvislosti v prostoru a čase, do kterých je sám zapojen (generační, genetickou a společenskou podmíněností), pak i jeho postoje, činy a celý život, má jiný smysl, stává se tak aktivnější (Hamilton, 1999).

Smyslu života lze v tomto věku lze dle Vágnerové (2007) dosáhnout sebepojetím, které se pod tlakem okolností variabilně mění, je však součástí individuality a je však velmi pro toto období významné a to prostřednictvím:

- minulých rolí a kompetencí – zůstávají sice jen na symbolické úrovni, potvrzovaly však kvality člověka, jeho způsobu života – úrovně, stylu
- zachovaných kompetencí – v oblasti zevnějšku, tělesných i duševních kompetencí, sociální pozice
- příslušnost k určitým lidem, sociální skupině, místu: především rodina – má pro seniora velký význam – sebepojetí člověka je v tomto případě vylepšováno pozitivními vlastnostmi a úspěchy potomků, ve kterém spatřují do jisté míry také své zásluhu (výchova). Velký význam pro seniora má také jeho teritorium – místo kde žije a sociální skupina – ke které náleží. Sebepojetí jedince má příznivý vliv na zdravotní stav – psychické kompetence mají vliv na somatický stav a naopak.

1.2.2 Období a Charakteristika pravého stáří

Fází pravého stáří je označováno období po 75. roce života a tzv. čtvrtého věku dosáhne senior dosažením 80 let. Toto období je spojené s nárůstem problémů daných tělesným a mentálním úpadkem, kumulují se různé zátěžové situace:

- nemoc a úmrtí partnera, popř. dalších blízkých lidí, což může postupně vést k větší sociální izolovanosti až k pocitu osamělosti (Vágnerová, 2007).
- Zhoršení zdravotního stavu, vede k postupné ztrátě soběstačnosti a s ní související autonomie.
- Ztráta jistoty soukromí a vynucená změna životního stylu, adaptace: spojená např. s častou hospitalizací, umístěním do institucionální péče (Hamilton, 1999).

Tyto situace mohou být vzhledem k aktuálnímu stavu starých lidí těžko zvládnutelné. Přijetí závisí na jejich osobnosti, zkušenostech, hodnotovém systému, ale i na aktuálním psychickém a somatickém stavu. Staří lidé se mohou z hlediska svých zachovaných schopností podstatně lišit: na jedné straně je skupina seniorů oceňována pro svou moudrost a nadhled, na straně druhé početná skupina těch, kteří jsou poznamenáni psychickým i somatickým úpadkem, což bývá projevem různých onemocnění, která ovlivňují fungování CNS či celého organismu.

Většina změn v životě seniorů představuje ztrátu a zhoršení jeho kvality, mají omezenější kompetence, mají méně důvodů k prožívání radosti. Jsou více pasivní a jejich chování je redukováno na obranu aktuálních pocitů. Výše uvedená kvalita života ve stáří a s ní související subjektivní pocit pohody jsou záležitostmi individuální. Důležitým úkolem pozdního stáří, který souvisí s pocitem životní pohody, je udržení přijatelného životního stylu: udržení nezbytné autonomie a soběstačnosti, znovuvytvoření potřebných sociálních kontaktů a vztahů, udržení přijatelného osobního významu a sebeúcty (Vágnerová, 2007).

Typickým projevem stáří je zhoršení zdravotního stavu a s tím spojený úbytek různých kompetencí. Staří lidé často trpí polymorbiditou, tzn. výskytem několika chorob současně se sklonem ke komplikacím a chronicitě. Kvalitu života seniora značně ovlivňuje stupeň funkčního postižení následně vedoucí ke snížení soběstačnosti. Nejčastější jsou chronická onemocnění oběhové soustavy; cévní mozkové příhody; demence – projevující se nápadnějším zhoršením paměti, projevem pokračující demence je brady psychismus: ztráta schopnosti logicky uvažovat. Dále pak zhoršení kontroly nad emocemi a sociálního chování, což postupně vede k osobnostním změnám, jako je sobeckost, nemoci pohybového ústrojí,

depresivní ladění, jsou častý způsob zacházení s obtížemi – jedna ze strategií zvládnání, mohou být reakcí na kumulaci stresů (Hamilton, 1999).

Proměna psychických funkcí:

Dochází ke změnám v kognitivních funkcích – v pokročilém stáří postupuje proces zpomalování a úbytku přesnosti při přijímání, ukládání a správného využívání informací. Může docházet ke zhoršování paměti, což brání uchovávání aktuálních informací a tím i k následnému správnému zpracování, např. plánování běžných denních činností a zapamatování si jejich pořadí (prospektivní paměť). Zhoršování zrakových a sluchových funkcí ztěžuje orientaci v prostředí i kvalitu mezilidské interakce (Příhoda, 1974).

Postupně dochází k dediferenciaci intelektových schopností. Ubývá všech funkcí a jejich pokles může mít rozdílné tempo. Ani jednotlivé složky inteligence se nemění stejně rychle: slovní porozumění se udržuje na dobré úrovni do 80 let, poté rychle klesá; slovní plynulost (vybavování si verbálních výrazů) se zhoršuje již po 70. roce. Induktivní uvažování klesá plynuleji, po 80. roce však klesá rychleji. Nejrychleji ubývají počítařské dovednosti, nápadněji po 80. roce života.

Pokles fluidní inteligence – senioři se v tomto období vyznačující pomalejšími reakcemi, jsou málo flexibilní, nové informace nedokáží dostatečně zpracovat ani uchovat

V 80 letech se zhoršuje krystalická inteligence – ztráta schopnosti využívat dříve osvojených znalostí a způsobů uvažování, nebo jen zafixovaným způsobem. Změny ve fluidní i krystalické inteligenci se mohou vzájemně ovlivňovat (Větší zhoršení fluidních kognitivních mechanismů ztěžuje fungování krystalických schopností, zatímco opačné působení nemá významnější dopad, např. paměť je postižena natolik, že se nevytvoří komplex informací, o nichž by bylo možné uvažovat a na jejich základě tak volit potřebnou strategii řešení problému.) (Hamilton, 1999).

Z výše uvedeného vyplývá, že v období pravého stáří dochází k úbytku „komplexity uvažování“ (Vágnerová, s. 408, 2007), kdy lidé v tomto věku nedokáží koordinovat a integrovat jednotlivé kognitivní funkce (paměť, pozornost a uvažování).

Dále dochází také ke zhoršení časového odhadu, k čemuž dochází zpomalením psychických funkcí, čímž je dění v okolním světě seniory vnímáno tak, jako by se jeho tempo zrychlovalo. Ke zhoršení časového odhadu přispívá také stereotyp života (Hamilton, 1999)

Proto je pro seniory velice důležitá soběstačnost a tím i nezávislost, které mohou prodloužit vykonáváním určitých dovedností, které jsou více vázány na naučené dovednosti a zkušenosti (krystalickou inteligenci), které ubývají v pozdním stáří pomaleji a je možné se

měněným podmínkám pomalu přizpůsobovat – postupnou úpravou bytu dle své aktuální situace, rozvrhnutí jednotlivých úkolů v domácnosti apod (Pacovský, 1981).

Proměna emocionality a emočního prožívání

nemusí být příliš nápadné, pro seniory tohoto období je nejdůležitější udržení pocitu bezpečí a pohody, proto může u starých lidí docházet k vyhýbání se nepříjemným situacím až k redukci kontaktů s okolím. Jde o obranu zaměřenou na udržení „přijatelných pocitů“ (Vágnerová, 2007).

V období pozdního stáří dochází k poklesu intenzity a frekvenci emočních prožitků, životní radosti se omezily na maličkosti, které bývají normální součástí života. Většina starých lidí už nic pozitivního neočekává, takže případné nepříjemnosti nijak zvlášť neprožívají.

Dále se mění také pocit životní pohody, kdy jsou pozitivní emoce chápány jako situačně podmíněné, ve stáří mají klesající tendenci, protože se lidé musí vyrovnávat s mnoha ztrátami a zátěžemi. U některých seniorů může jít o smíření, kdy jen těžko může dojít ke změně k lepšímu, kdy lze tento postoj chápat jako projev emoční adaptace, či emoční moudrosti – jako smíření se ztrátami.

Velmi významná je v tomto období potřeba udržení citových vazeb, jako zdroj opory zejména nejbližších lidí – příbuzných a přátel. Dochází také ke zhoršení emoční regulace, kdy staří lidé nejsou schopni ovládat své reakce a rozpoložení. Tyto projevy jsou patrné v zátěži, např. změnou situace. Schopnost ovládat své jednání se projevuje různě, např. strachem, neklidem, nutkavou činností, apatií, nezájmem apod. Příčiny zhoršeného sebeovládání je primárně biologická, způsobená změnou fungování CNS.

V důsledku omezení a postupných změn osobnosti (fyzických, psychických, úbytkem soběstačnosti, sociálních kontaktů apod.) dochází k vytváření potřeb seniorů a to: potřeba stimulace, potřeba bezpečí, sociálního kontaktu a citové vazby, potřeba autonomie, potřeba akceptace a uznání (Vágnerová, 2007).

Změny v oblasti socializace

V období pravého stáří dochází také k zužování sociální sítě a to v důsledku ztráty známých, vrstevníků atp., dochází nejen ke ztrátě blízkých lidí, ale také ke ztrátě citových vazeb, možnosti sdílení vzpomínek tím i ztrátě opory vědomí kontinuity vlastního života.

Významným problémem pozdního stáří je osamělost, která může být dána izolací od společnosti a proměnou okolního světa, který je starému člověku cizí. Proto je pro seniory podstatné přizpůsobit se aktuální situaci a vlastním možnostem určitými způsoby zvládnání samoty jako např. udržování sousedských vztahů, telefonické kontakty – kdy má senior

možnost udržovat vztahy s lidmi, kteří jsou fyzicky vzdáleni, dále mohou být náhradními společníky zvířata, televize, rozhlas apod (Pacovský, 1990).

K redukci sociálních vazeb může dojít mimo jiné v důsledku změn v *komunikaci*, která se v tomto období vyznačuje typickými znaky komunikace a to zejména po 70. roce života, ke kterým dochází vlivem zhoršování sluchu, změnou kognitivních procesů, úbytkem paměti atp. Vlivem měnících se procesů dochází k problémům s vlastním vyjádřením a v oblasti porozumění. K dalšímu ztížení v komunikaci dochází zhoršením koordinace motoriky mluvidel, proto může být projev seniorů hůře srozumitelný, dále dochází ke zhoršování jazykových kompetencí a to v důsledku poklesu schopnosti využívání slovní zásoby a naučených jazykových dovedností. Jedním z komunikačních prostředků u seniorů, kteří mají své slovní možnosti omezené, je komunikace prostřednictvím tělesných potíží, a snaží se tak upoutat pozornost jiným způsobem. Vzhledem ke všem potížím, které senioři mají a postojům posluchačů vůči seniorům s komunikačními potížemi, jsou staří lidé často stavěni do pozice pasivního příjemce (Pacovský, 1990).

Dalším znakem změny v oblasti socializace je redukce sociálních rolí, ke kterým dochází v důsledku nemocí, psychických kompetencí a ztrát jiného typu. Staří lidé se tak stávají závislými a nesoběstačnými. Vlivem této situace jsou pak nuceni změnit způsob života, na který byli zvyklí, často bývají umístěni v nemocničních zařízeních, následně v domovech pro seniory, někteří odkázáni na pomoc jiné osoby zůstávají v domácím prostředí, což s sebou přináší další zátěž – nesnadná orientace v nové situaci, specifické sociální izolace, pocity nejistoty a úzkost (Vágnerová, 2007).

1.2.3 Poslední fáze života, umírání a smrt

Umírání a smrt, je koncem života, něco čemu se nelze vyhnout. Lidé se s touto skutečností snaží vyrovnat různými způsoby. Mnohé kulturní národy považují smrt za přechod do jiného nadpozemského světa, dodržovali či dodržují specifické obřady nebo rituály spojené se smrtí blízkého člověka. Zvyky jednotlivých kultur se však výrazně liší, důvodem je získání času, aby se mohli lépe vyrovnat a přizpůsobit se životu bez blízké osoby (Šimíčková-Čížková, 2008)

Téma, které je v našich sociokulturních podmínkách tabuizováno. Postoj ke smrti je obvykle vyjádřen strachem a úzkostí a to strach z utrpení, které může umírání přinášet, vzácněji jinou emocí – rezignace, touha. Lidé nechtějí o smrti mluvit, je to dáno nevědomostí

o umírání a vlastní zkušenosti se smrtí. Jejich postoj se mění ve stáří, kdy potřeba mluvit o smrti vzrůstá (Vágnerová, 2007).

Postoj ke smrti je individuální (je dán osobnostními vlastnostmi, mírou obtížnosti vlastního života, vyrovnaností s vlastním životem). Strachem ze smrti se snižuje stabilita hodnot a identifikace s určitým životním názorem, ale obecně lze říct, že s postupujícím věkem strachu ze smrti ubývá (Wolf, 1982).

1.3 Příprava na stáří

Myšlenka celoživotního vzdělávání vyplynula ve 2. polovině 20. století z naléhavé potřeby dalšího vzdělávání a výchovy dospělých v celém období důchodového věku až do konce života (Wolf, 1982).

Teorii výchovy a vzdělávání ke stáří se dnes zabývá gerontopedagogika, která se v užším smyslu (zabývá výchovou a vzděláváním seniorů) a gerontopedagogika v širším smyslu (empirická disciplína zajišťující komplexní péči, podporu a pomoc seniorům při uspokojování jejich potřeb). Gerontopedagogika je teprve na počátku svého vývoje a je proto potřeba rozvinout metodiku vzdělávání seniorů prostřednictvím kultury komunikativního vzdělávání a učení. A jestliže se má komunikativní kultura a společnost rozvíjet, nemůže se tak dít bez pozitivní účasti seniorů. Jejich výchova by měla být přizpůsobena jejich postojům a možnostem (Mühlpachr, 2004).

Obecně je možno říct, že proti negativním důsledkům stárnutí, je vhodná příprava člověka na stáří. Pacovský (1990) říká, že příprava na stáří je celoživotním úkolem člověka a rozděluje ji do tří etap:

1. Dlouhodobá příprava na stáří

Způsob života v průběhu mládí a dospělosti ovlivňuje kvalitu života ve stáří. Proto je zapotřebí celoživotní výchovné, vzdělávací a zdravotní osvětové působení.

Jde například o rozvoj vzdělání, podílení se na různorodých společenských aktivitách, mít široké osobní zájmy, podpora rodičovství, stabilních rodinných vztahů, důraz by měl být kladen na dodržování správné životosprávy.

2. Střednědobá příprava na stáří

Ta by měla začít kolem 45. roku věku. Lidé by si měli osvojit zásady zdravé životosprávy, duševní hygieny, vytvořit si adekvátní, předsudky nezatíženou představu o stáří, věnovat se rozmanitým koníčkům, aktivitám a postupně si tak vytvářet náhradní program pro období stáří.

3. Krátkodobá příprava na stáří

Jedná se o bezprostřední přípravu, která začíná tři až pět let před odchodem do důchodu. Toto období bývá psychicky náročné, člověk se musí smířit se ztrátou dosavadního sociálního postavení.

Kalvach (2004) zastává názor, že s prevencí napomáhající adaptaci člověka na proces stárnutí je nutné začít již ve středním věku. Senioři by se podle Kalvacha (2004) měli seznamovat s psychologií a filozofií stáří, trénovat kognitivní funkce, zabývat se tématy smrti a umírání a popřípadě se účastnit vzdělávacích programů na akademiích a univerzitách třetího věku. Měli by být také podporováni v udržení svých osobních zájmů, v překonávání vžitých tabu a v integraci ve společenském životě.

„Umění stárnout je pro nás umění žít. Je uměním prožívat uspokojivě celý svůj život. Je uměním prožívat odpovídajícím způsobem vždy právě tu chvíli života, v níž jsme. Je to umění vždy prožívat přítomnost jako průsečík minulého a budoucího v nás samých.“

(Wolf, 1982, s. 19).

1.4 Postoj současné společnosti ke stáří

Současný postoj ke stáří a starým lidem je spíše odmítavý, negativní a podceňující. Většinou je stáří chápáno jako období, kdy člověk chátrá, jeho zkušenosti a kompetence ztrácejí svůj význam a takový člověk není ničím přínosný. Je to dáno hodnotovým systémem současné společnosti, která klade důraz na mládí – mladistvý vzhled, výkon, což je podporováno značně také médií, která potvrzují důležitost vnějšího vzhledu a svěžesti jako současné normy. Z tohoto vyplývá, že cokoliv je jiné, je považováno za podřadné.

Z takového hodnotového systému vychází pojem ageismus, který vyjadřuje nízkou hodnotu a nekompetentnost stáří (Vágnerová, 2007).

Haškovcová (1989) zdůrazňuje, že moderní společnost má vžitou odlišnou představu o starých lidech. Stárnutí a stáří, se lidé pokoušejí nevnímat, vytlačovat jej z každodenního života, ve kterém je nejdůležitější maximální výkon, zdraví, síla a krása.

O stáří existuje mnoho mýtů, které jsou v lidech hluboce zakořeněny. Starý člověk bývá považován za zbytečného, nic nedělajícího, překážejícího důchodce, kterého je nejlépe ignorovat. Odchodem na důchod přestává být člověk pro společnost užitečným. A pokud z vlastní vůle ještě dál pracuje, pak jedinečně zabírá pracovní místo jiným, mladším, a tudíž schopnějším.

Mýty o stáří ovlivňují nejen pohledy lidí na seniory, ale utvářejí i sebepojetí stáří.

„Stáří a bezmocnost jsou smutní druhy posledních let života.“ Henrik Sienkiewicz

2. MOZKOVÁ MRTVICE

Mozek mohou poškodit cévní mozkové příhody (mrtvice). A to buď velkého rozsahu, nebo velký počet cévních příhod malého rozsahu. Pro vznik demence následně stačí zničení 50-100 mililitrů mozkové tkáně, nebo poškození daleko menšího objemu v některých ze strategických míst, úzkých profilů zpracování informací (Koukolík, 2005).

Rizikem vzniku cévní demence jsou zejména vysoký krevní tlak, onemocnění srdce a velkých cév přivádějících do mozku krev, kouření tabáku, cukrovka a nerespektovaná správná životospráva. Rizika se pak sčítají (Koukolík, 2005).

Přeruší-li se přísun krve do některé části mozku, ischemie poškodí nebo zahubí buňky v dané oblasti, což vede k příznakům a symptomům mozkové mrtvice. Rozeznáváme 2 hlavní typy mrtvice: hemoragickou a ischemickou (Ganong, 2001). K hemoragické mrtvici dochází, když praskne mozková tepna nebo arteriola, což může, ale nemusí, být v místě malého aneuryzmatu (tepenná výduť - vrozené zeslabení s výdutí stěny cévní). Také mozkový nádor se může projevit nejdříve krvácením. Po úrazech hlavy může vzniknout hematom (krevní výron). Ten je však malý a může se vstřebat, nebo začne utlačovat okolní mozkovou tkáň. V důsledku toho narůstají obtíže – syndrom nitrolební hypertenze – zpomaluje se tep, dostavuje se spavost, zvyšuje se krevní tlak, ztráta vědomí, oslabení končetin. Krvácení může vzniknout v jakékoliv části mozku, jsou však oblasti, kde je výskyt častější:

- krvácení do bazálních ganglií
- mozkových laloků, mozkového kmene a mozečku
- intermeningeální krvácení, nebo též subarachnoideální – výlev krve mezi mozkové pleny (Škodová, Jedlička 2003)

Ischemický iktus nastává při omezení průtoku cévou aterosklerotickým plátem, na němž se tvoří tromby. Tromby také mohou vznikat na jiných místech (třeba v arteriích pacientů se síňovou fibrilací) a dostávat se do mozku jako emboly.“ (Ganong, 2001).

