

UNIVERZITA PALACKÉHO V OLOMOUCI

Pedagogická fakulta

Ústav speciálněpedagogických studií

Mgr. MARKÉTA ADAMCOVÁ

V. ročník - magisterské prezenční studium

Obor: Logopedie

ANALÝZA POROZUMĚNÍ VERBÁLNÍ SLOŽCE KOMUNIKACE

U OSOB S AFÁZIÍ

Diplomová práce

Vedoucí práce: PhDr. Renata Mlčáková, Ph.D.

OLOMOUC 2016

Prohlašuji, že jsem diplomovou práci vypracovala samostatně a použila jen uvedené literatury a zdrojů.

V Olomouci dne 10. 4. 2016

.....
vlastnoruční podpis

Děkuji vedoucí práce PhDr. Renatě Mlčákové, Ph.D. za odborné vedení a poskytování cenných rad. Dále děkuji občanskému sdružení Afázie za vstřícnost a ochotu při realizaci výzkumného šetření. Poděkování patří zejména PhDr. Heleně Šišmové za umožnění realizace výzkumného šetření. Velký dík si zaslouží také klienti klubu Afázie, kteří se výzkumného šetření zúčastnili, za jejich velkou snahu a aktivitu při plnění zadávaných úkolů.

Mgr. Markéta Adamcová

Obsah

ÚVOD	8
I. TEORETICKÁ ČÁST	10
1 KOMUNIKACE	10
1.1 Dělení komunikace	10
1.2 Význam komunikace	12
1.3 Komunikační model	13
1.4 Verbální komunikace	14
1.4.1 Porozumění v komunikaci	15
1.4.2 Komunikační pohotovost	16
1.5 Komunikace s člověkem s afázií.....	16
2 AFÁZIE – VYBRANÉ KAPITOLY	17
2.1 Terminologie	17
2.2 Etiologie afázie	18
2.2.1 Cévní mozkové příhody	18
2.2.2 Traumatické poškození mozku	19
2.2.3 Mozkové nádory	20
2.2.4 Zánětlivá onemocnění mozku.....	20
2.2.5 Degenerativní onemocnění CNS	20
2.2.6 Intoxikace mozku	20
2.3 Symptomatologie afázie	21
2.3.1 Parafázie	21
2.3.2 Parafrázie	21
2.3.3 Narušené porozumění.....	21
2.3.4 Perseverace.....	22
2.3.5 Logorhea	22
2.3.6 Anomie	22

2.3.7	Další typické symptomy	22
2.4	Klasifikace afázií	23
2.4.1	Bostonská klasifikace	23
2.4.2	Neuropsychologická klasifikace	24
2.4.3	Hrbkova klasifikace	25
2.4.4	Olomoucká klasifikace	26
2.4.5	Kimlova klasifikace	27
2.4.6	Dichotomická klasifikace	28
2.5	Syndromy afázie	28
2.5.1	Brocova afázie	28
2.5.2	Globální afázie	29
2.5.3	Smíšená transkortikální afázie	30
2.5.4	Transkortikální motorická afázie	30
2.5.5	Transkortikální senzorická afázie	30
2.5.6	Wernickeho afázie	31
2.5.7	Konduktivní afázie	31
2.5.8	Anomická afázie	32
2.5.9	Progresivní afázie	32
2.5.10	Subkortikální afázie	32
2.6	Diagnostika afázie	33
2.6.1	Screening afázie	33
2.6.2	Komplexní testy afázie	36
2.6.3	Testy zaměřené na funkční komunikaci	41
2.6.4	Testy specifických jazykových funkcí	43
II.	PRAKTICKÁ ČÁST.....	46
3	VÝZKUMNÉ ŠETŘENÍ	46
3.1	Cíl výzkumného šetření	46

3.2	Výzkumný problém	46
3.3	Výzkumné otázky	47
3.4	Metody získávání dat	47
3.4.1	Nestrukturované pozorování	47
3.4.2	Vlastní návrh nestandardizovaného testového materiálu	48
3.5	Výběr a popis výzkumného vzorku	58
3.6	Organizace a průběh výzkumného šetření	58
3.7	Vyhodnocení výsledků získaných dat	59
3.7.1	Vyhodnocení testového materiálu klient č.1	59
3.7.2	Vyhodnocení testového materiálu klientka č. 2	61
3.7.3	Vyhodnocení testového materiálu klient č. 3	63
3.7.4	Vyhodnocení testového materiálu klientka č. 4	65
3.7.5	Vyhodnocení testového materiálu klientka č. 5	67
3.8	Zhodnocení výzkumných otázek	69
3.8.1	Jaká bude úroveň porozumění mluveným a psaným instrukcím?	70
3.8.2	Které ze čtyř oblastí testového souboru budou klientům činit největší obtíže?	71
3.8.3	Klienti s kterým typem afázie budou v testovém souboru nejúspěšnější?	72
	DISKUSE	74
	ZÁVĚR	75
	SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY	77
	SEZNAM INTERNETOVÝCH ZDROJŮ	80
	SEZNAM ZKRATEK	82
	SEZNAM OBRÁZKŮ	84
	SEZNAM TABULEK	85
	SEZNAM GRAFŮ	88

SEZNAM PŘÍLOH	89
----------------------------	-----------

ÚVOD

V současné době se problematika získané orgánové nemluvnosti netýká pouze osob seniorského věku, ale začíná se rozšiřovat do stále širší věkové kategorie. Mezi velmi časté příčiny vzniku afázií se řadí cévní mozkové příhody, které jsou u laické veřejnosti často spojeny s představou omezení pohybu. Na fakt, že bývá zasažena také oblast jazykových dovedností, se mnohdy zapomíná. Pro kvalitní život jedince jsou tyto dovednosti stejně důležité jako schopnosti pohybové a v případě jejich narušení představují pro pacienta, klienta, rodinného příslušníka, partnera nebo i pro nás samotné výrazné komplikace, které se odrazí v široké škále dovedností, ale také v sociální interakci. Tento fakt nás při zamyšlení přivedl k myšlence, jakým způsobem tedy osoby s afázií zvládají každodenní dovednosti, se kterými se setkávají v rámci svého denního režimu a aktivit.

Při stanovování cílů práce jsme se snažili analyzovat denní režim osob s afázií, které žijí v domácím prostředí, určili jsme si několik základních oblastí, které úzce souvisí s jazykovými dovednostmi. Od tohoto faktu se dále odvíjela práce samotná, jak teoretické ukotvení v současné literatuře, tak její praktická část.

Práce je rozdělena do dvou oblastí – teoretické a praktické části. Z hlediska teorie jsme se snažili přiblížit dvě základní oblasti a to oblast komunikace jako takové obecně a problematiku získané orgánové nemluvnosti, tedy afázie. Práce teoreticky hovoří o významu a dělení komunikace, kde specifikuje zejména oblast komunikace verbální. Zaměřuje se také na porozumění jako na jednu z klíčových dovedností, která ovlivňuje naše sociální fungování. Část týkající se problematiky afázie se snaží přiblížit vybrané kapitoly k této problematice, mezi které jsme zařadili terminologii, etiologii, symptomatologii, klasifikaci a diagnostiku afázie. Oblastí intervence jsme se v práci nezabývali, jelikož tato problematika je opravdu rozsáhlá a naším cílem bylo spíše analyzovat obtíže v porozumění. Část týkající se diagnostiky afázie shrnuje dostupné testy, kterými se diagnostikují jazykové dovednosti a to nejen u nás, ale také v zahraničí. Praktická část se zaměřuje na analýzu porozumění v komunikaci u klientely s alespoň částečně zachovaným porozuměním. Při analýze jsme se nechali inspirovat dostupnými diagnostickými materiály a vytvořili jsme vlastní návrh nestandardizovaného

testového materiálu, který jsme použili u stanovené klientely a následně kvalitativně i kvantitativně vyhodnotili. Závěrečná část práce shrnuje získaná data a stanovuje doporučení pro možnosti dalšího zkoumání.