Jejich příčinou mohou být:

- systémová hypoperfuze – průtok krve je snížen; příčinou je pokles krevního tlaku či srdeční choroba
- trombóza mozkových cév – srážení krve v cévách – vyvíjejí se pozvolna, postupně, příčinou bývá arterioskleróza
- embolie – vzniká uzavřením mozkové tepny uvolněnou krevní sraženinou; na rozdíl od trombózy je začátek a průběh rychlý. Embolus (vmetek) se může rozpadnout, nebo mohou jeho částičky uzavřít drobnější cévy (Škodová, Jedlička, 2003).

„ Donedávna nebylo možné průběh mozkové mrtvice a jejích následků příliš ovlivnit. Dnes je však zřejmé, že v oblasti obklopující nejtěžší poškození, které se říká penumbra, snižuje ischémie vychytávání glutamátu. Výsledný růst lokální koncentrace glutamátu působí excitotoxické poškození a smrt neuronů.“ (Ganong, 2001, s 620).

Důsledky mrtvice se významně redukuje léky, které brání tomuto excitotoxickému poškození (toxické působení excitačními neurotransmitery např. glutamátem) (Lékařský slovník, online) Kromě toho léky také pomáhají rozpouštět tromby, proto je potřeba antiexcitotoxickou léčbu zahájit v časně fázi mrtvice, proto je rychlá diagnóza a léčba podstatná (Ganong, 2001). Důležité je také určit, zda jde o mrtvici trombotickou, nebo hemoragickou, kdy v druhém případě je trombolýza kontraindikována (jakýkoliv stav pacienta, který znemožňuje - zakazuje provedení určitého léčebného nebo diagnostického výkonu, včetně podání určitých léků (Lékařský slovník, online).

2.1 Vaskulární demence

V souvislosti s mozkovou příhodou používáme termín vaskulární demence. Tuto demenci obecně vymezujeme jako závažnou poruchu vyskytující se v období senia. Je souborem několika příznaků (syndromem), který vznikl následkem onemocnění mozku. Má obvykle chronický nebo progresivní charakter, při kterém dochází ke zhoršení vyšších kortikálních funkcí. Demence vzniká také v důsledku Alzheimerovy nemoci, Parkinsonovy choroby, demence u Pickovy choroby, Jacob-Creutzfeldtovy, Huntingtonovy choroby (Petrová, Marksová, 2011).

Základními symptomy dle Jiráka (1999) jsou:

- deteriorace intelektu spočívá v úbytku kapacity intelektu (u někoho může být deteriorace plynulá, u někoho postupuje s náhlými projevy zhoršení. Tato porucha bývá u osob s demencí nejnápadnější, často je příznakem rozvíjející se demence.
- poruchy paměti (přijímání, uchování a vybavování nových informací) – především poruchy krátkodobé paměti – člověk není schopen zopakovat bezprostředně přečtené; střednědobá paměť – neschopnost tvorby paměťové stopy; dlouhodobá paměť se projevuje nepřesnou či zpomalenou schopností vybavit si (Pidrman, 2007).
- poruchy orientace – především poruchy orientace v prostoru a čase.

- poruchy soudnosti a schopnosti abstraktního myšlení – osoby s demencí mají potíže např. s vyložením přísloví, příbuznými pojmy, najít podobnosti. Není proto schopen koncepčního uvažování, řešit určité úkony aj.
- poruchy pozornosti a motivace – jsou typické pro demenci, osoby s demencí ztrácejí zájmy, přestávají sledovat televizi, rozhlas, tisk a později se také přestanou zajímat o své blízké okolí.
- poruchy chápání – bývá někdy porušena výrazně
- poruchy korových funkcí (např. afázie, apraxie, atd.) – neschopnost dešifrovat podnět na centrální úrovni, např. u izolované optické agnózie, při kterých lidé s demencí nejsou schopni rozeznávat jednotlivé předměty a tváře (což může způsobit poškození míst přechodu týlní a spánkové mozkové kůry. Provází především vaskulární demence. Umístěný infarkt poškodí některou z uvedených korových oblastí. Kromě agnózií se u osob s demencí objevují také fatické poruchy (poruchy tvorby nebo porozumění řeči). Porucha tvorby řeči se nazývá motorická (expresivní) afázie – člověk není schopen vytvořit srozumitelnou řeč, lehčí forma – parafázie – slova komolí, netvoří řeč gramaticky správně, sensorická afázie (neschopnost porozumět mluvené řeči a amnestická afázie, kdy různé pojmy vypadávají).
- poruchy chování jsou jedním z příznaků demence, která se vyznačuje lhostejností či apatií, hypoaktivitou, bradypsichismem. Někteří jedinci mohou být nesnášenliví a konfliktní vůči svému okolí, což mohou projevovat verbálně nebo fyzicky.
- poruchy emotivity se vyskytují u všech typů demence, k těmto poruchám dochází již v časných stádiích nemoci a projevují se úbytkem vyšších citů (emoční oploštění) nebo naopak nepřiměřeným reakcím (vztek, projevy lítosti a smutku). Můžeme také pozorovat výskyt deprese či úzkostných nálad.
- poruchy osobnosti, která se projevuje degradací osobnosti, dochází k celkovému oploštění a ztrátě zájmů a může docházet ke zvýraznění negativních osobnostních rysů. Častým projevem je egocentrismus.
- poruchy myšlení – osoby s demencí se stávají nedůvěřivé a podezřivé, především osoby se ztrátou paměti mohou být přesvědčeni, že jim někdo krade peníze; dále se vyskytují poruchy vnímání, neboli k chorobné momentálně prožívané situaci.

Doprovodným příznakem demence jsou také poruchy spánku.

Ke stanovení hloubky demence slouží mimo jiné, podrobná, sedmistupňová Reisbergova stupnice z roku 1982, mezinárodně používaná stupnice, kterou sestavil v roce 1982 Hughrs a kol. Je založena na vyšetření paměti, orientace, úsudku, řešení problémů,

zvládání společenských záležitostí. Zkoumá osobní zájmy, úroveň osobní péče hodnocení je pětistupňové.

Stadia demence jsou rozdělena do tří stupňů:

1. Mírná demence: je patrný pokles paměti, ale je možný soběstačný život, postižení si hůře zapamatovávají, ztrácejí věci.
2. Středně těžká demence: paměť je porušena ve všech složkách, její porucha interferuje se schopností soběstačnosti.
3. Těžká demence: paměť je porušena ve všech složkách, postižení jsou plně odkázáni na okolí, nejsou schopni základní denní rutiny (Mühlpachr, 2004).

Léčba demence dle Petrové, Marksové (2011) spočívá v užívání psychofarmak, důležité je také včasné určení diagnózy, kterou provádí lékař, zjišťuje osobní a rodinnou anamnézu pacienta, vyhodnocuje změny kognitivních funkcí, chování a paměti atp. Pečlivé klinické vyšetření je doplněno laboratorními testy, které jsou zaměřeny na vyloučení jiné kognitivní poruchy. Dále jsou vyvíjeny lékařské a psychosociální prostředky určené ke zpomalení, zamezení či zadržení úpadku osobnosti.

Péče o osobu s demencí probíhá většinou v domácím prostředí, která je zajišťována rodinnými příslušníky. Pro osoby vyžadující finanční pomoc slouží příspěvek na péči, aby mohla být péče zajišťována doma. Dále je rodině poskytováno také poradenství a to jak ve státních tak i nestátních institucích. V případě, kdy péče nemůže být zajišťována v domácím prostředí, je potřeba poskytnout péči v jiných zařízeních (zdravotnických zařízeních, sociálně-zdravotnických, či sociálních zařízeních) odpovídající typu a stupni závažnosti onemocnění. Tato zařízení by měla být podobná domovu, ve kterých je zdůrazněn společenský model zahrnující individuální či skupinové činnosti (Strategie České Alzheimerovské společnosti) (Petrová, Marksová, 2011).

Péče je zaměřena nejen na fyzickou stránku jedince, ale na zachování a celkové zlepšení osobnosti pacienta. Péči v zařízeních zajišťují lidem s demencí: lékaři, zdravotnický personál, sociální pracovník, speciální pedagog, pracovník v sociálních službách a další pracovníci zajišťující technický chod zařízení (Petrová, Marksová, 2011).

3 KOMUNIKACE

Pojem komunikace nemá jednotnou definici a to z důvodu přesahu tohoto termínu do jiných oblastí života jako je pedagogika, psychologie, sociologie, kybernetika atp (Vybíral, 2000). Termín komunikace (z lat. Communicatio) lze chápat ve významu spojování, sdělování, ale také jako přenos, společenství, participace, tzn. lidskou schopnost užívat výrazové prostředky k vytváření, udržování a pěstování mezilidských vztahů. V širším slova smyslu lze komunikaci chápat jako symbolický výraz interakce, vzájemné a oboustranné ovlivňování mezi dvěma nebo více systémy, jako složitý proces výměny informací, který tvoří čtyři prvky, které se navzájem ovlivňují:

- Komunikátor – je zdrojem informace, osoba sdělující něco nového
- Komunikant – příjemce informace, který na ni reaguje
- Komuniké – nová informace, obsah sdělení
- Komunikační kanál je nezbytnou podmínkou úspěšné výměny informace tak, aby si obě strany rozuměly, za použití předem dohodnutého kódu. Je to cesta k předávání informací (Dvořák, 2001).

Efektivní komunikace se uskutečňuje v atmosféře důvěry, musí mít kontext, obsah, jasnost, kontinuitu, konzistenci, kanály a kapacitu veřejnosti (Klenková, 2006).

Komunikace je v životě člověka aktivitou, kterou avizuje svůj příchod na svět, kterou se během celého života neustále projevuje a v závěru svého života také „odhlašuje“. Člověk komunikuje se svou matkou již v intrauterinním životě a pak se svým užším i širším prostředím. Jedinec ani nemůže nekomunikovat, protože mu v tom brání samotná podstata jeho existence (Škodová, Jedlička, 2003).

Vitásková (2005, s. 13) charakterizuje komunikaci jako „proces efektivní výměny informací prostřednictvím určitého signálního systému znaků (kódů) probíhající během interakce konverzačních partnerů“.

Právě z těchto důvodů, získává stále větší význam každá disciplína, která se zabývá komunikací počínaje počítačovou komunikací (internet), přes mediální komunikaci (tisk, rozhlas, televize) až po patokomunikaci - narušenou komunikační schopnost, kterou se zabývá např. logopedie (Škodová, Jedlička, 2003).

Cílem komunikativního chování člověka je kromě vzájemného dorozumívání a sdělování informací především vytváření, pěstování a udržování mezilidských vztahů.

Bez komunikace nemůže žádná společnost existovat a vyvíjet se, je tedy základním procesem, protože každá společná akce lidí je založena na významech, které byly přeneseny prostřednictvím komunikace a následně společně sdíleny (Klenková, 2006).

3.1 Verbální a neverbální komunikace

Verbální komunikace

Komunikační schopnost je jednou z nejdůležitějších lidských schopností. Schopnost řečové komunikace je vědomé používání jazyka jako složitého komunikačního systému znaků a symbolů ve všech formách (Klenková, 2006).

Verbální komunikaci z hlediska narušené komunikační schopnosti členíme na složku expresivní (vyjadřování prostřednictvím řeči) a receptivní (vnímání řeči) (Lejska, 2003).

Jazykem vyjadřujeme veškeré vědění a představy člověka o světě a jeho vlastní prožitky. Jazyk je jevem a procesem společenským. Odlišujeme jazyk jako schopnost ovládat a používat symbolický vyjadřovací systém, jazykovou kompetenci (češtinu, angličtinu, ale také znakový jazyk neslyšících) od řeči jako skutečného použití, aktualizace této schopnosti.

Řeč je specificky lidskou schopností, vědomé užívání jazyka. Slouží člověku ke sdělování pocitů, přání a myšlenek. Tato schopnost nám není vrozená, přinášíme si však na svět určité dispozice, které se rozvíjejí až při verbálním styku s mluvícím okolím (Braun, 1992) Řeč není jen záležitostí mluvních orgánů (zevní řeč – realizuje se mluvením), ale především mozku a jeho hemisfér (vnitřní řeč – chápání, uchovávání a vyjadřování myšlenek pomocí slov a to nejen verbálně, ale i graficky: četby, písmo; má 2 složky: motorickou – expresivní, výrazovou a symbolickou – percepční, vnímavou) souvisí s kognitivními procesy a myšlením (Klenková, 2006).

Do skupiny verbální (slovní) komunikace spadají všechny komunikační procesy, které se realizují prostřednictvím mluvené nebo psané řeči. Sociální kontakty jsou závislé na vysokém stupni schopnosti jazykové výměny a jazykového sebepředstavení, rozhovoru, diskuse, slovní hádky, pomluvy zaujímají v lidském životě centrální pozici (Klenková, 2006).

Verbální komunikace však není jediným sdělovacím prostředkem, při komunikaci je také využívána neverbální komunikace.

Neverbální komunikace (nonverbální, neslovní, mimoslovní) zahrnuje širokou oblast toho, co signalizujeme ať už beze slov či se slovy jako doprovod slovní komunikace. Neverbálně komunikujeme gesty, pohyby hlavou a dalšími pohyby těla, postojem těla, výrazy tváře

(mimikou), pohledy očí, zaujímáním prostorových pozic, tělesným kontaktem, tónem hlasu a dalšími neverbálními projevy: oblečení, zdobnost, fyzické a jiné aspekty vlastního zjevu.

Neverbální komunikace tedy v sobě zahrnuje veškeré dorozumívací prostředky neslovní podstaty. Je fylogeneticky i ontogeneticky starší, má vysokou výpovědní hodnotu a také srozumitelnost. Podléhá společenskému kodexu dané společnosti a vykazuje, co do provedení, četnosti a významu nonverbálních projevů individuální interkulturní, etnické, mezinárodní a geografické odlišnosti (Klenková, 2006).

Neverbální komunikační kódy mohou jednak doprovázet mluvenou řeč, ale také tvořit samostatné jazykové jednotky: např. piktogramy, zjednodušená zobrazení skutečnosti, srozumitelná uživatelům bez ohledu na jejich národní jazyk či gramotnost, nebo znakový jazyk neslyšících (Klenková, 2006, s. 30)

Dvořák (2001) ve svém slovníku uvádí totální komunikaci, nebo též komunikaci komplexní za použití všech dosud známých komunikačních prostředků a metod, tzn., že zahrnuje širokou oblast způsobů komunikace: čtení, psaní, řeč, zpěv, mimiku, gesta, znakovou řeč, prstovou abecedu, pohyb celého těla, odezírání a také alternativní a augmentativní způsoby komunikace, které je možné použít zejména u osob se zdravotním či kombinovaným postižením, atp.

3.2 Narušená komunikační schopnost

V návaznosti na komunikaci lze dále hovořit o narušené komunikační schopnosti. Způsob, jakým budeme pojímat komunikaci, bude totiž determinovat i způsob, jakým budeme chápat narušenou komunikační schopnost (Škodová, Jedlička, 2003)

„Termín narušená komunikační schopnost NKS (communicative disability) odpovídá i nejnovější klasifikaci Světové zdravotnické organizace (WHO) – International Classification of Function of Functioning, Disability and Health = ICF – schopnost.“ Cséfalvai, Lechta, 2013, s. 13)

Narušené komunikační schopnosti u dospělých lidí, jako specifickému fenoménu, se u nás doposud nevěnovala odpovídající pozornost. Přitom statistiky dokazují známý trend, který se eviduje jako stárnoucí populace, stále více lidí se dožívá tzv. seniorského věku. Problémy s komunikací jsou jedním z nejčastějších problémů které dospělá/seniorská populace má. Dlouhodobě se této problematice věnují odborníci z USA. Publikované údaje dokazují, že přibližně 20% klientely logopedů tvoří lidé s narušenou komunikační schopností, starší 60 let.

V ČR a SR shrnující monografie orientovaná na narušenou komunikační schopnost dospělých zatím nevyšla (Czséfalvay, Lechta, 2013).

V rámci transdisciplinárního přístupu participují na péči o dospělé lidi s narušenou komunikační schopností (NKS) především logopedi, neurologové, psychiatři, otorinolaryngologové, foniatři, psychologové a příslušníci dalších pomáhajících profesí (Czséfalvay, Lechta, 2013).

O narušené komunikační schopnosti (NKS) člověka mluvíme tehdy, když se některá rovina (foneticko-fonologická, morfologicko-syntaktická, lexikálně-sémantická, pragmatická rovina, případně několik rovin současně) jeho jazykových projevů odchyluje od zažitých norem daného jazykového prostředí do té míry, že působí interferenčně (vzájemné ovlivňování, prolínání nebo střetání jevů) vzhledem k jeho komunikačnímu záměru (Lechta, 2003).

NKS je možné třídit dle několika kritérií, která se uplatňují v případě dospělých lidí s NKS:

- způsob/forma komunikování – NKS se týká verbální, nebo neverbální formy komunikace – její mluvené nebo grafické podoby
- průběh komunikačního procesu – týká se vysílání informací (produkování), nebo přijímání informací (percipování)
- geneze – NKS může být vrozená nebo získaná v dospělosti
- kritérium času/trvání – NKS může být trvalá (chronická) nebo přechodná
- klinický obraz – zda NKS v celkovém klinickém obraze dominuje, nebo je symptomem nějakého dominujícího postižení, narušení, onemocnění
- kritérium reflektování – jedinec si svou NKS může, ale nemusí uvědomovat
- kritérium etiologie – NKS může mít příčiny orgánové, nebo funkční
- kritérium rozsahu – může jít o částečné (parciální) nebo úplné NKS (Czséfalvay, Lechta, 2013)

Výše uvedená kritéria tvoří východisko pro bazální charakteristiku při identifikování konkrétní NKS u dospělých lidí v průběhu diagnostického procesu, a na základě kterých jsou koncipovány další závěry závislé na výsledcích detailních vyšetření.

NKS se může manifestovat v oblasti procesů symbolických i nesymbolických, přičemž v obou případech může jít o zvukovou i nezvukovou dimenzi. NKS se může u dospělých lidí dle Kerekrtiové (2009) projevovat:

- izolovaně – pouze v jedné z těchto dimenzí (např. při artikulačních problémech může jít o zvukovou dimenzi nesymbolických procesů) (Cséfalvay, Lechta, 2013).
- simultánně – ve více dimenzích současně (např. afázie se může projevovat současně ve zvukové i nezvukové dimenzi symbolických i nesymbolických procesů)

- sukcesivně – projevuje se nejdříve v jedné dimenzi a postupně i ve druhé (např. chronická koktavost u dospělých lidí – v oblasti nesymbolických procesů ve zvukové dimenzi a postupně se může promítat i do sféry symbolických procesů).

K nejčastějším příčinám NKS dospělých lidí patří: poškození artikulačního aparátu na jeho různých úrovních, omezení fatických a kognitivních funkcí, smyslových orgánů, psychogenní a hereditární (dědičné) faktory atd (Czséfalvay, Lechta, 2013).

Základní kategorie NKS u dospělých lidí:

- porucha porozumění a produkce řeči v důsledku mozkové léze – afázie
- získaná psychogenní nemluvnost – mutismus
- narušení zvuku řeči – huhňavost
- narušení fluence řeči – koktavost, breptavost
- narušení článkování řeči – dyslálie, dysartrie
- poruchy hlasu – dysfonie, afonie
- kombinované vady a poruchy řeči
- symptomatické poruchy řeči
- narušení grafické stránky řeči – agrafie, alexie, akalkulie, dyslexie, dysgrafie, dyskalkulie (Czséfalvay, Lechta, 2013)

3.2.1 Logopedická intervence

Na narušenou komunikační schopnost jedince, by měla plynule navázat logopedická intervence. Jak již bylo řečeno výše, daná problematika NKS je v kompetenci logopeda ve spolupráci s dalšími odborníky. Aktivitu (činnost logopeda), která je pro práci logopeda specifická, je možné označit termínem logopedická intervence, kterou můžeme chápat v nejširším slova smyslu jako celý komplex různorodých činností logopeda a v užším smyslu jako terapii, (Lechta, 2002) nebo též zásah, zakročení, zákrok (Dvořák, 1998).

V rámci logopedické intervence logoped uskutečňuje tyto tři cíle:

1. identifikovat
2. zmírnit (eliminovat) či aspoň překonat narušenou komunikační schopnost
3. předejít tomuto narušení a zlepšit komunikační schopnost (Lechta, 2002).

Vzhledem k tomu, že je logopedická intervence složitý multifaktoriálně podmíněný proces, realizuje se v zájmu dosažení výše uvedených cílů na třech úrovních:

1. Logopedická diagnostika
2. Logopedická terapie

3. Logopedická prevence

Jednotlivé úrovně je obtížné v logopedické praxi odlišit, mnohdy se diagnostika, terapie a prevence prolínají, např. ve formě terapeutické diagnostiky (tato může mít pozitivní terapeutický efekt již při prvním kontaktu člověka s NKS a logopeda), nebo terapie s prevencí (primární, sekundární i terciální) (Lechta, 2005).

3.2.1.1 Diagnostika narušené komunikační schopnosti

„Cílem logopedické diagnostiky je stanovení diagnózy. Oba pojmy byly původně používány pouze v medicíně. Termín diagnosis (z řec.) znamená v překladu hloubkové či rozšiřující poznání. Diagnóza je konečným produktem procesu diagnostikování.“ (Klenková, s. 57, 2006)

Kompletní diagnóza narušené komunikační schopnosti dnes už nemůže být stanovena během krátké chvíle, jako tomu bylo dříve. Logopedická diagnostika má získat a popsat informace, jež jsou přijatelné z hlediska terapie, a poskytnout je pro plánování a realizaci logopedických opatření. Často je však - zejména v klinické logopedii - jen součástí celkové lékařské diagnostiky, přičemž z hlediska terapie je potom relevantní lékařská diagnóza (Škodová, Jedlička, 2003).

Logopedická diagnostika má, jak uvádí Lechta (2003) několik cílů:

- zjistit, jestli jde o NKS, anebo o fyziologický jev
- pokud možno - odhalit příčinu a etiopatogenezi NKS;
- určit, zda je NKS trvalá, nebo přechodné (prognóza), vrozená, či získaná;
- zjistit, zdali NKS v klinickém obraze dominuje, anebo jde o symptom jiného postižení, narušení nebo onemocnění;
- zjistit, zda si osoba s NKS své narušení uvědomuje, nebo ne;
- určit stupeň a formu NKS;
- navrhnout případná terapeutická opatření (Škodová, Jedlička, 2007).

Aby bylo vyšetření NKS komplexní, vyžaduje, jak uvádí Lechta (2003) transdisciplinární přístup, přičemž jednotlivé disciplíny mohou při diagnostikování dosáhnout různé úrovně identifikování NKS. Konkrétní diagnostika NKS se může realizovat ve 3 úrovních:

1. Orientační diagnostika – zjišťuje, zda se u člověka vyskytuje nějaké NKS
2. Základní diagnostika – zjišťuje, o jaký druh NKS se u vyšetřovaného člověka jedná
3. Speciální diagnostika – vyšetřuje specifika dané NKS, zjišťuje příčiny, určuje prognózy.

Úspěch logopedické diagnostiky je podmíněn komplexností vyšetření – je potřeba zaměřit se komplexně na komunikační schopnosti – na verbální, neverbální projevy, na receptivní i expresivní složku řeči, na jazykové roviny. Logopedické vyšetření doporučuje následující postupy, které uvádí Lechta (1990)

- navázání kontaktu
- anamnéza (rodinná, osobní)
- vyšetření sluchu (orientační, vyšetření fonematische diferenciacie)
- porozumění řeči (receptivní složka řeči)
- vyšetření řečové produkce (expresivní složka řeči)
- vyšetření motoriky (celková motorika, jemná motorika, motorika mluvních orgánů – oromotoriky)
- vyšetření laterality
- prozkoumání sociálního prostředí

Diagnostický proces NKS využívá všeobecných zásad diagnostiky – objektivnosti, komplexnosti a týmového přístupu, kvantifikace a dlouhodobého pozorování. Obecné metody speciálně pedagogické jsou:

Pozorování – u osob s NKS se jedná o pozorování dlouhodobé, k záznamu slouží záznamové archy, vyšetřovací karty, tabulky apod.

Explorační metody – dotazníky, anamnestický rozhovor, řízený anamnestický rozhovor (osobní, rodinné údaje).

Diagnostické zkoušení – vyšetřování výslovnosti, vyšetřování zvuku řeči, písemné zkoušení-

Testové metody – zjišťují např. laterality, testy a testové baterie v afaziologii.

Kazuistické metody – analýza lékařských výsledků a jiných odborných vyšetření.

Rozbor výsledků činnosti – výsledky dítěte v rámci edukačního procesu.

Přístrojové a mechanické metody.

Na základě logopedické diagnostiky se hodnotí komunikační schopnosti vyšetřovaného (Klenková, 2006).

Vytvoření vhodných podmínek vyšetření

Dospělým klientům, zejména seniorům nebo pacientům se závažnými diagnózami, je potřeba vytvořit vhodné diagnostické prostředí a přiměřené vnější podmínky vyšetření. Vyšetření je nutno realizovat ve více kratších sezeních a to z důvodu vyšší unavitelnosti klienta. Při diagnostice je také potřeba počítat s diagnostickými komplikacemi způsobenými např. nedoslýchavostí, problémy s pamětí, kognicí, či vážnými zdravotními problémy. Proto je potřeba s výše uvedeným počítat a dobře se připravit, jednak diagnostické prostředí, tak i příprava

samotného diagnostika. S klientem komunikujeme na vhodné úrovni, dostatečně nahlas. Materiál používaný při diagnostikování nesmí být degradující a ponižující (používání dětských obrázků). Při kladení otázek je důležité prezentovat symetrický vztah ke klientovi (při nesymetrickém vztahu s jednostrannou dominancí diagnostika a submisivním postavením klienta – tradiční přístup) by mohlo dojít k získání neodpovídajících informací. Trpělivý a empatický odborník navodí situaci, aby se klient cítil uvolněný, poskytl potřebné informace - aby se cítil dobře (Czséfalvay, Lechta, 2013)

3.2.1.2 Terapie narušené komunikační schopnosti

Podle hesla v Defektologickém slovníku vystihují terapie obecně „...*léčení nebo lékařskou činnost zaměřenou na zdolávání příčiny nemoci, popřípadě chorobného stavu nebo na potlačení příznaků nemoci nebo zlepšování průběhu nemoci a kvality života.*“

Předmětem péče speciální pedagogiky je člověk s postižením, lidé se speciálními potřebami, žáci, popř. děti, s nějakým handicapem nebo postižením.

Formy a zaměření

Podle využívání bazálních prostředků dělíme terapii na:

- terapii chirurgickou
- farmakoterapii
- fyzioterapii
- psychoterapii (Edelsberger, 2000).

Formy logopedické terapie dle Borbonuse a Maihacka (2000) dělíme:

- individuální: 30 – 45, 60 minutová sezení;
- skupinová - 3-6 pacientů;
- intenzivní - několikrát denně
- intervalová - v pravidelném časovém odstupu (např. několika týdnů nebo měsíců se aplikuje intenzivní terapie. O kombinaci jednotlivých forem hovoří Dvořák (1998), např. individuální intervalové terapie. Terapie může mít v závislosti na specifiku daného případu, ale i na orientaci terapeuta - různé zaměření.

Obecně lze terapeutické přístupy dle Müllera (2005) vymezit jako způsoby odborného a cíleného jednání člověka s člověkem, které směřují ke zmírnění či odstranění nežádoucích potíží, nebo odstranění jejich příčin, což vede k přijatelné změně a to v chování, prožívání, fyzickém výkonu apod.

Dále Müller (2005), v závislosti na výše uvedené, hovoří o těchto zásadách, které vždy při terapii platí:

- terapie probíhají v určitém prostředí a čase – krátkodobá, dlouhodobá
- mají organizační formu - individuální, skupinovou, rodinnou, párovou
- odpovídají orientaci terapeuta, dle jeho terapeutických přístupů a metod práce
- terapie probíhají v závislosti na věku, symptomech, příčinách potíží klienta
- terapie zaměřená na somatické či psychické změny u klienta
- mají léčivý, preventivní a rehabilitační účel, tak aby bylo dosaženo prospěšné změny a snižováno riziko vzniku či rozvoje dalších potíží.

V logopedii lze aplikovat metody, které Lechta (2005) dělí:

Stimulující – používají se v terapii narušeného vývoje řeči, stimulující nerozvinuté a opožděné řečové funkce.

Korigující – aplikují se při terapii dyslalie, korigují vadné řečové funkce.

Redukující – redukují ztracené, dezintegrované řečové funkce.

Komunikační schopnosti vyšetřovaného se hodnotí na základě logopedické diagnostiky, jejíž závěry slouží k výběru postupů, metod, forem, prostředků logopedické terapie. Logopedickou terapii realizujeme jako specifickou metodu, která se realizuje za použití specifických metod, ve specifické situaci záměrného učení.

Jde o tzv. řízené učení probíhající pod záměrným řízením, usměrňováním a kontrolou logopeda v logopedických zařízeních, popřípadě i mimo ně; může je realizovat i sama osoba s NKS (resp. s rodiči, příbuznými) (Lechta, 1990).

Techniky a strategie

Je třeba odlišit techniky a strategie od logopedické terapie. Metoda - označuje určitou cestu vedoucí k cíli, zatímco technika - představuje činnost, pracovní postup, pomocí něhož, se lze k cíli dostat (Hartl, Hartlová, 2000). Někdy se techniky označují také jako strategie - pedagogická a terapeutická opatření (techniky), jejichž aplikace se řídí určitými teoretickými postupy, kdy techniky chápeme především jako určitý plán, koncepci, jak účelně aplikovat jednotlivé techniky. Někdy lze metody a techniky od sebe těžko odlišit (Škodová, Jedlička, 2003).

Principy

Ve specifické situaci logopedické terapie je možno podle Škodové, Jedličky (2003) aplikovat:

všeobecné principy a tradiční principy převzaté z pedagogiky (princip individuálního přístupu, aktivity, uvědomělosti, soustavnosti, trvalosti, názornosti; speciálně pedagogický princip (komplexnosti, dispenzarizace - sledování, dohled, socializace, resocializace); specificky lo-

gopedický princip minimální akce, relaxace (terapie probíhá při maximálním duševním a tělesném uvolnění s co nejmenší námahou), komplexnosti (týmový přístup), symetričnosti terapeutického vztahu (klient a logoped jako rovnocenní partneři), multisenzoriálního nebo monosenzoriálního přístupu (podle aktuální potřeby), krátkodobého, ale častého procvičování, funkčního používání řeči, celostního (holistického) přístupu, včasná stimulace, imitace přirozeného, normálního vývoje řeči; princip překonávání komunikační bariéry je jedním z nejdůležitějších principů, které se v současnosti dostávají stále více do popředí. Nezaměřuje se úzce na jazyk ani na řeč, ani na izolovaně chápané narušení komunikační schopnosti, ale na člověka, který má narušenou komunikační schopnost.

Bendová (LMS Uniform) uvádí kvalitní přístup při práci (terapii) s jedinci, kdy je podstatný multidisciplinární přístup – tedy práce týmu složeného z odborníků: odborných lékařů, psychologů, logopedů, ergoterapeutů, fyzioterapeutů, zdravotních sester, speciálních pedagogů, sociálních pracovníků a pracovníků v sociálních službách.

Všichni tito odborníci, jak uvádí Bendová (LMS Uniform), mají při své práci s klientem s demencí a staršími seniory vůbec, dodržovat určité zásady: podpora důstojnosti jedince; zavedení stereotypů (opakováním docílíme bezpečí, jistoty); podporovat soběstačnost, samostatnost (nevytvářet při práci s klientem pocit závislosti a podporovat tak pocit sebedůvěry); zadávat jednoduché úkoly; pomoci při vytváření bezpečného prostoru – přizpůsobením a vybavením bytu; podpora zdraví a zdatnosti, podpora využití dosavadních schopností, (která vede k pocitu sebeúcty a důstojnosti, k dosažení lze navázat na dřívější zaměstnání, koníčky apod.); udržení komunikace; zachování smyslu pro humor a paměť.

Paměti – rozvoji kognitivních dovedností, jejímu trénování, použití různých pomůcek usnadňující orientaci, je u seniorů věnovaná značná pozornost.

Pomůcky a přístroje v logopedické diagnostice i terapii při narušené komunikační schopnosti.

Pomůcky, které jsou při diagnostice a terapii NKS používány, volí logoped podle druhu NKS, věku klienta a rozsahu postižení. Pomůcky se stále zdokonalují, vytváří se nové testy, testové baterie, elektronické výukové programy, programy PC. Pomůcky jsou přehledně tříděny dle Lechtovy (1990) klasifikace pomůcek a přístrojů:

- stimulační – zvukové hračky, foukadla, hudební nástroje apod., které stimulují a podněcují k napodobení hlasů, zvuků, foukání
- motivační – předměty, hry, hračky, které motivují ke spolupráci s logopedem
- didaktické – soubory obrázků k diagnostice a následnému procvičení výslovnosti, tématické obrázky, říkanky, povídky, čtecí tabulky apod.

- derivační – pomůcky sloužící k odvrácení pozornosti od svého mluvního projevu, např. užití bílého šumu, metronomu apod. u balbutiků
- podpůrné – rotavibrátory, špachtle, přístroje využívající zpožděnou zpětnou vazbu – tzv. Lee efekt)
- názorné – přístroje ukazující názorně kvalitu zvuku, který osoba s NKS produkuje, analyzátoři zvuků apod.
- registrační – záznamové archy, tabulky, videozáznamy apod.

U osob po mozkových mrtvicích je cílem logopedické terapie podpora zachování komunikační kompetence, komunikace s okolím, uchování úcty k sobě, redukce emočního stresu, udržení chování a emočního prožívání na přijatelné úrovni.

V logopedické terapii je nutno dodržovat několik principů – facilitace: mluvit pomalu, nechat dostatek času na odpověď, být empatický, naslouchat, být pozorný, což dá člověku s demencí pocit pohody, bezpečí a může se tak soustředit na obsah a formu řeči. Dále nemluvit místo nemocného, umožnit komunikaci v klidném prostředí, mluvit jasně a logicky, při denních aktivitách používat stejná slova, instrukce a věnovat pozornost také neverbální komunikaci (Neubauer, 1997).

Logopedickou terapii může provádět pouze specialista (v našich podmínkách klinický logoped s praxí, s neurologickými pacienty) (Cséfalvay, Lechta, 2013).

3.2.1.3 Prevence vzniku narušené komunikační schopnosti

Prevence může být nespecifická - podporuje žádoucí formy chování (v logopedii např. propagování správné péče o řeč), a specifická - zaměřená proti konkrétnímu riziku, tedy ohrožení určité NKS (např. předcházení koktavosti, dysfonii).

V logopedii můžeme aplikovat metody primární, sekundární i terciární prevence. Primární prevence podle Hartla, Hartlové (2000) je předcházení ohrožujícím situacím v celé sledované populaci. Může být specifická – zaměřená proti konkrétnímu riziku (ohrožení konkrétnímu NKS). Sekundární prevence se orientuje na rizikovou skupinu zvláště ohroženou negativními jevy - může zde jít třeba o děti s vývojovou neplynulostí řeči, u nichž existuje zvýšené riziko vzniku incipientní (počínající) koktavosti, o předcházení poruch hlasu u hlasových profesionálů, retardaci vývoje řeči u dětí v kojeneckých ústavech atd. Terciární prevence se zaměřuje na osoby, u kterých se už NKS projevila, přičemž se snaží předejít dalšímu negativnímu vývoji - dalším negativním důsledkům NKS.

K preventivním metodám můžeme dále zařadit také včasné odhalování a odstraňování příčin vzniku zdravotních poruch, např. pomocí depistáže, v rámci zdravotnické preventivní péče. Vedle tradičních metod a technik objasňování, které se při prevenci užívají, jsou osvětové přednášky, články, publikace, relace v médiích, instrukce, různé letáky, stále více se dnes a častěji aplikují počítačové programy, informace na internetu atd.

3.3 Dysartrie

V důsledku náhlých cévních mozkových příhod, u dospělých, bývá narušena srozumitelnost řečového projevu, dochází k narušení komunikační schopnosti, kdy je nejčastěji diagnostikována získaná dysartrie (Neubauer, 2003).

Nejčastějšími příčinami vzniku dysartrie u dospělých osob jsou cévní mozkové příhody, úrazy hlavy, stavy po operacích v oblasti mozkového kmene, motorických a premotorických oblastí mozkové kůry (náhlých krváceních či hematomech, při tumorech, abscesech), dále to mohou být degenerativní onemocnění CNS - především Parkinsonova nemoc a roztroušená skleróza (Škodová, Jedlička, 2003).

Výše uvedené příčiny mohou významně ovlivnit inervaci svalů, které se účastní na dýchání, tvorbě hlasu, artikulaci atd. Symptomy těchto onemocnění odrážejí umístění léze v rámci nervového systému, proto je nejdůležitější zjistit, která oblast byla onemocněním nervového systému zasažena. Důležitými charakteristikami neurologických onemocnění dle Duffyho (Czšéfalvay, Lechta, 2013): lokalizace, časové období (akutní, subakutní, chronické), průběh (tranzientní, zmírňující se, progredující apod.)

Dysartrie patří do skupiny poruch nazývaných motorické poruchy řeči (porucha svalové kontroly řečového mechanismu) a apraxie řeči (narušení programování senzomotorických impulzů pro svaly, které se účastní mluvení).

Czšéfalvay, Lechta, (2013, s. 117) definují dysartrii takto: „*Dysartrie je neurogenně podmíněná narušená komunikační schopnost, která se manifestuje jako porucha neuromuskulární exekuce řeči.*“

V terminologii se také vyskytuje termín „an“ (anartrie) ve smyslu velmi těžké poruchy, nebo úplné ztráty schopnosti artikulovat (Kerekrétiová, 2009). Při dysartrii se může v důsledku patologické inervace svalů v různé míře a variabilitě narušit: respirace, fonace, rezonance, artikulace a prozodie.