I. TEORETICKÁ ČÁST

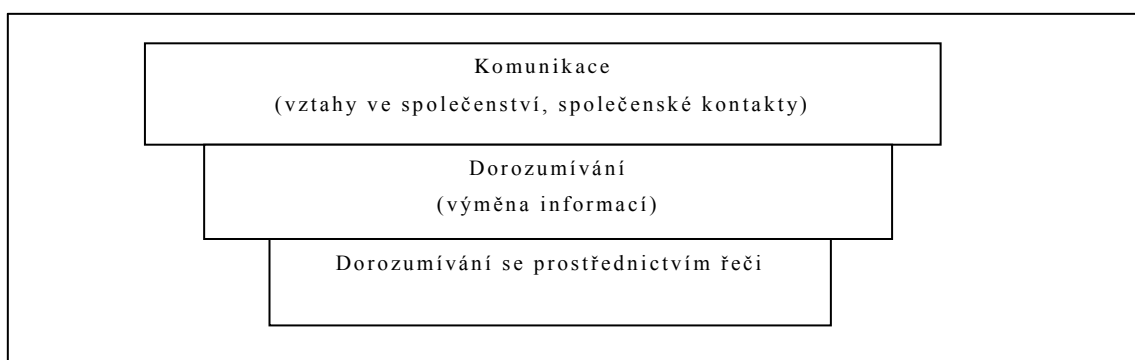
1 KOMUNIKACE

Komunikace v životě člověka má zcela jistě významné místo. Začíná již v období intrauterinního období, kdy plod reaguje na matku změnou polohy a končí až smrtí jedince. Komunikujeme tedy v průběhu celého života a to nejen záměrně, ale také v situacích kdy si to zcela neuvědomujeme. V průběhu života o sobě vysíláme nejrůznější informace, které již můžeme považovat za komunikaci. V následujících kapitolách se zaměříme na obecné vymezení komunikace a jejích složek s důrazem na složku verbální, přiblížíme oblast porozumění v komunikaci a verbální pohotovost.

1.1 Dělení komunikace

Pojem komunikace je často chápán zúženě, tedy pouze jako dorozumívání. Dorozumívání je sice proces velmi významný, ale ve skutečnosti je komunikace mnohem širší. Zahrnuje širokou škálu nejrůznějších kontaktů mezi lidmi, ale také zvířaty. Pokud bychom chápali komunikaci tak, jak jsme uvedli výše, mohli bychom ji rozdělit do třech základních úrovní (Slowík, 2010).

Obrázek č. 1 Úrovně komunikace



Komunikace mezi lidmi není ale pouhou výměnou informací. Velmi úzce souvisí také s interpersonálními vztahy, tedy s interpersonální komunikací. Interpersonální komunikace vyžaduje nejen přijímání a vysílání informací, ale také přijetí komunikačního partnera (Hartley, 1999; Slowík, 2010).

Komunikace je aktivitou, kterou jedinec oznamuje svůj příchod na svět a kterou se během celého života projevuje. Lidé tedy komunikují v průběhu celého života. Nekomunikace jako taková ani neexistuje. Každý totiž komunikuje např. pouze tím, že nechce komunikovat, tedy svým vyjadřováním a postojem. Všichni lidé o sobě nepřetržitě vysílají informace, které můžeme chápat jako komunikaci (Lechta, 2007).

Termín komunikace má původ v latinském *communicatio*, tedy sdělování, spojování, přenos. Komunikaci tedy můžeme definovat jako dovednost jedinců používat výrazové prostředky k vytváření a udržování mezilidských vztahů. Cílem je tedy sdělování informací a vzájemné dorozumívání. Komunikaci můžeme rozdělit do dvou základních kategorií – verbální a neverbální. Do oblasti verbální komunikace můžeme zahrnout komunikační procesy, které realizujeme prostřednictvím mluvené nebo psané řeči. V dorozumívacím procesu má verbální komunikace dominantní postavení. Druhou kategorií, neverbální popř. nonverbální, reprezentují jiné než slovní druhy sdělování informací. Jedná se tedy o předávání informací prostřednictvím výrazu obličeje, pohybů, postojů, doteků, gest, pohledů, oddálení, ale také úpravy zevnějšku. Jedná se tedy o komunikaci beze slov (Křivohlavý, 1988; Bytešnicková, Horáková, Klenková, 2007).