Dle tradičního neurologického pohledu je popsáno 6 základních typů dysartrie (dle lokalizace léze v nervovém systému:

korová dysartrie
pyramidová dysartrie
extrapyramidová dysartrie
mozečková dysartrie
bulbární dysartrie
smíšená dysartrie (Lechta, 2003).

Dále je možné klasifikovat dysartrii dle dominujícího symptomu v řeči:

Flacidní dysartrie vzniká při lézi hlavových, ale také spinálních nervů, jde o narušení periferního motoneuronu, zapříčiňující slabost svalů účastnících se na mluvení a dýchání. Další příčinou jsou cévní příhody v oblasti mozkového kmene. Příznaky flacidní dysartrie jsou: hypernazalita (zvýšená nosovost); poruchy artikulace (vznikají inervací svalů rtů); poruchy fonace (nedostatečnost funkce hlasivek) (Neubauer, 2007).

Spastická dysartrie – vzniká při oboustranné lézi centrálního motoneuronu (při poškození bilaterálních poškozeních pyramidového (způsobuje svalovou slabost a zpomalení artikulačních pohybů (rtů, jazyka, měkkého patra) a extrapyramidového systému (řídí regulaci reflexů, svalové napětí, a posturální podporu při pohybu). Je charakteristická pomalostí a slabostí při pohybech jazyka a rtů. Symptomy jsou: poruchy artikulace (nejnápadnějším symptomem); poruchy fonace ve smyslu tlačené fonace (je způsobeno spasticitou faryngeálních svalů); poruchy rezonance (hypernazalita v důsledku spasticity svalů měkkého patra); dysprozodie (v důsledku spasticity svalů, čímž je zabráněno přirozené variaci výšky hlasu a zpomalení tempa řeči) (Czséfalvay, Lechta, 2013). Kerekrétiová (2009) dále uvádí jako další příznak hypersalivaci (zvýšená slinivost).

Při unilaterální lézi centrálního motoneuronu (také lokalizaci léze) – vzniká při unilaterální lézi centrálního motoneuronu. Příznaky jsou slabost v dolní části obličeje, rtů a jazyka, která se projevuje na opačné straně než místo léze v mozku (dysfonie a poruchy artikulace mají mírnější ráz, protože nepostížená strana umožňuje kompenzovat deficity) (Czséfalvay, Lechta, 2013).

Ataktická dysartrie – vzniká při lézi mozečku a jeho drah, což má za následek problémy s koordinací pohybů svalů, které se účastní mluvení. Symptomy jsou: poruchy artikulace (konsonantů i vokálů); poruchy prozodie (stejný důraz na každé slabice, zpomalené tempo řeči, prolongované fonémy, omezený rozsah a intenzita hlasu); poruchy fonace (ostrý hlas nebo hlasový tremor); nekoordinované pohyby respiračních svalů (Czséfalvay, Lechta, 2013).

Hypokinetická dysartrie – vzniká při lézích bazálních ganglií. Nejčastější příčinou je Parkinsonova nemoc, nebo také úrazy hlavy. Příznaky mají největší vliv na řeč z důvodu sva-

lové rigidity (ztuhlost), snížený rozsah pohybu a zpomalená pohyblivost - poruchy artikulace; atypické dysfluence (repetice se objevují na začátku nebo po pauze rozmluvy); poruchy hlasu (projevující se slabou intenzitou hlasu až šepotem) (Czséfalvay, Lechta, 2013).

Hyperkinetická dysartrie – vzniká při onemocněních zasahujících bazální ganglia. Vznikají nekontrolovatelné, mimovolní pohyby orgánů účastnících se mluvení. Příznaky jsou: poruchy artikulace (nepravidelné artikulační pauzy, prodlouženou artikulací některých hlásek – v důsledku nesprávného a nepřesného polohování artikulačních orgánů); dysprozodie (omezený rozsah a intenzita hlasu, nepřiměřené pauzy v řeči a krátkých frázích); poruchy fonace (ostrý hlas a tlačaná fonace způsobeny zvýšeným svalovým tonusem v hrtanu) (Czséfalvay, Lechta, 2013).

Smíšená dysartrie – vzniká v případě dvou nebo více dysartrií, při onemocněních, která mohou současně postihnout periferní a centrální nervový systém (roztroušená skleróza). Příznaky se budou projevovat dle toho, která oblast byla onemocněním zasažena (Czséfalvay, Lechta, 2013).

3.3.1 Diagnostika při dysartrii

Logopedická péče při dysartrii je otázkou týmové spolupráce, která je úzce spojena s lékařskou diagnostikou (otorinolaryngologickou, audiologickou, foniatickou, oftalmologickou, logopedickou), nejčastěji neurologickou, která poskytuje důležité informace o charakteru nemoci a lokalizaci léze. Logopedické vyšetření pak poskytuje detailnější údaje o řeči pacienta, které může lékař použít při kompletování závěrečné diagnózy a zodpovídá za průběh terapie (Lechta, 2003).

Kerekrétiová (2009, s. 250) uvádí, že při diagnostice dysartrie jde o analýzu odpovědi na dvě zásadní otázky: „*Čo hovorí pacient? a Ako hovorí?*“. První otázkou je zjišťováno, jaké má pacient těžkosti při mluvení, kdy vznikly, jaké měly průběh a jak dlouho trvají. Jsou otázkami, které získává nejdříve neurolog doplněné o vyšetření ORL, foniatry, fyziatrie a slouží k získání anamnestických údajů. Druhá otázka směřuje ke zjišťování formální stránky řeči a je sledováno několik oblastí: dýchání, fonace, rezonance, artikulace a prozodie.

V diagnostice dysartrie se dle Kerekrétiové (2009) uplatňují dvě metody hodnocení: instrumentální (slouží k měření komponentů řečové produkce: nazální a orální proud vzduchu), jiné přístroje zase mohou přesně zjistit změny v hlasových začátcích, jemné variace intenzity hlasu, atypické frekvence samohlásek. Cséfalvay, Lechta (2013) v souvislosti s touto metodou hodnocení hovoří o akustickém hodnocení, které je získáváno za pomoci oscilogra-

mu nebo spektogramu, jejichž výsledky mohou doplnit a potvrdit sluchem zachycené deficity, např. zpomalené tempo řeči.

Cséfalvay, Lechta (2013) uvádí další 2 přístupy v hodnocení dysartrie:

Percepční analýza (využívá schopnosti poslouchat a hodnotit řečové nedostatky jedince.

Akusticko – percepční metoda pak umožňuje vytvořit si celkový obraz řeči pacienta.

Fyziologické hodnocení, které patří mezi nejnovější přístup v hodnocení řeči osob s dysartrií.

Jsou hodnoceny subsystém artikulační, velofaryngeální, laryngeální a respirační. Je proto nezbytné, aby prvním krokem bylo komplexní fyziologické vyšetření. Cílem tohoto hodnocení je zmapování komponentů řeči (rtů, jazyka, čelisti, velofarynxu, larynxu a výše uvedených subsystémů, určit typ a stupeň dysartrie (Cséfalvay, 2002).

Kerekrétiová (2009) dále zmiňuje dva základní směry v logopedické terapii:

Specifické postupy při terapii – používají se jen na určitý typ dysartrie.

Nespecifické postupy při terapii – jsou zaměřené na zlepšení srozumitelnosti řeči, bez ohledu na to o jaký typ dysartrie se jedná.

V praxi klinické logopedie se dle Cséfalvaye, Lechty (2013) se uvádí tyto diagnostické postupy:

test dysartrie 3F- úkoly testu se kvantifikují a umožňují vypočítat dysartrický profil a dysartrický index, který slouží k rychlé orientaci v závažnosti narušení.

třetí vydání Testu 3F – poruchy řeči u získané dysartrie lze zmapovat u dospělých a starších dětí, které zvládnou číst texty. Vyšetření získaných neurogenních poruch řečové komunikace - vyšetření motorických poruch řeči (dysartrie a apraxie řeči) a obsahuje úkoly pro zhodnocení fatických funkcí, grafie, lexie, praxie, motorických poruch řeči a kognitivně-komunikačních poruch. Tímto vyšetřením se získávají informace, které slouží k diferenciaci a kvantifikaci jejich míry.

Metodika vyšetření dysartrie – je to postup pro vyšetření dětí i dospělých, u kterých se při neurologickém onemocnění vyskytuje také dysartrie. Pomocí metodiky lze zhodnotit každou narušenou oblast: respiraci, artikulaci, fonaci, rezonanci (pomocí Guzmannovy A-I zkoušky) analýzou poruch řeči – opakování slov a vět, popis obrázku, spontánní řeč, monolog a reprodukce textu, sleduje také plynulost řeči, prozodii, srozumitelnost řeči, mimiku obličeje a jiné zvláštnosti.

3.3.2 Terapie dysartrie

Terapeutický proces by měl být zahájen neodkladně, po odeznění života ohrožujících potíží (Škodová, Jedlička, 2003).

Terapii dysartrie dělíme na medikamentózní; chirurgickou, protetickou a logopedickou a může ji provádět pouze specialista, který má zkušenosti s pacienty s neurologickými poruchami řeči (Kerekrétiová, 2009).

Pro vytvoření vhodného komunikačního, stimulačního prostředí a intenzivního rehabilitačního programu, je vytvořen prostor v rámci oddělení nemocnice či rehabilitační léčebny. Je určeno též pravidelné ambulantní péči za spolupráce rodiny s osobou s dysartrií.

Nejrůznější metody a prostředky logopedické terapie uvádí Neubauer (2003):

- svalová relaxace a stabilizaci tělesného tonu v oblasti mluvidel (za pomoci cvičení ke zlepšení pohyblivosti rtů, čelisti, jazyka)
- cvičení respiračních, fonačních, artikulačních a rezonančních (návzik správného dýchání, návzik správného používání hlasu, cvičení za pomoci foukání do čehokoliv, opakováním jednotlivých hlásek)
- rytmizační a intonační postupy (navozují mluvní podněty spojené s pohybem nejčastěji ruky, pomocí bzučáku apod.)
- přístrojové pomůcky (zobrazení zvuku řeči a zesílení zpětné vazby zrakem a sluchem prostřednictvím počítačových multimediálních programů)
- neverbální komunikace a komunikační pomůcky možnosti
- komunikace písmem, obrazovými symboly či manuálními znaky a pomocí technických pomůcek (využití těchto pomůcek je omezeno motorickými kognitivními a schopnostmi jedince s dysartrií.
- poruch polykání – dysfagie (možnosti kompenzace změnou konzistence stravy, změnami polohy těla při jídle, techniky zaměřené na změnu funkce svalů, které využívají cvičení motoriky orofaciální oblasti.
- skupinové postupy - postupy zaměřené na sociální skupinovou interakci, napodobení skutečné komunikační situace, slouží k převodu dovedností z individuální terapie do spontánního komunikačního projevu. Využívají se malé skupinky pacientů, do 6 osob.

U dospělých osob s dysartrií, je nutno věnovat pozornost motivaci psychickým schopnostem dospělé osoby. Terapeutické postupy jsou prováděny tak, aby směřovaly ke zlepšování srozumitelnosti řeči.

Dobré výsledky rehabilitačního programu může výrazně podpořit psychoterapeutický přístup, individuální i skupinové formy podpůrné psychoterapie.

Terapeutický přístup v této oblasti vyžaduje právem celoživotní rozšiřování vlastní odborné kompetence a používání nových postupů a metod a to nejen při práci s lidmi s dysartrií, ale i při jiných narušených komunikačních schopnostech, a při speciálně pedagogické činnosti vůbec.

3.3.3 Prognóza

V oblasti organicky podmíněných dysartrií je úzce propojena s vývojem postižení nervové soustavy u osob s dysartrií, jehož důsledkem je vznik poruchy řečové komunikace. Protože dysartrie vzniká v širokém okruhu příčin, může být tedy různě závažná, a proto se může v závislosti na stavu nervové soustavy osoby s dysartrií vyvíjet různě.

V případě příznivého uzdravování nervové tkáně, je možný vývoj do mírných obtíží v řečovém projevu či praktického odeznění poruchy řečové komunikace (Vitásková,)

3.4 Logopedická péče v ČR

Logopedická péče je realizována ve třech rezortech:

1. Školství, mládeže a tělovýchovy – logopedická péče je ve školství poskytována na základě metodického doporučení č. j. 14712/2009-61a v souladu s platnými vyhláškami: vyhláška č. 72/2005 Sb. o poskytování poradenských službách a školských zařízeních; vyhláška č. 73/2005 Sb. o vzdělávání dětí, žáků a studentů se speciálními vzdělávacími potřebami a dětí, žáků a studentů mimořádně nadaných; zákon č. 561/2004 Sb. o předškolním, základním, středním, vyšším odborném a jiném vzdělávání (školský zákon) a zákon č. 563/2004 Sb. o pedagogických pracovnících a o změně některých zákonů v platném znění.
2. Školská logopedická zařízení jsou:
 - MŠ, ZŠ a SŠ pro potřeby vzdělávání žáků se speciálními vzdělávacími potřebami
 - pedagogicko-psychologické poradny – jsou určeny žákům se specifickými poruchami učení
 - Školská poradenská zařízení – pro žáky s narušenou komunikační schopností, kteří navštěvují školy, které nejsou zřízeny pro žáky se zdravotním postižením
 - Školská poradenská zařízení – poskytující logopedickou péči žákům (Mlčáková, LMS Uniform)

Práci v resortu školství vykonává: logopedický preventista, logopedický asistent, speciální pedagog, koordinátor logopedické péče (Škodová, Jedlička, 2003)

3. V resortu zdravotnictví – ve státních i nestátních zdravotnických zařízeních, na lůžkových i ambulantních odděleních (neurologických, foniatických, neurochirurgických, příp. soukromých logopedických klinikách a v soukromých logopedických ambulancích (Mlčáková, LMS Uniform) Logopedickou péči zajišťuje klinický logoped, nebo logoped (Škodová, Jedlička, 2003)
4. V resortu práce a sociálních věcí – Mohou poskytovat logopedickou péči v zařízeních pobytových, ambulantních, dále v příspěvkových organizacích, soukromých zařízeních, občanských sdruženích, církevních a charitativních zařízeních, poskytujících sociálně-zdravotní služby, zařízení poskytující sociální služby – především zajišťující sociální péči (registrované služby jsou vymezeny zákonem č. 108/2006 Sb. o sociálních službách, mohou to být domovy pro seniory, pro osoby se zdravotním postižením, centra denních služeb, denní a týdenní stacionáře atp.) (Krejčířová, Treznerová)

V tomto resortu mohou působit speciální pedagogové logopedi, kliničtí logopedi i se specializací logopedie a surdopedie (Škodová, Jedlička, 2003).

4 MOŽNOSTI KOMUNIKACE

Tato kapitola pojednává o „náhradních“ možnostech komunikace v případech, kdy člověk nemůže plnohodnotně využívat řeč, a popisuje aktivity namířené na pomoc osobám, které při určité míře porozumění mluvené řeči trpí závažným omezením.

Řeč je o Alternativní a augmentativní komunikaci (AAK - V osmdesátých letech vzniká mezinárodní sdružení International Society for Augmentative and Alternative Communication (ISAAC). V devadesátých letech u nás bylo založeno Sdružení pro augmentativní a alternativní komunikaci (SAAK), která je obecným pojmem, který se vyznačuje určitým přístupem všude tam, kde komunikace mluvenou řečí selhává. Součástí programu AAK zaměřeného vždy k jednotlivci je i nadále stimulace mluvného potenciálu. Program (AAK) musí být aktuální vzhledem k využívání odpovídajících pomůcek a strategií pro slovní i neslovní komunikaci, je neustále vyhodnocována, čímž je program pohotově přizpůsobován novým potřebám jednotlivce (Laudová, 2003).

Jsou-li soubory ke komunikaci vhodně vybrány a správně nastaveny, mohou sloužit k dosažení maximální možné hranice efektivity přenosu informací.

Výše byla popsána první část názvu alternativní = náhradní, nahrazující mluvenou řeč, druhá část názvu – augmentativní „(z lat. Augmentare = zvětšovat, rozšiřovat) je zaměřena na podporu již existujících komunikačních možností a schopností.“ (Janovcová, 2003, s.16). Jedná se o rozšíření, nebo podporu již existujících nástrojů s cílem zvýšit vzájemné porozumění mezi uživateli. Využití prvků těchto přístupů, pak vede k založení a podpoře komunikačních kompetencí (Potměšil, LMS Uniform)

System AAK můžeme charakterizovat ze dvou hledisek s ohledem na technickou úroveň prostředků:

1. Skupina low-tech: jsou prostředky technicky nenáročné – vystříhané obrázky z časopisů využitých jako komunikačních symbolů – klíč od auta – symbol výletu, kartáček na zuby – činnost v koupelně; kartičky s obrázky, fotografie, jednoduché prostředky vyrobené přímo jedincem sloužící pro konkrétní osobu a situaci.
2. Skupina high-tech: pomůcky využívající prvky informační techniky: komunikátor s hlasovým výstupem, laserový ovladač počítače apod. Nevýhodou těchto pomůcek je ekonomická náročnost.

Výše uvedené pomůcky a komunikační techniky zvyšují komunikační kompetence a následné uplatňování svobody a nezávislosti (Potměšil, Uniform)

Velmi významnou skupinou v AAK jsou neverbální komunikační prostředky:

- mimika – možnost vyjádření emocí
- zrakový kontakt, pohledy – navázání kontaktu
- proxemika – fyzické oddálení nebo přiblížení
- posturika – sdělování prostřednictvím postoje, konfigurace např. rozložení váhy těla na obě nohy, orientace páteře
- kinestetika – pohyby rukou, nohou, hlavou, způsob chůze – charakterizuje temperament
- gestika – pohyby, postoje, gesta, gestikulace
- haptika – dotyk
- práce s hlasem

tyto výrazové prostředky pomáhají dotvářet komunikační prostředky (Janovcová, 2003).

Pro stanovení vhodného komunikačního systému se nejdříve snažíme zjistit stupně zachovaných komunikačních schopností, v oblastech:

- Porozumění signálům neverbální komunikace
- Porozumění řeči
- Způsoby komunikace – verbální, neverbální, spontánní užívání náhradních forem komunikování
- Vyjádření souhlasu – ano/ne
- Čtenářské dovednosti, porozumění symbolům
- Hrubá a jemná motorika (rozsah, přesnost, rychlost pohybů rukou za účelem jistit fyzickou schopnost použití komunikačních pomůcek)
- Motivace ke komunikaci
- Sociální dovednosti, vztah k vrstevníkům
- Chování, emoční projevy
- Kognitivní a sensorické schopnosti
- Možnosti školského zařazení
- Způsob trávení času, sociální prostředí
- Možnosti podpory osob v okolí, míra očekávání klienta (Potměšil, Uniform)

Dále vhodně volíme metody, které uvádí Janovcová (2003):

bez použití pomůcek – kdy se užívá prostředků neverbální komunikace (pohled, mimika, gestikulace), přirozený znakový jazyk neslyšících, znakovaná čeština, znakování klíčových slov, prstová abeceda, cued speech, metoda Tadoma (používá se u slepohluchých osob, komunikace probíhá pomocí hmatového čtení řeči: ruka postižené

osoby se dotýká obličeje a krku mluvící osoby tak, že se palcem dotýká rtů, cítí i pohyby čelistí a jazyka. Ostatní prsty ohmatávají vibrace na tvářích, čelistech a hrdle. U osob se zrakovým a sluchovým postižením se užívá i taktilní vnímání, Lormova abeceda (Laudová, 2003) Za použití pomůcek – předměty, obrázky, fotografie, symboly (písmo, piktogramy); netechnické pomůcky (symboly) – trojrozměrné symboly – hmatové; fotografie; Bliss symboly (navržený Charlesem Blissem pro osoby, které mluví různými jazyky, systém zahrnuje konkrétní i abstraktní pojmy), Picture Communication Symbols (PCS) – navrhla logopedka Roxana Johnson, soubor obsahuje více než 3000 pojmů, symboly jsou v barevném i černobílém provedení; symboly Makaton (název je složen ze jmen svých tvůrců: Mary, Kathy, Tony - propojení klíčových znaků a sdělení mluvenou řečí); Piktogramy (symboly se často spojují s nápisy, pro komunikaci lze využít i stylizované kresby, obrázky z časopisů, kliparty, loga atd.) (Potměšil, Uniform)

Symboly se pro potřeby nemluvící osoby sestavují do komunikačních tabulek. Komunikační tabulky vychází z potřeb uživatele - symboly jsou umístěny v ploše, umístění je založeno na pohybových a zrakových možnostech uživatele (velikost tabulky, umístění a velikost symbolů, barevný kontrast); s ohledem na jazykové potřeby a motorické možnosti. Nemluvící osoba vybraný symbol určí ukázáním prstu, pěstí, pohledem, atd. Pro budování samostatné komunikace je důležité začít co nejdříve podporovat schopnost rozpoznat písmena, tištěná slova tak, že se zpočátku kombinují s obrázkovými symboly. Tabulky mohou postupně obsahovat i samostatná písmena, slova, věty a číslice (Laudová, 2003).

Technické pomůcky: jednoúčelové – využívány pouze pro komunikaci; pomůcky se zrakovým výstupem, pomůcky s hlasovým výstupem; počítač jako komunikační pomůcka (Škodová, Jedlička, 2003)

Jiné typy metod – doplňky ke snadnějšímu ovládní počítače. Z výše uvedeného je patrné, že při výběru komunikačního systému, či vzájemné kombinace, je nutno posuzovat situaci individuálně, v závislosti na prognóze, přirozeným způsobem za použití reálných předmětů (fotografií, předmětů apod.). Při přechodu na další vyšší etapu se musíme přesvědčit, zda došlo k porozumění a identifikaci např. piktogramu s fotografií tak, aby došlo k osvojení vybraného systému komunikace (Janovcová, 2003).

4.1 Využití Alternativní a Augmentativní komunikace u osob s demencí

Komunikace dává lidem pocit spojení s ostatními, mají možnost vyjádřit či sdílet své zkušenosti, pocity, přání, touhy a myšlenky. Tyto schopnosti však můžou s postupem času, nebo vlivem zdravotních potíží mizet a jedinec stále méně přirozeně hovoří s okolím, stojí ho mnoho námahy vysvětlit, co potřebuje, co cítí apod., taktéž může mít potíže rozumět svému okolí.

Dočasným prostředkem zmírnění prohlubujícího se komunikačního deficitu mohou být právě systémy AAK, především s využitím komunikace předmětovou, s využitím fotografií a gest (Bendová, LMS Uniform).

AAK má za úkol podporu řeči, napomáhá kompenzovat deficity v oblasti krátkodobé paměti, eliminovat potíže s vybavováním časoprostorové orientace a obtíže spojené s pracovní pamětí. Osoby s demencí mají obtíže v získávání a uchovávání poznatků a dovedností, proto je při použití AAK třeba vycházet ze zachovalých komunikačních dovedností, používat aktuální schopnosti a dovednosti s ohledem na celkové kognitivní funkce, kvalitu sensorických a motorických schopností a věk jedince. Důležitým prvkem při práci a komunikaci s klientem je nevyužívání pomůcek a takové formy nácviku práce se symboly, které působí infantilně, nedůstojně apod., dále se doporučuje, vzhledem k omezené schopnosti učit se novým věcem, prostředky AAK zapojit do denních aktivit tak, aby se staly součástí jeho denního programu.

Volíme vždy takové symboly, kterým daná osoba rozumí, nejlépe prostřednictvím reálných předmětů a fotografií. Pomocí fotografií trénujeme a fixujeme aktivní slovní zásobu (předměty denní potřeby, rodinní příslušníci, jména osob), podporovat schopnost vyprávět vlastní (životní) příběh (využívá se leporela sestaveného z fotografií), práce s prvky autobiografie. Fotografie často napomáhají kompenzovat potíže v oblasti orientace jako např. označení dveří pokoje, sprchy, toalety, výběr stravy dle fotografií atp.

Dle Laudové (2003) je vhodné použít barevné či černobílé fotografie, které znázorňují osoby, předměty, činnosti, místa. Fotografie je reálná a srozumitelnější, než obrázek či grafický symbol, jsou na ní zobrazeny vlastní zážitky jedince.

Při komunikaci je také vhodné využít prostředků neverbální komunikace, za použití zásad, které je třeba při kontaktu s klientem dodržovat – mluvit klidně, vyrovnaným tónem hlasu, nezvyšujeme hlas, používáme přátelský tón, udržujeme oční kontakt, neotáčíme se ke klientovi zády ani ke klientům nepřístupujeme zezadu – může to u klientů vyvolat neklid,

agresi z nepochopení. Verbální komunikaci doplňujeme o ukazování na předměty, o kterých mluvíme, nebo s nimi manipulujeme.

Z výše uvedeného vyplývá, že při kontaktu využíváme více komunikačních kanálů najednou: zrak, sluch, čich, hmat, chuť.

(Bendová, Uniform)

K základním nevýhodám systémů AAK patří:

- menší společenská využitelnost (což může být dáno specifíčkostí - obsahem speciálních znaků)
- použití symbolů a tím menší využitelnost širším sociálním okolím
- vzbuzují pozornost širšího okolí
- používání AAK znamená omezený výběr komunikačních partnerů
- klade zvýšené nároky na sociální okolí ve smyslu nutnosti osvojit si systém AAK pro umožnění komunikace
- AAK má stimulující charakter – při vytvoření vhodných podmínek pro rozvoj řeči, je spontánně rozvinuta
- osvojit si pravidla pro jeho užití, naučit se gesta, identifikovat symboly
- časová náročnost při realizaci mluvního aktu
- finančně náročné technické pomůcky (zejména speciálně upravené počítače a jejich příslušenství, komunikátory, speciální software) (Laudová, 2003).

4.2 Komunikace prostřednictvím bazální stimulace

Jednou z dalších možností komunikace, kterou je vhodné použít u seniorů po mozkové mrtvici, kteří zůstávají na lůžku a nemohou se verbálně vyjadřovat, je bazální stimulace. Valenta, Müller (2009) uvádějí společnou příčinu v poškození centrálních nervových funkcí, kdy jeden z mnoha důsledků je narušení nebo ztráta řídicích centrálních systémů, které se podílejí na vnímání, pohybu a následném zpracování. Všichni takto postižení mají problém s orientací, vytvořením si vlastních prostředků a poznávací struktury. Každý jedinec má vlastní pohybové schopnosti, jiné možnosti zpracování přijímaného, vlastní interpretační schopnosti a komunikační možnosti, tzn., že je potřeba individuálního přístupu v práci s jedincem.

Koncept metody bazální stimulace založil v 70. letech 20. století speciální pedagog Andreas Frölich, vycházel ze studia neuropsychologického vývoje jedince se zaměřením na jeho prenatální vývoj a rané dětství (Vítková, 2005).

Bazální stimulace je jednoduchým symbolickým komunikačním systémem, který je určen dětem, nebo dospělým, kteří nemluví vůbec, nejsou schopni zvládnout orální či vizuálně motorické formy jazyka, mají potíže s cíleným pohybem nebo jejich mentální úroveň nedovolí používat složitější komunikační systém. Je tedy vhodné je použít při těžkých či kombinovaných postiženích. Jednoduché komunikační systémy, prostředky a formy lze použít tak, aby byla jedinci zprostředkována alespoň základní komunikace, kdy hlavním cílem je posilování senzomotorického rozvoje jedince (Janovcová, 2003).

Ke komunikaci je vhodné použít konkrétních předmětů, kdy identifikaci a interpretaci objektu zprostředkujeme pomocí multisenzoriálního přístupu, což je symbolizující metoda, která prostřednictvím konkrétních předmětů mohou napomoci v komunikaci a v posilování paměti, např. symbol hrneček – chci se napít atp. Pomocí jednotlivých předmětů lze naplánovat běžné denní činnosti, je však potřeba najít známý a vhodný předmět, který jedinec zná a může si ho spojit s danou činností. Předmět je vhodné dát klientovi ohmatat a dát mu možnost věc vnímat všemi smysly. Je-li vývoj příznivý, je dále možné pokračovat v komunikaci prostřednictvím obrázků, piktogramů apod (Bendová, LMS Uniform)

Bazální stimulace se dle Janovcové (2003) uplatňuje:

- Somatickými a taktilně haptickými podněty – využívání povrchu těla jako orgánu vnímání: schopnost úchopu, držení a uvolnění.
- Vestibulárními (vnímání polohy a pohybu), vibračními a akustickými podněty – vnímání zvuků, tónů, šumů jejich kvalitu, směr, zdroj, charakter, orientace v prostoru
- Vizuálními podněty – pohyb hlavy a očí, zaměření objektu
- Orálními podněty – aktivizace úst s koordinací ruky – zprostředkování čichových a chuťových vjemů

Jak již bylo zmíněno při terapeutických postupech je potřeba při práci s klientem vytvořit pocit důvěry, bezpečí, klidu a vytvářet tak možnosti pro další interakce. Tato metoda je zaměřena na poznání, porozumění a vnímání vlastního těla, vytváření schopnosti empatie, vnímání a porozumění tělesných projevů a pocitů jiných lidí, přijímat tak jejich signály prostřednictvím bezprostředního kontaktu těla. Podstatou pak je rozvoj osobnosti a začlenění jedince do společnosti (Janovcová, 2003).

4.3 Muzikoterapie

Dalším komunikačním prostředkem při práci se seniory po mozkových příhodách s narušenou komunikační schopností, může být použití různých terapií jako je arteterapie, dramaterapie, tanečně-pohybovou terapii či biblioterapie, především pak muzikoterapie.

Definice dle Světové federace muzikoterapie přeloženo J. Kantorem zní: „*Muzikoterapie je profesionální využití hudby a jejích elementů jako prostředku intervence ve zdravotnických a vzdělávacích zařízeních i v běžném prostředí pro jednotlivce, skupiny, rodiny nebo komunity, kteří hledají optimalizaci kvality jejich života a zlepšení fyzické, sociální, komunikační, emocionální, intelektuální, spirituální složky zdraví a blahobytu. Výzkum, praxe, vzdělávání i klinický trénink v muzikoterapii jsou založeny na profesních standardech dle příslušného kulturního, sociálního a politického kontextu.*“ (WFMT, 2011).

WFMT je Světová federace muzikoterapie - World Federation of Music Therapy a je nejvýznamnější mezinárodní organizací, která byla založena roku 1985 na 5. Světovém muzikoterapeutickém kongresu v italském Janově (WFMT, 2011).

Muzikoterapie se řadí mezi expresivní terapie, též kreativní, umělecké nebo art terapie. Využívá tónu, který má čtyři základní vlastnosti, jako je barva, síla, výška a délka, projevující se v hudbě jako výrazové prostředky, kterými jsou rytmus, melodie a harmonie. V celkovém hudebním projevu jedince se pak specifickým způsobem projevují charakteristiky osobnosti, úroveň tělesných a psychických funkcí (Kantor, Lipský, Weber, 2009).

Müller (2005) uvádí dvě složky expresivní terapie a to: aktivní (prostřednictvím, které se vyvíjí hudební aktivity) a receptivní (zaměřuje se na poslech, vnímání hudby). Při receptivní muzikoterapii Wehle (2001, s. 35-36) uvádí výhodu neverbální komunikační možnosti: „reakční muzikoterapie“ – při které klienti odhalují prováděné a potlačené konflikty a „regulační muzikoterapie“, probíhající ve skupině je zaměřena na vnímavost a rozšíření terapeutického prostoru. Z této terapie se později vyvinul „regulační hudební trénink“, který se využívá jako prevence před psychickými nemocemi.

Muzikoterapeutickými technikami podle autorů Kantor, Lipský, Weber (2009), je práce s hlasem, hra na nástroj a hra na tělo. Muzikoterapie dále využívá čtyř základních metod – improvizace, interpretace, kompozice a poslech hudby. Metody bývají kombinovány v rámci možností jedince s pohybem, verbálními, výtvarnými, dramatickými prostředky či pohybem. Každá metoda pak má několik možností – kombinací. Dále jsou využívány techniky, které označují jednotlivé kroky k dosažení, aby mohla být určitá metoda realizována.

4.3.1 Muzikoterapie u osob s narušenou komunikační schopností

Muzikoterapie v takovém to případě napomáhá realizaci komunikace a to různou formou – hudbou a zpěvem a řečí a to především jejímu porozumění, protože prostřednictvím zpěvu písní, různých her a cvičení při terapii je možné tyto doplnit obrázky, vizuálními schémata a pomůckami pro porozumění slovům, větným konstrukcím i dějů.

Při muzikoterapii se velice snadno využívá neverbální, ale i neverbální komunikace, prostřednictvím hudby může klient symbolicky vyjádřit své pocity (blízkost, vzdálenost ve vztahu k druhým) (Wehle, 2001).

Existují také písně s pokyny, u kterých musí klient plnit určité úkoly podle textu písně. Terapie může být zaměřena také na rozvoj sluchové diskriminace (rozpoznávání zvuků, nástrojů, rozdíly ve výšce tónů a v tempu) a sluchové paměti (reprodukce textů písní) (Kantor, LMS Uniform).

Prostřednictvím muzikoterapie lze také obohatit zdoluhavý proces při AAK a zároveň může jedince motivovat k nácviku. Při textu písní lze využít ukazování piktogramů, podpora psané řeči, kdy u zpívání písní je použit zpěvník k rozvoji psaného jazyka (Kantor, Lipský, Weber, 2009)

Hudba také poskytuje možnost vyjádření emocí, snižuje psychické napětí, podporuje sebedůvěru klienta, podněcuje spolupráci v kolektivu (při skupinové terapii), rozvíjí tak sociální a metakomunikační dovednosti (sdílení pozornosti, iniciace komunikace, střídání v komunikaci, zrakový kontakt atp.), které si osoby ve skupině osvojují (Kantor, Lipský, Weber, 2009)

Někteří vědci zastávají názor, že stálým střídáním a uvolněním radosti a odporu, způsobuje příjemné emocionální vzrušení (Wehle, 2001).

Především u seniorů, kteří se dlouhodobě nacházejí v institucionální péči, seniorů se sníženou schopností porozumění, sensorickými potížemi, dezorientovanými jedinci, seniory se zvýšenou emoční labilitou a paměťovými deficity, u seniorů s demencí je velice vhodné při muzikoterapii využít těchto rehabilitačních přístupů:

orientace v realitě – kognitivní trénink – orientace v prostoru a čase, opakování základních faktů apod.

sensorická stimulace – pracuje se se sluchovými, hmatovými, zrakovými či jinými podněty
obnova motivace – získání zájmu o okolí, záležitosti z běžného života, interakce s druhými lidmi atd.

validace – potvrzení lidské důstojnosti

kognitivně-behaviorální techniky – pozitivní ladění, improvizace, relaxace, pojmenování jednotlivých dnů, členů skupiny, písňe s aktuálními událostmi, zapamatování textů písňe apod.

reminiscence – práce se zážitky zkušenostmi, má také velký význam při práci se seniory, zejména při potvrzení identity, zhodnocení svého dosavadního života a jeho významu.

Muzikoterapie pak usnadňuje vybavování si minulosti jedince, vzpomínek, pomáhá zpracovávat dřívější potíže a konflikty, snížit tak úzkost a depresivní pocity.

(Kantor, Lipský, Weber a kol, 2009)

Hudba má tedy velmi široké uplatnění při práci, a to nejen se seniory, má funkci stimulační, relaxační, motivační, rozvíjí osobnost, do terapie bývají zapojováni také rodinní příslušníci, partneři, známí, takže má také funkci sociální, snižuje izolaci, podporuje paměť, podporuje rozvoj komunikačních schopností a dovedností, má pozitivní vliv na snižování úzkosti, při afektivních stavech, vytváří příjemnou a bezpečnou atmosféru.

PRAKTICKÁ ČÁST – PŘÍPADOVÁ PRÁCE

Jak bylo zmíněno v úvodu, praktickou část tvoří případová práce s klientem, jejíž součástí je kvalitativní výzkum. Hlavním cílem je: praktickou částí navázat na část teoretickou vytvořením obrazu zkoumaného objektu. Zkoumaným objektem je klient po mozkové mrtvici s dysartrií. Obraz zkoumaného objektu bude vytvořen:

- strukturovaným sběrem dat - týkající se zkoumaného objektu a to postupně při každé návštěvě u klienta
- popisem procesů – anamnestických údajů (osobní, rodinné, zdravotní), součástí anamnézy bude vytvoření prognózy (jako výpověď o budoucím stavu objektivní reality) a prevence (sepsání opatření, která budou předcházet nežádoucím jevům), vytvořením a zpracováním individuálního plánu, nápravných metod terapeutických – obecný popis práce s klientem, popisem jednotlivých návštěv u klienta, a konkrétní popis práce s klientem a tím vytvoření = popis případové práce s klientem
- evaluace – individuálního plánu a práce s klientem.

Vytvoření obrazu zkoumaného jevu bude probíhat v jednotlivých krocích:

1. Pravidelné návštěvy zvoleného seniora, který utrpěl mozkovou příhodu - 1x za 14 dní po dobu 3 měsíců, v délce návštěvy cca 30 – 45 minut. Cílem těchto návštěv je:
2. Získání maximálního množství informací k vytvoření osobní, rodinné, zdravotní anamnézy, vytvoření prognózy a prevence. Informace byly zjišťovány řízeným a volným rozhovorem s klientem a manželkou klienta. Anamnéza slouží jako základ informací k sestavení intervence s klientem.
3. Práce s klientem - seniorem po mozkové mrtvici s dysartrií – zaměřená na nápravné metody terapeutické – specifickými postupy zaměřenými na postiženou funkci a zlepšení její činnosti.

Nácvik komunikačních dovedností - probíhal při každé návštěvě formou:

- připravených cvičení – práce s klientem:
 - dechových cvičení (k uvolnění a relaxaci)
 - artikulačních cvičení (k procvičení mluvidel)
 - nácvik jednotlivých hlásek formou konkrétních cvičení zaměřených na zvolenou hlásku
 - rozvoj kognitivních dovedností, zaměřený na trénink paměti formou doplňovacích cvičení

- orientace v čase – uvést klienta do reality – uváděním ročního období, měsíce v roce, dny v týdnu, aktuální den – co je pro dané období typické, co se v danou dobu děje v přírodě, apod.
- kvalitativní pozorování klienta:
 - pozorování chování při rozhovoru řízeném i volném, chování klienta v přítomnosti manželky
 - pozorování mluvidel v klidu i v akci
 - pozorování polohy a pohybů těla
- 4. Vytvoření, zpracování a vyhodnocení individuálního plánu – při první návštěvě byl stanoven individuální plán práce s klientem, byly stanoveny konkrétní úkoly, témata práce. Součástí individuálního plánu je stanovení konkrétního cíle klientem, kterého bylo pravidelnou metodickou činností (konkrétní činnosti práce s klientem viz. bod číslo 2) dosaženo. Po každé návštěvě bylo setkání zhodnoceno klientem, aby bylo zjištěno, zda práce je pro klienta zajímavá a přínosná. Byl učiněn závěr, které oblasti práce klientovi vyhovují, která témata a činnosti jsou pro něj zajímavá, co je pro klienta motivující.
- 5. Samotné zpracování celé případové části – získané a praktické údaje byly zpracovány v uceleném shrnujícím souboru = vytvoření obrazu zkoumaného objektu.

Veškeré údaje jsou zpracovány se souhlasem dotazovaného. Na jeho přání a přání rodiny bylo v kazuistice použito fiktivních jmen a to jak dotazovaného, tak i rodinných příslušníků.

Rozhovorům byla přítomna manželka.

5 ANAMNÉZA

OSOBNÍ ANAMNÉZA

Pan Miroslav Kupka se narodil 6. 9. 1940 v Seničce na Hané (v domku, kde žila rodina), manželům Kupkovým, matce Marii Kupkové, která měla základní vzdělání, starala se o rodinu, domácnost a hospodářství, otec Stanislav Kupka se vyučil strojvedoucím, jako strojvedoucí také pracoval.

Pan Kupka navštěvoval měšťanskou školu v Seničce na Hané, na druhý stupeň školy jezdil do Senice na Hané. Oblíbené předměty pana Kupky ve škole byly: matematika a ruština. Po ukončení základní školy začal navštěvovat Střední odborné učiliště v Litovli, studijní obor mechanik. Školu však nedokončil a nastoupil tak hned do zaměstnání. Pracoval v Senici na Hané, kde vyráběl vlečky, v Náměšti na Hané na jatkách, v papírnách v Litovli, pracoval také jako svářeč, hasič, řídil nákladní auto atp.

Protože p. Kupka vyrůstal na vesnici, byl jeho život od malička spjat s přírodou a zvířaty. Jeho největšími koníčky byly les a zvěř, později si udělal lesnické zkoušky a zbrojní průkaz, zajímali ho také ptáci, z nich nejvíce dravci a pak také koně. Už na základní škole v 5 ročníku chodili do lesa kopat kořeny, nebo jezdili s koňmi. P. Kupku bavila také auta, několik si jich během života koupil.

V roce 1963 se pan Kupka oženil se svou současnou ženou Janou a odstěhoval se do Loučan, kde žijí v rodinném domě. Z manželství mají 2 děti: dceru Šárku a syna Jaroslava.

V dětství prodělal p. Kupka několikrát záněty středního ucha, uvedl, že má od té doby potíže se sluchem, jak uvádí, nedoslýchá. Na základní škole docházel také na „nápravu“ řeči, měl potíže s výslovností písmena Ř a při psaní vynechával písmena. Bylo mu operováno slepé střevo.

V roce 2001 p. Kupka prodělal mozkovou mrtvici, při které mu ochrnula levá část těla. Cvičení a rehabilitace p. Kupkovi umožnily začít později chodit za pomoci dvou francouzských holí. I tak je však levá strana těla oslabena. Už při hospitalizaci byla p. Kupkovi poskytnuta logopedická péče klinickým logopedem. P. Kupka je v péči psychiatra, z důvodu poruchy chování, toto se u p. Kupky vyznačuje častým nadáváním, slovním útokům jak na své blízké, tak i na pečující osoby, přemrštěnými reakcemi, odmítáním spolupráce. P. Kupka je orientován osobou, není však orientován místem a především časem.

V roce 2013 p. Kupka upadl a poranil si hlavu, čímž došlo ke krvácení v mozku, byla nutná operace, tu však spolu s hospitalizací p. Kupka odmítl. Toto poranění má za následek zhor-

šení zdravotního stavu, které se odrazilo v kognitivních funkcích, především hybnosti. Po úrazu p. Kupka ujde pouze pár kroků a to jen za pomoci 2 osob, či chodítka - také pouze v doprovodu, protože při chůzi přepadává, může při chůzi dojít také k náhlému podlomení kolen, takže hrozí znovu pád. Dále p. Kupka udrží v pravé pouze lehké věci (malou lahvičku s pitím a to pouze po krátkou dobu, levou ruku má při těle, příliš s ní nepohybuje.

P. Kupka nedoslýchá a v důsledku toho mluví velmi hlasitě. Při verbálním projevu je nápadné natočení a lehké vysunutí jazyka na levou stranu. P. Kupka se při hovoru snaží dobře artikulovat, mluva je vcelku srozumitelná, někdy je slyšet nepravidelné dýchání, velké nádech, nebo při komunikaci najednou otevře ústa jako při zívání přičemž zavře oči. P. Kupkovi byla neurologem diagnostikována dysartrie, demence.

RODINNÁ ANAMNÉZA

P. Kupka se narodil jako třetí z šesti dětí manželů Kupkových, nejstarší je sestra Jarmila, druhý bratr Toník, jako 4. se narodil bratr Josef, který v dospělosti z důvodu úrazu zemřel, 5. se narodil bratr Karel a 6. se narodila sestra Kateřina. Sourozenci se společně se dle svých možností navštěvují. V rodině nikdo mozkovou příhodu neprodělal.

Se svou ženou Janou má p. Kupka dvě děti, starší dceru Šárku, která je vdaná v nedaleké vesnici, má 1 syna a 2 dcery, žijí společně v rodinném domě. Šárka pracuje jako prodavačka. Syn Jaroslav žije také poblíž rodičů, má tři děti, z toho dva syny a jednu dceru, kteří také společně žijí v rodinném domě. Jaroslav pracuje jako pokrývač. Obě děti pomáhají při péči o svého otce. P. Kupka často vzpomíná staršího vnuka syna Františka, který je v Americe a těší se vždy na pohlednici.

Manželka Jana pochází z místní vesnice, kde pracovala v zemědělském závodě, jako chovatelka. V současné době je ve starobním důchodě. Paní Kupková má zdravotní potíže, které ji péči o manžela ztěžují, pomáhá tak celá rodina včetně vnoučat.

Prostředí klienta:

P. Kupka je doma v péči manželky a své rodiny. Rodinný dům, ve kterém p. Kupka bydlí, poskytuje potřebné pomůcky a potřeby k usnadnění pohybu atp., je však potíž v případě, kdy je p. Kupku nutno dostat mimo domov a to z toho důvodu, že v domě jsou velmi příkré schody, které p. Kupku omezují v častějších vycházkách. V případech, kdy p. Kupka potřebuje odejít z domu, musí přijít pomoci ho snést alespoň dvě osoby, což je na těchto schodech velmi nebezpečné, a tak jsou vycházky p. Kupky omezeny jen na nejnútnejší. Dříve (po mozkové příhodě) pan Kupka mohl pár schodů sejít sám a cvičit tak chůzi po schodech, dnes však jsou pro něj schody velkou obavou. Manželka p. Kupky požádala v zastoupení o příspěvek na za-

koupení schodišťové plošiny pro manžela, tento jí však byl zamítnut i po odvolání, bude proto o pomůcku žádat znovu. P. Kupka má k dispozici kompenzační pomůcky, které využívá a to především chodítka podpažní a sedačku do vany na elektrický pohon, dále je při venkovním pohybu využíván vozík, kterým však manipuluje doprovázející osoba.

P. Kupka má k dispozici svůj pokoj, kde má umístěnu postel, na které tráví většinu dne, z postele vstává za pomoci manželky a je doprovázen k jídlu do vedlejší místnosti – kuchyně, kde má připravenou stravu u stolu. Jídlo si sám p. Kupka nedokáže připravit, sám se však nají, musí mu být však strava naporcována. Dále potřebuje pomoc při hygieně, která je mu poskytována 2x týdně prostřednictvím pečovatelky z pečovatelské služby, ostatní dny zajišťuje tuto péči rodina, základní hygienu poskytuje několikrát denně manželka s pomocí rodiny, také přichází zdravotní sestra, která provádí cvičení v podobě nácviku chůze 5x týdně od pondělí do pátku. P. Kupka se sám neobleče, osobní záležitosti nevyřídí, není schopen se o sebe postarat, všechno ostatní zajišťuje rodina.

V pokoji má p. Kupka skříňku s osobními věcmi, skříň na oblečení a židli. Na skříni stojí televize, kterou má puštěnou spíše jako kulisu, rád sleduje sportovní přenosy. Na stěnách má obrázky fotografií, zejména z dob, kdy byl myslivcem. Dříve tam stávaly fotografie rodiny apod., ty však jednou v noci p. Kupka shodil. Stěny má vymalovány oranžovou barvou, na podlaze omyvatelné linoleum. V pokoji má okno s výhledem do zahrady.

5.1 Prognóza

Dysartrie je poruchou, která vzniká z různých příčin, může mít různou závažnost a je dána v závislosti na stavu nervové soustavy, může se proto vyvíjet různorodě.

V případě příznivého zdravotního vývoje nervové tkáně a obnovování funkcí po vzniklém traumatu je možný vývoj až do oblasti mírných reziduálních obtíží v řečovém projevu a praktického odeznění poruchy řečové komunikace. Pokud vznikla dysartrie na základě degenerativního onemocnění nervové soustavy, je nutno počítat s dlouhodobě nepříznivým vývojem projevů, a to především v závislosti na vývoji onemocnění CNS postižené osoby s dysartrií. (Škodová, Jedlička, 2003)

V případě p. Kupky by bylo možné vidět prognózu trochu příznivěji, než je reálné a to z důvodu velice nízké motivace ke zlepšení svého současného stavu. Jednak je situace p. Kupky dána odmítnutím operačního zákroku spojenou s hospitalizací, čímž by mohlo být dosaženo lepších kinestetických možností a dále nechutí spolupracovat.

5.2 Prevence

Primární prevence vzniku dysartrie na základě organické poruchy CNS je nejčastěji spojována s medicínskou preventivní činností, která má snížit riziko vzniku onemocnění, které poškozují nervový systém, jak je popsáno již v teoretické části této práce.

V případě p. Kupky tak byla zajištěna sekundární prevence a to prostřednictvím logopedické péče, která byla zahájena přímo v nemocnici, kam byl p. Kupka převezen pro mozkovou příhodu.

O poskytování sekundární prevence bychom mohli hovořit tehdy, kdyby p. Kupku i po návratu z nemocnice dále navštěvoval pracovník, který by p. Kupku především motivoval a pomohl mu tak, v rámci terapie, rozvíjet a trénovat řeč.

6. NÁPRAVNÉ METODY TERAPEUTICKÉ

Nápravné metody terapeutické směřují k rozvoji lidského potenciálu, který můžeme vhodně zvolenými postupy u každého vždy rozvíjet, s důrazem na včasné zahájení terapie.

Terapie, která využívá specifické postupy práce. Tyto postupy jsou zaměřeny na postiženou funkci a zlepšení její činnosti.

6.1 Obecné postupy práce s klientem:

1. Vytvoření postupu rehabilitačního programu:
 - vytvoření individuálního plánu, ve kterém bude stanoven cíl práce s klientem a jednotlivé kroky k jeho dosažení a v průběhu provádět zhodnocení plánu
 - naplánování pravidelných setkání cca 1x za 14 dní, 30 - 45 minut
 - motivace (přípravou vhodných témat a předměty pro práci)
2. Vytvořit vhodné stimulující prostředí (v případě p. Kupky navodit uklidňující atmosféru v domácím prostředí, úvodní rozhovor, který volně navazuje na další část, vše musí probíhat nenásilnou formou, velmi krátce a předejít tak STOP p. Kupky, jednotlivé činnosti střídat tak, aby nedošlo k nechuti p. Kupky pracovat)
3. Pokračovat dechovým cvičením (nádech ústy, výdech nosem) a tím i svalovou relaxací, navození celkového uvolnění (pracuje na lůžku)
4. Navázat rozhovorem na téma, které p. Kupku zajímá, většinou je to téma rodina, vzpomínky, mezi hovorem zjišťuji časové, místní a jiné údaje zaměřené na orientaci, mezitím zapojím přítomnost (který den přišel na návštěvu syn, jaké bylo počasí, co se dověděl nového, apod.) Při hovoru hovořím dostatečně nahlas, obličejem směrem k p. Kupkovi, pořádně artikuluji, sleduji projevy p. Kupky.

Takto je pak vhodné přejít ke konkrétním cvičením na výslovnost, nácvik artikulace - jednotlivých slov, dýchání při řeči, usměrňovat sílu a výšku hlasu, tato konkrétní cvičení však nejsou pro p. Kupku ta pravá, protože tento způsob rehabilitace odmítá se slovy, že není blázen.

5. Při práci s p. Kupkou je vhodné pracovat s fotografiemi, poznáváním osob, fotografie spojuje s místem, dějem, vzpomínkami. Pan Kupka nesmí mít pocit, že s ním chce někdo rehabilitovat, proto je potřeba pracovat spíše rozhovorem na témata, která jsou klientovi blízká, jinak odmítá hovořit, což se projevuje v lepším případě mlčením. Poté je nutno najít jiné vhodnější téma. Používáme také barevné obrázky či fotografie zvířete, aut, můžeme zapojit do hovoru barvy, místa, roční období (co se v tu dobu děje v lese apod.), situace. Dobré je použít také předměty např. denní potřeby k procvičení

koordinace pohybu, např. nabídnutí lahvičky k pití, hřeben k učešání apod., dále jsme při práci využili lesních plodů (žaludy, bukvice, listy stromů, kůru, květiny apod. a to nejen k identifikaci předmětů, ale i sahání na předmět, přivonění, navození klidu, uvolnění. Při hovoru o bolestech, opět můžeme využít pojmenování části těla, popisu, kde cítí bolest, jak silná je to bolest. Při práci s p. Kupkou (a všemi klienty vůbec) je potřeba zapojit tvořivost, pracovat se zájmy, vzděláním a celkovou kulturou klienta vůbec, popř. zapojit rodinné příslušníky a mluvit, popř. vykonávat určité činnosti společně.

Při komunikaci s p. Kupkou je možné pozorovat, že se stále vracívá 2 ke stejným tématům, která jej zajímají. Některé skutečnosti z minulosti si nevybavuje, někdy si např. nevzpomene, kolik má vnoučat, někdy se klientovi nedaří všechny členy rodiny vyjmenovat apod.

6. Na závěr opět volím téma rozhovoru, jaké je p. Kupkovi vhod, rozloučíme se, při odchodu uvádím, kdy přijdu příště, zdůrazňuji termín (den v týdnu).

6.2 Konkrétní postupy práce s klientem

Slouží jako popis jednotlivých návštěv u klienta. Uvádí konkrétní postupy a specifické metody práce s klientem.

1. Návštěva u p. Kupky dne 5. 9. 2013

První návštěva u p. Kupky představuje seznámení pana klienta s tím, proč jsem přišla, proč bude navštěvován (budeme provádět trénink komunikačních dovedností) a zda s tím souhlasí, bylo p. Kupkovi vysvětleno, proč je dobré řeč a také kognitivní schopnosti (zejména paměť) trénovat (jako rozvoj lidského potenciálu), proběhla domluva s klientem na setkáních – a to 1x za 14 dní ve čtvrtek, v délce cca 30 – 45 minut.

Rozhovor s panem Kupkou byl dnes spíše volný (vzpomínal, jak chodil do lesa, co dělával, když byl mladý atp.) při řeči bylo sledováno, jakým způsobem klient hovoří (byla sledována obsahová stránka řeči, motorické schopnosti, soběstačnost, potřebnost péče a pomoci. Na závěr jsme si domluvili gesto na zhodnocení návštěvy v podobě palec dolů – nelíbilo se mi, palec vodorovně – obvykle; palec nahoru – líbilo se mi. Na zkoušku pochopení domluveného hodnocení pan Kupka dnešní návštěvu ohodnotil palcem dolů. Poté jsme se rozloučili a potvrdili si příští setkání na 19. 9. 2014.

Cílem dnešního setkání bylo navázat kontakt, navodit atmosféru důvěry, domluvit průběh setkání s klientem a zjistit možnosti práce. Vzhledem k tomu, že má pan Kup-

ka spíše odmítavé jednání, bude potřeba při práci s klientem vytvořit podmínky pro práci tak, aby byl motivován a postupně se do činností zapojoval.

2. Návštěva dne 19. 9.2013

- V úvodu dnešní návštěvy jsme se s panem Kupkou domluvili, že „cvičení“ bude probíhat v sedě (na lůžku, vzhledem k tomu, že větší část dne leží).
- Následně byl klient doptáván, jak se mu daří (na tuto otázku pan Kupka neodpověděl pěkně, takže příště bude lepší tuto otázku vynechat), co se událo nového (pan Kupka se rozpovídal, kdo přišel na návštěvu). Stále je pozorováno klientovo chování a projevy během jednotlivých aktivit.
- poté jsem panu klientovi navrhl, zda by souhlasil, abychom zkusily dechové cvičení (viz. ukázka v příloze dechová cvičení), toto cvičení pan Kupka provedl 3x následně umlkl a nereagoval. Byl proto zvolen další postup práce.
- Pro sběr anamnestických údajů bylo na dnešní den naplánováno zjistit údaje o panu Kupkovi – viz. osobní anamnéza (tyto údaje byly zjišťovány a ověřovány v průběhu všech návštěv).
- Další úkol byl zaměřen na popis částí lidského těla, kdy jsme společně s klientem ukazovali na vlastní části, popis začínal od hlavy směrem dolů. Pan Kupka popsal hlavu, vlasy, ucho, krk, dále odmítl pokračovat. Křičel, že to nebude dělat. Klient byl dotázán, co by ho bavilo nejvíce. Sdělil, že by se chtěl jít podívat za kamarády do hospody. Návštěva místního restauračního zařízení, kamarádi a možnosti, jak by se mohl do zařízení dostat, se stalo velkým tématem, nejen pro dnešní den a stalo se základem pro vytvoření individuálního plánu pana Kupky. Nebylo v mých možnostech pana Kupku do restaurace dopravit, mohla jsem mu pomoci vytvořit podmínky pro rozvoj komunikačních dovedností, aby mu kamarádi při rozhovoru lépe rozuměli, především jej tímto motivovat k nácvičce, až jej rodina bude moci do restaurace doprovodit,
- Hlavním cílem individuálního plánu pana Kupky je: práce na rozvoji artikulačních dovedností a jednotlivými kroky k dosažení tohoto cíle jsme si stanovili: pravidelné setkávání, zapojit do návštěv pravidelné artikulační cvičení, aktivně se podílet na cvičeních.
- Nácvičce hlásky M – spočívá v opakování slov začínající hláskou M se záměnou hlásky ve slově k určování rozlišování hlásek, příklad: Míša/mísa; mele/mete; máma/máta + nácvičce vět s hláskou M viz. příloha.
- Na závěr byl shrnut plán pana Kupky, byl upřesněn termín dalšího setkání na 3. 10.2013. Dnešní setkání klient ohodnotil palcem nahoru.

- Cílem dnešního setkání bylo zjištění informací pro zpracování anamnézy, provést dechové cvičení, popsat jednotlivé části těla s důrazem na artikulaci, nácvik hlásky M.

3. Návštěva 3. 10. 2013

- Při příchodu se pana Kupky doptávám, jaký už dnes máme den, zda ví, kolikátého dnes je a který máme měsíc. Časem není klient orientovaný. Dnešní návštěva byla zahájena krátkým dechovým cvičením.
- Následoval volný rozhovor se zaměřením na uplynulých čtrnáct dní – bylo sledováno, co si z té doby pan Kupka vybavuje, co dělal, kdo přišel na návštěvu, co měl k jídlu – většinu z těchto skutečností si klient pamatuje, pokud ne, vkládá se do hovoru manželka pí. Kupková, která se snaží manžela přesvědčit o opaku. Pan Kupka je v přítomnosti manželky nervózní, chce údaje uvádět dle svého. Manželku okřikuje, aby se verbálně k tématu nevyjadřovala.
- Vyzkoušeli jsme kratičké artikulační cvičení (viz. příloha), pan Kupka se snažil spolupracovat.
- Navázali jsme na téma z minula, na popis částí těla, dnes měl klient pojmenovat prsty na ruce podle toho, jak mu bylo náhodně jednotlivě ukazováno, to pan Kupka váhal, prsty nepojmenoval správně, pokusili jsme pojmenování prstů od palce k malíčku. To už si klient vybavoval lépe. Po ukazováčku však odmítl dále prsty pojmenovat se slovy, že není blázen.
- Dále pokračoval řízený rozhovor směřující k doplnění a ověření informací z osobní anamnézy. Všechny informace z minula byly panem Kupkou podány reálně.
- Na dnešní den jsem klientovi připravila cvičení ve formě přirovnání, které se má doplnit (zaměřené na procvičování dlouhodobé paměti). Příklad: chytrý jako; hladový jako; pomalý jako Cvičení pan Kupku nejdříve zaujalo, po čtvrtém příkladu nechtěl dále pokračovat.
- Návštěva byla zakončena volným rozhovorem, klient vyprávěl o lese, o zvěři a ptácích. Domluvili jsme se na dalším setkání a to 17. 10. 2013. Setkání bylo panem Kupkou zhodnoceno palcem nahoru.
- Cílem dnešní návštěvy bylo dechové cvičení, ověření osobních anamnestických údajů, pojmenování prstů, doplňování přirovnání.

4. Návštěva dne 17. 10. 2013

- Při příchodu panu Kupkovi sdělují jaký je den, datum, měsíc, také rok. Dále pokračujeme krátkým dechovým cvičením – klient dnes cvičil bez přerušení.

- Následuje volný rozhovor na volné téma, dnes jsme se s panem Kupkou bavili o pořadech v televizi, protože při příchodu sledoval pořad. Byl dotazován, co dávají, pan Kupka nevěděl, sdělil mi však, že se rád dívá na sportovní pořady.
- Bylo zapojeno artikulační cvičení viz. příloha – byla provedena pouze část cvičení, pan Kupka se snažil artikulovat, i během rozhovorů klademe důraz na artikulaci.
- Dnešním tématem byl podzim, přinesla jsem panu Kupkovi zbarvené podzimní listí (javor, lípa, kaštan), bukvice, žaludy, plod šípku – úkolem bylo poznávání – klient poznal listy i plody – bral je do rukou, mohl si vše pořádně prohlédnout. Dále bylo zjišťováno, které měsíce jsou podzimní – pan Kupka nevěděl.
- Pan Kupka se rozhovořil o lese, dnes i o rostlinách v lese, které má rád.
- Následoval sběr informací o rodičích a sourozencích, o dětství ke shromáždění a zpracování dat pro anamnézu. Některé informace byly doplněny manželkou.
- V závěru byla sjednána další návštěva na 31. 10. 2013. Dnešní návštěva byla ohodnocena palcem nahoru.
- Cílem dnešní návštěvy bylo: provedení dechového cvičení, artikulační cvičení, umožnit p. Kupkovi malý kontakt s přírodou, sběr informací k vytvoření anamnézy.

5. Návštěva dne 31. 10. 2013

- Při příchodu je pan Kupka informován o čase (den, měsíc, rok, také ročním obdobím), následuje krátké dechové cvičení. Dnes klient odmítá dechové cvičení, nadává. Rozhovor je nasměrován na oblíbené téma pana Kupky – les, jak si udělal zbrojní průkaz, pozvolna se pan Kupka uklidňuje.
- Zkoušíme artikulační cvičení, ale jen krátce, pan Kupka je dnes neklidný, nemá chuť pracovat, stěžuje si na bolest nohy, přitom využívám pokynů, „ukážte, kde Vás to bolí“, ukazuje rukou na místo na noze, aktivně vše o bolesti sděluje, uvádí, že si rozškrábal nohu. Rozhovor o aktuálním stavu je panu klientovi příjemný.
- Dále jsou zjišťovány anamnestické rodinné údaje k dalšímu zpracování. Pan Kupka povídá o rodině rád, především o svých vnoučatech. Paní Kupková přinesla fotografie rodinných příslušníků, pomocí kterých pan Kupka všechny jmenoval a hovořil o nich.
- Dalším úkolem pro klienta je ke každému uvedenému slovu přiřadit slovo opačné, např.: teplý/.....; velký/.....; ostrý/..... Uvedená slova pan Kupka věděl ostatní ne, poté už nechtěl odpovídat.
- Následuje volný rozhovor, pan Kupka hovoří o lese a autech, která měl.
- Na závěr domlouváme termín další návštěvy na 14. 11. 2013. Zhodnocení dnešní návštěvy panem Kupkou je palec dolů.

- Cílem dnešní návštěvy: orientace v čase, dechové cvičení, artikulační cvičení, sběr anamnestických rodinných údajů, cvičení: přiřad' ke slovu slovo opačné

6. návštěva dne 14. 11. 2013

- Zahájení dnešního dne rozhovorem na téma, co se nového událo, pan Kupka hovořil o návštěvě sestry, hovoří také o trénování chůze za pomoci chodítka, chodí k němu zdravotní sestřička.
- Pokračujeme orientací v čase, následuje krátké dechové cvičení.
- Na dnešní den bylo pro klienta připraveno cvičení: ke každému uvedenému slovu přiřad' slovo opačného významu, např.: teplý/....., pomalý/....., hodný/..... U uvedených slov pan Kupka věděl opak teplý, ostatní nevěděl, po pěti slovech, už nechtěl pokračovat. Odmítnutí pokračování se většinou projevuje odmlčením a hlasitým oddechováním nosem.
- pokračuje sběr anamnestických údajů zdravotních – pan Kupka vypráví útržky vzpomínek z nemocnice po pádu, tyto informace podává v přítomnosti klienta, manželka.
- Panu Kupkovi byly přineseny fotografie lesní zvěře (jelen, daněk, muflon, srna, divoké prase) a ptáků (bažant, sojka, káně) všechna zvířata pan Kupka poznal.
- Na závěr je klient informován o další návštěvě: 28. 11. 2013. Na zhodnocení dnešní návštěvy ukazuje palec nahoru.

Cílem návštěvy byla: orientace v čase, dechové cvičení, cvičení: ke každému slovu přiřad' slovo opačného významu, sběr anamnestických údajů – zdravotních.

7. návštěva: 28. 11. 2013

- Dnešní návštěva je zahájena krátkým dechovým cvičením, následuje volný rozhovor, dnes pan Kupka hovoří o autech, vzpomíná na svá auta, vyjmenovává značky i barvy. Opakuje informace stále dokola.
- Pokračujeme v krátkém artikulačním cvičení
- Návěk hlásky Ch viz. příloha – cvičení je krátké, pan Kupka si vybírá, která slova bude opakovat, např.: Kuchař vaří v kuchyni, pojedeme na chalupu, prase chrochtá
- Následuje doplnění anamnestických údajů potřebných ke zpracování, hovoru se účastní paní Kupková, informace manžela doplňuje, popřípadě opravuje. Dnes je pan Kupka klidnější, manželku neokřikuje.
- Dnes byly panu Kupkovi přineseny obrázky s osobami, které vykonávají konkrétní povolání, např. obrázek číšníka, holiče, kováře, kosmonauta. Na názvy povolání si nevzpomněl, pojmenoval ale např. nůžky.

- Dále klient začal hovořit o autech, opět vyjmenoval všechny značky a barvy aut, která vlastnila.
- Na závěr je připraveno cvičení: doplň druhou část přísloví, např.: nemá na růžích; jablko nepadá; ve vínu je; cvičení pan Kupka nechtěl dělat, opět začal hovořit o svých autech.
- S panem Kupkou byla domluvena poslední návštěva na 4. 12. 2013. Dnešní návštěva byla ohodnocena klientem palcem nahoru.
- Cílem návštěvy bylo: dechové cvičení, artikulační cvičení, nácvik hlásky ch, doplnění anamnestických údajů, obrázky s osobami vykonávající povolání, cvičení na doplnění druhé části přísloví.

8. návštěva dne 4. 12. 2013

- Dnes byla návštěva zahájena povídáním o Vánocích, vzpomínkách pana Kupky na Vánoce a vánočních přípravách.
- Bylo provedeno dechové cvičení a následně cvičení artikulační.
- Pan Kupka chtěl dnes hovořit o vnoučatech, ukazoval fotografie rodiny, klient byl naváděn popisovat vše, co na fotografiích bylo. To však pana Kupku nebavilo, tak zůstalo u povídání o příbuzných a známých.
- V závěru byl celý plán zhodnocen – pana Kupku je k činnosti potřeba stále motivovat, tvořivě a vynalézavě přicházet s nápady jak klienta zaujmout a přimět tak k činnosti. Doporučení při práci s panem Kupkou: je dobré vycházet z jeho dřívějších zájmů a koníčků, pracovat nenásilnou formou, v pomalém, ale pravidelném a systematickém tempu. Vhodná by také byla uskutečnit setkání 1x týdně s délkou 20 minut, aby mohl klient udržet lépe pozornost.
- Na závěr jsem odříkávala panu Kupkovi verše (k rytmickému výcviku, lze při nich využít tleskání), které měl opakovat, to však odmítl, byla mu poté předána v tištěné podobě na procvičování, jako ostatní cvičení, která jsme spolu dělali, aby mohli dále v případě zájmu procvičovat s manželkou.
- Návštěva byla panem Kupkou ohodnocena zvednutím palce.


7. INDIVIDUÁLNÍ PLÁN



Individuální plán začal být tvořen při první návštěvě u pana Kupky, kdy byly zjištěny základní informace – zda pan Kupka souhlasí s návštěvami, bylo domluveno, že se budeme setkávat 1x za 14 dní cca 30 – 45 minut, návštěvy budou probíhat v pokoji pana Kupky na lůžku a to pokud možno v sedě, při práci nebude potřeba používat kompenzačních pomůcek, co bude náplní našich setkání – práce na rozvoji komunikačních dovedností, jakým způsobem bude aktivita probíhat – zavedení pravidelného dechového a artikulačního cvičení, zapojení nácviku kognitivních schopností (zaměřen na trénink paměti), orientace v čase a příprava dalších aktivit dle aktuální situace.





Hlavní cíl individuálního plánu (dále IP) byl stanoven při druhém setkání. Hlavním cílem je: rozvoj artikulačních dovedností, jednotlivými kroky k dosažení cíle:

- pravidelně se budeme setkávat
- zapojit do návštěv pravidelné artikulační cvičení
- aktivně se podílet na cvičeních

Pan KUPKA, nar. 6. 9. 1940, bydlištěm: Loučany

Datum setkání	Téma setkání	Zhodnocení IP	Zhodnocení setkání panem Kupkou
5.9.2013	Navázání kontaktu s panem Kupkou, vytvoření atmosféry důvěry, domluva na setkáních - častost, délka návštěvy, zjistit možnosti práce s panem Kupkou.	Dnešní návštěva byla s těžnější, vhodné navázání kontaktu umožnilo vytvořit základ pro další spolupráci, byla zjišťována potřeba k vytvoření individuálního plánu a možnost začít s nácvikem.	
19.9.2013	Dechová a artikulační cvičení, získání informací pro zpracování osobní anamnézy, popis částí těla, stanovení hlavního cíle IP	Pan Kupka se snažil aktivně spolupracovat, při aktivitách se však projevuje porucha chování pana Kupky, odmítá dále pracovat, někdy začne	

		nadávat, nadávky nesměřuje ke konkrétní osobě. Je proto nutné pana Kupku co nejvíce motivovat, zapojovat do aktivit témat, která pana Kupku zajímají, jednotlivé činnosti střídát a vytvářet atmosféru klidu.	
3.10.2013	Dechová a artikulační cvičení, orientace v čase, ověření anamnestických údajů z minula, pojmenování prstů, doplňování přirovnání.	Nejlépe spolupráce s panem Kupkou probíhá při sběru anamnestických údajů, pan Kupka hodně rád hovoří o sobě a své rodině, některé osoby či události si nepamatuje, či vypráví skutečnosti, které se dle manželky nikdy nestaly. Na začátku provádění jde vidět snaha o spolupráci, která je rychle vystřídána za odmítnutí. Nebo v případě neúspěchu nechť dále pracovat.	
17.10.2013	Dechová a artikulační cvičení, téma podzim, sběr informací k vytvoření anamnézy, orientace v čase	Pan Kupka se dnes velmi aktivně podílel na všech aktivitách. Téma podzim se dle reakcí (úsměv, aktivní zájem, spolupráce) panu Kupkovi líbil.	

31.10.2013	Orientace v čase, dechové a artikulační cvičení, zjišťování anamnestických údajů, přiřad' ke slovu slovo opačné.	Dnes byl pan Kupka velmi neklidný, nechtěl spolupracovat, vhodnější bylo zvolit rozhovor na volné téma a přimět pana Kupku k rozvoji artikulace při běžném hovoru.	
14.11.2013	Orientace v čase, dechové a artikulační cvičení, cvičení: ke každému uvedenému slovu přiřad' slovo opačného významu, sběr anamnestických - zdravotních údajů, fotografie lesní zvěře.	Pan Kupka dnes spolupracoval, zajímali ho především fotografie lesní zvěře.	
28.11.2013	Dechové a artikulační cvičení, nácvik hlásky ch, doplnění anamnestických údajů, obrázky s osobami vykonávajícími povolání, cvičení: doplň druhou část přísloví.	Pan Kupka dnes nechtěl příliš spolupracovat, chtěl si povídat o svých autech, bylo použito otázek, jaké barvy měly Vaše auta, rozhovor byl směřován k zájmu pana Kupky. Nácvik hlásky ch představoval opakování vět, dle výběru pana Kupky.	
4.12.2013	Dechové a artikulační cvičení, orientace v čase, hodnocení celého IP, verše – rytmické cvičení.	Rytmičké cvičení pan Kupka odmítl, opět využívá volného tématu Vánoce, povídá o své rodině za použití fotografií. Artikulačního cvičení se aktivně účastnil.	

Tabulka č. 1

Celkové zhodnocení Individuálního plánu pana Kupky:

K dosažení hlavního cíle byly stanoveny jednotlivé kroky:

- pravidelně se budeme setkávat – byly domluveny pravidelné návštěvy po dobu 3 měsíců, 1x za 14 dní – SPLNĚNO
- zapojit do návštěv pravidelné artikulační cvičení – každou návštěvu probíhaly artikulační cvičení - SPLNĚNO
- aktivně se podílet na cvičeních - pan Kupka se podílel na cvičeních dle svých aktuálních možností a ochotou spolupracovat. V převážné většině návštěv se však snažil o spolupráci – ČÁSTEČNĚ SPLNĚNO

Účelem vytvoření Individuálního plánu pana Kupky bylo vytvořit:

1. Hlavní cíl individuálního plánu - práce na rozvoji artikulačních dovedností, můžeme vzhledem ke splnění jednotlivých kroků k dosažení cíle, považovat za dosažený.
2. Individuální plán podal strukturovaný přehled jednotlivých činností s klientem, pomocí kterých bylo dosaženo osobního cíle klienta.
3. Dalším úkolem IP bylo po každé návštěvě zhodnotit setkání klientem, aby bylo zjištěno, zda práce je pro klienta zajímavá a přínosná. Jednotlivé návštěvy byly také zhodnoceny výzkumníkem, aby byly zaznamenány údaje o plnění jednotlivých úkolů klientem a tím byly vytvořeny informace o tématech, která lze při práci s klientem použít.
4. Závěr zhodnocení IP: lze konstatovat a tím i doporučit postupy pro další práci, které oblasti práce klientovi vyhovují, která témata a činnosti jsou pro něj zajímavá, co je pro klienta motivující.

Oblasti práce a činnosti, které panu Kupkovi vyhovují, jsou především práce s předměty, jako jsou lesní plody, listy, kůra, rostliny, kterých lze použít k poznávání daných předmětů, možnost pracovat se smysly - jednotlivé materiály osahat, očichat, vidět, apod. Využít při práci fotografie rodiny – poznávání členů rodiny, práce se vzpomínkami, která se vážou k místům, osobám, předmětům apod. Dále lze vytvořit úkoly a cvičení zaměřená na téma les, zvíř a také auta. (U aut lze např. použít práci s barvami – poznávání barev na fotografiích či barevných obrázcích aut apod.) Také by bylo vhodné v daných činnostech pravidelně pokračovat – 1x týdně s délkou návštěvy 20 – 30 minut se zaměřením na výše uvedená témata, při zachování dechového, artikulačního cvičení, nácvik jednotlivých hlásek a trénink paměti. Další aktivity lze použít dle aktuální situace klienta.

Do aktivit však nebylo možné zahrnout muzikoterapii, alespoň týkající se poslechu zvolené hudby, či zpěvu oblíbených písní a to proto, že tyto aktivity pan Kupka odmítal.

Terapeutický přístup v této oblasti vyžaduje právem celoživotní rozšiřování vlastní odborné kompetence a používání nových postupů a metod a to nejen při práci s lidmi s dysartrií, ale i při jiných narušených komunikačních schopnostech, a při speciálně pedagogické činnosti vůbec.

8. CELKOVÉ ZHODNOCENÍ PRAKTICKÉ ČÁSTI

Základ pro praktickou část vytvořila případová práce s klientem po mozkové mrtvici s dysartrií - objektem práce, která společně s anamnézou, nápravnými metodami terapeutickými a individuálním plánem vytvořili obraz zkoumaného objektu.

Obraz zkoumaného objektu byl vytvořen dle zadání:

- strukturovaným sběrem dat – tato data byla získána pravidelnými návštěvami u výše uvedeného klienta, prostřednictvím řízených a volných rozhovorů s klientem a jeho manželkou, pozorováním klienta při aktivitách, v klidu, v přítomnosti manželky, viz. Konkrétní nápravné metody terapeutické a Anamnéza.
- popisem procesů – sběrem dat byly získány a popsány anamnestické údaje - osobní, rodinné, zdravotní viz. Anamnéza, která je součástí případové práce s klientem a slouží jako podklad a cenné údaje pro další práci s klientem. Anamnestické údaje umožňují získat znalosti o klientovi, slouží k lepšímu pochopení klienta, klientových možností a schopností potřebných ke stanovení vykonávaných činností zvolení vhodných a konkrétních metod práce – nastavení témat dle zájmu klienta. Anamnestické údaje, nám umožnily vytvořit prognózu. Popis prognózy nám sděluje výpověď o budoucím stavu sledovaného objektu. V případě pana Kupky hovoří o situaci, za které by prognóza mohla být příznivější (souhlas s hospitalizací, operací a vyšší motivace k aktivitám vedoucím k rozvoji současných komunikačních schopností). Prostřednictvím anamnézy byla také napsána opatření vedoucí k předcházení nežádoucích jevů v podobě prevence. (Preventivní opatření proběhla hned při hospitalizaci klienta – prevence medicínská, dále sekundární v podobě návštěv logopeda ještě při hospitalizaci. Obsahuje také další preventivní opatření (v podobě návštěv odborníka, který by umožnil pravidelný rozvoj komunikačních dovedností).

Byl vytvořen a zpracován individuální plán, který je založen na osobním cíli klienta (rozvoj artikulačních dovedností), kterého je dosaženo strukturovaným a pravidelným popisem metodické práce, která probíhala při jednotlivých návštěvách u klienta viz. Individuální plán. Dále byly popsány nápravné metody terapeutické obecné. Zahrnují obecné postupy práce s klientem založené na pravidelných opakovaných činnostech.

Konkrétní nápravné metody terapeutické jsou založeny na konkrétních metodách a postupech práce vedoucí ke zlepšení komunikačních dovedností.

- evaluace – individuálního plánu a práce s klientem. V závěru každé návštěvy klienta docházelo ke zhodnocení metod práce jak klientem, tak i výzkumníkem. Zhodnocení klientem má význam zpětné vazby výzkumníkovi, zda jsou motivačně zvoleny cvičení a postupy práce. Pro výzkumníka má zhodnocení metodické práce po každé návštěvě význam posouzení motivace, rozvoj klienta a vyhodnocení, jak klient pracuje. Tyto údaje jsou cenné při nastavování konkrétních činností práce s klientem. Při poslední návštěvě u klienta byl zhodnocen individuální plán práce s klientem, bylo zjišťováno, zda bylo cíle klienta dosaženo. Dle získaných výsledků, bylo cíle klienta dosaženo. Viz. Individuální plán klienta a zhodnocení IP klienta.

Vytvoření obrazu zkoumaného jevu probíhalo v těchto krocích:

1. Pravidelně byl navštěvován zvolený senior po mozkové příhodě s dysartrií – 1x za 14 dní po dobu 3 měsíců.
- Dalšími kroky k vytvoření zkoumaného jevu a zároveň jednotlivými cíli pravidelných návštěv bylo:
 2. strukturované získání maximálního množství informací k vytvoření osobní, rodinné a zdravotní anamnézy, součástí anamnézy se stala prognóza a prevence (získání informací bylo rozvrženo průběžně do jednotlivých návštěv na dané téma). Sběr informací probíhal formou řízených a volných rozhovorů s klientem a manželkou klienta. Dále pozorování klienta během aktivit, v klidu, v přítomnosti manželky. (Viz. Anamnéza). Získané anamnestické údaje posloužily k vypracování plánu práce s klientem, vytvoření náplně práce s klientem a jeho následnému vyhodnocení.
 3. Samotná práce s klientem seniorem po mozkové mrtvici s dysartrií – byla zaměřena na obecné metody terapeutické – popisují obecné postupy práce s klientem a konkrétní nápravné metody terapeutické, kdy bylo využito specifických postupů zaměřených na postiženou funkci a zlepšení její činnosti prostřednictvím nácviku komunikačních dovedností probíhal při každé návštěvě formou:
 - připravených cvičení – práce s klientem:
 - dechových cvičení (k uvolnění a relaxaci)
 - artikulačních cvičení (k procvičení mluvidel)
 - nácvik jednotlivých hlásek formou konkrétních cvičení zaměřených na zvolenou hlásku
 - rozvoj kognitivních dovedností, zaměřený na trénink paměti formou doplňovacích

cvičení

- orientace v čase – klient byl pravidelně při každé návštěvě uváděn do reality pravidelným informováním o ročním období, měsících v roce, dnech v týdnu, aktuálních dnech, co je pro dané období typické, co se v danou dobu děje v přírodě, apod.
 - kvalitativní pozorování klienta:
 - při každé návštěvě bylo pozorováno chování klienta při rozhovoru řízeném i volném, chování klienta v přítomnosti manželky. Pozorování mělo význam doplňujících údajů o situacích, která témata jsou klientovi příjemná, nepříjemná, vyjádření nevole, zda je klient v napětí, klidu, vyjádření souhlasu, nesouhlasu apod.)
 - pozorování mluvidel v klidu i v akci (nám posloužily k zavedení konkrétních cvičení na rozvoj komunikačních dovedností (artikulační cvičení, dechová cvičení, nácvik hlásek, rytmická cvičení apod.)
 - pozorování polohy a pohybů těla (získané údaje posloužily k informaci o klientově vyjádření (bolesti, nepohody, nevěli apod.)
4. Vytvoření, zpracování a vyhodnocení individuálního plánu – při první návštěvě byl stanoven individuální plán práce s klientem, byly stanoveny konkrétní úkoly, témata práce a metody práce. Součástí individuálního plánu bylo stanovení konkrétního cíle klientem - rozvoj artikulačních dovedností, kterého bylo pravidelnou metodickou činností (konkrétní činnosti práce s klientem) dosaženo. Po každé návštěvě bylo setkání zhodnoceno klientem, aby bylo zjištěno, zda práce je pro klienta zajímavá a přínosná. Byl učiněn závěr ze strany výzkumníka, které oblasti práce klientovi vyhovují, která témata a činnosti jsou pro něj zajímavá, co je pro klienta motivující.
5. Samotné zpracování celé případové části – získané praktické údaje byly zpracovány v uceleném shrnujícím souboru, čímž byl vytvořen obraz zkoumaného objektu.

Z vypracované praktické části lze říct, že při práci s klientem je vždy potřeba individuálního přístupu (ne vždy všechny úkoly, připravená cvičení lze aplikovat). Je také nutno přihlížet k aktuální situaci, možnostem a schopnostem klienta.

ZÁVĚR

Vzhledem ke stárnoucí populaci je stáří téma, které je stále častěji diskutované a to ve všech jeho oblastech. Čím více je toto téma diskutované, tím více je možné nalézat nové možnosti, jak vhodně vytvářet podmínky pro prožití spokojeného stáří. Počínaje přípravou na stáří, přes zaměření se na podporu aktivního prožití stáří, včetně budování důstojných podmínek ať už doma, nebo v zařízeních pro seniory; rozvoj nových postupů a přístupů při práci se seniory, více rozšířit nácviky komunikačních dovedností do zařízení poskytující sociální služby a doprovázením konče.

Věřím, že bakalářská práce poskytla čtenáři ucelený náhled na tuto problematiku a hlavní cíl bakalářské práce byl naplněn získáním, shromážděním a vytvořením kompaktních poznatků o problematice a specifických stárnutí a stáří, mozkových příhodách, jako nejčastějším onemocnění postihující starší generaci. Popis následků a důsledků tohoto onemocnění v oblasti komunikace a možnosti nalezení vhodných komunikačních prostředků a shromáždění a ucelení praktických poznatků a jejich vyhodnocení.

Téma práce je natolik rozsáhlé, že lze v jednotlivých tématech práce i samostatně pokračovat např. při vypracování diplomové práce se zaměřením na individuální či skupinový nácvik komunikačních dovedností, vytvoření osvěty k přípravě na stáří a prožití aktivního stáří; vytvořením preventivního programu předcházení vzniku cévních mozkových příhod, aj.

Seznam použité literatury:

- BENDO VÁ, P. *Alternativní a augmentativní komunikace 2 (3) Možnosti využití AAK v komunikaci s osobami s demencí*. LMS Uniform
- BENDO VÁ, P. *Možnosti využití AAK v komunikaci s osobami s demencí (3)*. Disciplína: 05-07. Alternativní a augmentativní komunikace 2. LMS Uniform.
- CSÉFALVAY, Z.; LECHTA, V. a kol., *Diagnostika narušené komunikační schopnosti u dospělých*. Praha: Portál, 2013. ISBN 978-80-262-0364-3.
- DVOŘÁK, J. *Logopedický slovník. Žďár nad Sázavou. Logopaideia clinica. 2001*
- GANONG, W. F. *Přehled lékařské fyziologie*. 20. vyd. Praha: Galén, 2005. ISBN 80-7262-311-7
- HAMILTON, I. S. *Psychologie stárnutí*. Praha: Portál, s. r. o., 1999. ISBN 80-7178-274-2.
- HARTL, P., HARTLOVÁ, H. *Psychologický slovník*. 2. vyd. Portál. ISBN 978-80-7367-569-1
- JANOVCOVÁ, Z. *Alternativní a augmentativní komunikace*. Brno: PdF MU, 2003. ISBN 80-210-3204-9.
- JIRÁK, R. *Demence*. 1. vyd. Praha: Maxdorf. ISBN 80-85800-446
- KALVACH, Z., ZADÁK, Z., JIRÁK, R., ZAVÁZALOVÁ, H., SUCHARDA, P., a kol (2004). *Geriatric a gerontologie*. Praha: Grada.
- KANTOR, J. *Muzikoterapie (3)*. Disciplína: 10-06. Muzikoterapie, taneční a pohybová terapie. LMS Uniform.
- KANTOR, J.; LIPSKÝ, M.; WEBER, J. a kol. 2009. *Základy muzikoterapie*. 1. vyd. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-2846-9.
- KEREKRÉTIOVÁ, A. *Základy logopedie*. 1. vyd. Bratislava: UK, 2009. ISBN 978-80-223-2574-5.
- KLENKOVÁ, J. *Logopedie*. 1. vyd. Praha: Grada, 2006. ISBN 80-247-1110-9.
- KOUKOLÍK, F. *Možek a jeho duše*. 3. Rozšířené a přepracované vydání. Praha: Galén, 2005. ISBN 80-7262-314-1
- LAUDO VÁ, L. 2003. *Augmentativní a alternativní komunikace*. in ŠKODOVÁ, E., JEDLIČKA, I. *Klinická logopedie*. 1. vyd. Praha: Portál, 2003. ISBN 80-7178-546-6.
- LECHTA, V. *Diagnostika narušené komunikační schopnosti*. Praha, 2003. ISBN 80-7178-801-5
- LECHTA, V. *Logopedické repetitorium*. SPN, 1990. ISBN 80-08-00447-9
- LECHTA, V. *Terapie narušené komunikační schopnosti*. Portál, 2005. ISBN 80-7178-961-5

- MÜHLPACHR, P. 2004. *Gerontopedagogika*. Brno. ISBN 80-210-3345-2.
- MÜLLER, O. *Terapie ve speciální pedagogice*. 1. vyd. Olomouc: UP, 2005. ISBN 80-244-1075-3.
- NEUBAUER, K. *Logopedie*. Gaudeamus, 2001. ISBN 80-7041-098-1
- NEUBAUER, in K. ŠKODOVÁ, E., JEDLIČKA, I. *Klinická logopedie. 1. vyd.* Praha: Portál, 2003. ISBN 80-7178-546-6.
- PACOVSKÝ, V. *O stárnutí a stáří*. Vyd. 1. Praha: Avicenum. ISBN 80-201-0076-8
- PETROVÁ, E., MARKSOVÁ, A. *Komunikace s klientem postiženým demencí*. Olomouc, 2011.
- PIDRMAN, V. *Demence*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2007. ISBN 987-80-247-1490-5
- POTMĚŠIL, M. *Alternativní a augmentativní komunikace (6)*. LMS Uniform.
- ŘÍČAN, P. *Cesta životem*. Vyd. Praha: Portál, 2004. ISBN 80-7178-829-5
- ŠIMÍČKOVÁ-ČÍŽKOVÁ, J. a kol. 2008. *Přehled vývojové psychologie*. 2. vyd. Olomouc. ISBN 978-80-244-2141-4
- ŠKODOVÁ, E., JEDLIČKA, I. a kol., *Klinická logopedie*. 1.vyd. Praha: Portál, 2003. ISBN 80-7178-546-6
- VÁGNEROVÁ, M. *Vývojová psychologie II. Dospělost a stáří*. Nakladatelství Karolinum, 2007. ISBN 978-80-246-1318-5
- VALENTA, M.; MÜLLER, O. *Psychopedie*. Parta, 2009. ISBN: 978-80-7320-137-1.
- VITÁSKOVÁ, K., PEUTELSCHMIEDOVÁ, A. *Logopedie*. 1. vyd. Olomouc, 2005. ISBN: 80-244-1088-5
- VYBÍRAL. L. *Psychologie lidské komunikace*. Praha: Portál 2000.
- WOLF, A. a kol. 1982. *Umění žít a stárnout*. Nakladatelství Svoboda Praha.

Internetové stránky:

Excitotoxické poškození. 2014. Lékařský slovník. [online]. [cit. 23. 2. 2014].

Dostupné na: <http://lekarske.slovníky.cz/lexikon-pojem/excitotoxicky>

Kontraindikace. 2014. Lékařský slovník. [online]. [cit. 23. 4. 2014].

Dostupné na: <http://lekarske.slovníky.cz/pojem/kontraindikace>

WFMT (Světová federace muzikoterapie). 2011. Internetové stránky. [online]. [cit. 2014-006-07]. Dostupné z:

<http://www.musictherapy.cz/index.php/spoluprace-a-clenstvi-asociace/clenstvi-ve-wfmt/17-svetova-federace-muzikoterapie> [15. 6. 2014]

PŘÍLOHY:

UKÁZKA ARTIKULAČNÍHO CVIČENÍ – PROCVIČOVÁNÍ MOTORIKY MLUVI- DEL

jazyk:

Vypláznout jazyk – olizovat spodní ret, doprava, doleva

Olizovat horní ret doprava, doleva (špička jazyka směřuje nahoru k nosu)

Olizovat rty dokola

Udělat bouli – zavřít pusy, jazykem tlačit do tváří

Uvolnit jazyk a pohybovat jím zprava doleva a zpět, pokud možno rychle (dolní čelist musí být v klidu).

Vycenit zuby, olíznout se po obou stranách a táhnout jazyk po patře dozadu, potom se vracet stejným způsobem.

Klapat jazykem, jako když klape koník kopyty

Rychle vtahovat a zatahovat jazyk dopředu a dozadu, přitom se cvrnká o horní ret, pohyb nesmí být do strany.

Vypláznout jazyk a dělat střídavě špičku a zpátky ho zploštit.

V ústech vytvořit jazykem miskou.

Rozplácnout jazyk a stáhnout rty – vytvořit ruličku.

Malíř – jazykem jezdíme pomalým tempem vpřed a vzad na horním patře (tak jako když malíř maluje strop).

DECHOVÁ CVIČENÍ:

Cvičení je dobré provádět nejdříve vleže, vsedě a také vestoje. Pro správný nácvik je dobré, když si jedinec může ohmatat bránici (položí ruku pod výběžek hrudní kosti). Při správné technice nádechu a výdechu. Při správném nádechu musíme dbát na to, že jako první se s nádechem zvedá oblast břicha a až potom hrudní koš. Při nádechu by se neměla nadzvedávat ramena.

pomůcky pro dechové hry:

- svíčka - pomalu foukejte do svíčky. Plamínek musí stále plápolat a nesmí zhasnout. Rychlý nádech a výdech je při sfoukávání svíčky nesprávný.
- peříčka - na okraj stolu dejte dvě peříčka a pokuste se je přefouknout až na druhou stranu
- brčka – pomocí brčka rozfoukáváme rozlitou vodovou barvu na papíře
- papír nastříhaný na proužky - rozfoukáme

- flétna, píšťalky a jiné dechové nástroje – foukání na nástroje

UKÁZKA PROCVIČOVÁNÍ HLÁSKY CH:

Slabiky: chi, cho, cha, che, chu

Text ke čtení:

Pojedeme na chalupu. Chodec chodí po chodníku. Michal ochutnal buchtu. Polechtala mě moucha. Mám na uchu mouchu. Prase chrochtá. Máma míchá těsto na buchty. Michalka přechází přechod. Na chalupě v zimě chumelí. Pejsek čichá v houští. Kuchař vaří v kuchyni. Lehnu si na chvíli do mechu. Vojáci pochodují. Učíme se chemii. Ten chleba je suchý. Na poušti je sucho. Pejsek má dlouhé chlupy. Musíme přecházet přes přechod. Dnes stále kýchám. Na chatě je v noci ticho. Na chleba namažeme máslo a sýr. Ropucha je chráněné zvíře. Michalovi říkáme Míšo. Ta hádanka je chyták. Chocholouš má na hlavě chochol. Pan kuchař pracuje v kuchyni. Chůva se stará o děti. Do Chocně jezdíme na chalupu. Moucha mě polechtala za uchem. Michale, ty jsi lenoch! Slon má dlouhý chobot. Pejsek čichá kolem chaloupky. Chůva chová miminko. Chameleón umí měnit barvy. Hluchavka nepálí. Prase chrochtá v chlívků. V zimě hustě chumelí. Babiččiny buchty nám moc chutnají. Už jsi chytil mouchu? Lachtani si hrají s míčem. Prase chrochtá v chlívků. Ostříhej si nehty. Chtěl bych ochutnat makovou buchtu. Děda v noci chrápe. Píchlo mě v uchu. Chlapci hrají fotbal. Na lodi je bílá plachta. Jachta má plachtu. Michal bydlí na Chodově. Chobotnice má dlouhá chapadla.

UKÁZKA NÁCVIKU HLÁSKY M:

slabiky:

ma, me, mí, mo, mu, má, mé, mí, mó, mů mama-máma, meme-méme, mimi-mími, momo-mómo, mumu-můmu.

věty:

Máma je doma. Máme doma med. Máma má med. Máma má mouku. Dáme med domů. Máma má malé miminko. Ema má med. V medu je malá moucha. Ema mámě pomáhá. Mámo, mám med. Adam maluje myš. Myš je malá. Máme malý dům. Máma doma mele maso. Tom má malé mýdlo. Máma má meloun. Ema má maliny. Potom máma mydlí mimino. Umyji mimino a zametu mouku. My něco máme, něco vám dáme, něco nedáme.

ANOTACE

Jméno a příjmení:	Ema MALOHLAVOVÁ, DiS.
Katedra:	Speciálněpedagogických studií
Vedoucí práce:	Mgr. Olřich Müller, Ph.D.
Rok obhajoby:	2014

Název práce:	Možnosti komunikace s osobami seniorského věku po mozkové příhodě
Název v angličtině:	The possibility of communication with elderly people after stroke
Anotace práce:	Práce je rozdělena do části teoretické, která pojednává o problematice stárnutí a stáří, o mozkové mrtvici jako nejčastějším onemocněním seniorů, komunikací, jejím narušení a možnostmi komunikace a intervence u seniorů po mozkové mrtvici. Praktickou část tvoří případová práce zahrnující kvalitativní výzkum. Popisuje osobní, rodinnou a zdravotní anamnézu, návštěvy u klienta, obecné a konkrétní postupy práce s klientem, vytvoření a zhodnocení individuálního plánu práce s klientem a celkové zhodnocení praktické části.
Klíčová slova:	Senioři, mozková mrtvice, komunikace, narušená komunikační schopnost, možnosti komunikace.
Anotace v angličtině:	The work is divided into a theoretical part , which deals with issues of aging and old age, the stroke as the most common disease of older people , communications , and the disruption of communication options and interventions in older adults after stroke . The practical part consists of case work involving qualitative research. Describes personal , family and medical history , visits to the client , general and specific procedures for working with the client to create and evaluate an individual work plan with the client and an overall assessment of the practical part.
Klíčová slova v angličtině:	Seniors, stroke , communication , communication disability , possibilities of communication
Přílohy vázané v práci:	Ukázky: artikulačního cvičení, dechového cvičení, nácvik hlásky CH, nácvik hlásky M.
Rozsah práce:	72
Jazyk práce:	ČJ