Komunikaci tedy můžeme chápat jako výměnu obsahů, která se uskutečňuje prostřednictvím jazyka. Každá výměna obsahů se odehrává v určitém komunikačním kontextu, který má čtyři základní složky. Jedná se o komunikátora (osoba, která něco sděluje), komunikanta (osoba, která informaci přijímá), komuniké (obsah sdělení) a účinek komunikace. Cesta přenosu informace je označována jako komunikační kanál (Heroutová, 2004).

Při komunikaci může dojít k okolnostem, které nám zabraňují v porozumění informace. Jedná se tedy o něco, co nám vysílanou informaci zkresluje. Tyto vlivy bychom mohli nazvat komunikační šumy. Komunikační šumy můžeme rozdělit do čtyř kategorií – fyzický šum (rušivé elementy), fyziologický šum (bariéry komunikátora nebo komunikanta), psychologický šum a sémantický šum (odlišnost jazyka, chybění kontextu, užívání odborných termínů v komunikaci) (De Vito, 2008).

S pojmem komunikace souvisí také termíny jazyk a řeč. Velmi často se můžeme setkat s jejich zaměňováním a to i přes to, že se jedná o zcela odlišné pojmy. Jazykem rozumíme soustavu prostředků znakové povahy (jedná se o soustavu druhotných dorozumívacích prostředků), která člověku umožňuje vyjádřit jeho prožitky a představy o světě. Řeč chápeme jako formu dorozumívání, které je založeno na výrazových prostředcích a to jak slovních tak neslovních. Řeč je úzce spjata s pohyby jazyka, čelisti, rtů, tváří, hrdla, zahrnuje také tvoření hlasu a dýchání. Jedná se tedy o konkrétní použití jazyka (Dvořák, 2007).

1.2 Význam komunikace

Lidská společnost se v současnosti nachází ve fázi, kterou můžeme nazývat *informační společnost*. Tuto společnost můžeme definovat jako společnost, ve které kvalita života jedince závisí na míře informací. Informace jsou tedy klíčovým zdrojem společenské existence. V dnešní době tedy můžeme zaznamenat nárůst významu komunikace a to ve všech oblastech života. Komunikační jednání se vždy zaměřuje na dosažení určitého cíle, tím může být výměna informací, ovlivnění chování druhých nebo ovlivňování mezilidských vztahů (Vymětal, 2008).

Vymětal (2008) uvádí několik funkcí komunikace. Jedná se o:

- Informativní funkci (předávání informací, znalostí, zkušeností).
- Poznávací funkci (získávání informací).
- Vzdělávací a výchovnou funkci (realizovaná zejména prostřednictvím výchovně vzdělávacích institucí).
- Funkci socializační (vytváření a udržování mezilidských vztahů).
- Přesvědčovací funkci (týkající se utváření a změn našich postojů).
- Zábavnou funkci (vytváření pocitu radosti, pohody a spokojenosti).
- Svěřovací funkci (týká se empatie a naslouchání druhým).
- Funkci únikovou (komunikace působí jako odreagování od starostí a depresí).

Realizace komunikačního cíle neboli komunikačního záměru je závislá na promyšlení a tvorbě komunikačního plánu. Komunikační plán zahrnuje nejen výběr témat, ale také volbu komunikačních postojů, promyšlení podmínek komunikace (jak subjektivních tak objektivních) a v neposlední řadě také výběr komunikačních prostředků. Při volbě a realizaci komunikačního plánu musíme počítat také s modifikacemi, tedy variabilitou plánu, jeho doplňováním i zjednodušením v případě potřeby. Proces postupného uspořádání komunikačních záměrů od počátku, až po naplnění cíle komunikačního procesu je označován jako komunikační strategie (Vymětal, 2008).

Za podstatné považujeme také blíže specifikovat pojem komunikační kompetence. Jedná se o soubor všech předpokladů, které člověku umožňují komunikovat a realizovat komunikační záměry. Můžeme tedy hovořit o souhrnu sociálních a psychických operací umožňující aktivní účast při komunikaci, jazykové znalosti a dovednosti, ale také uplatňování sociokulturních pravidel komunikace (Vymětal, 2008).

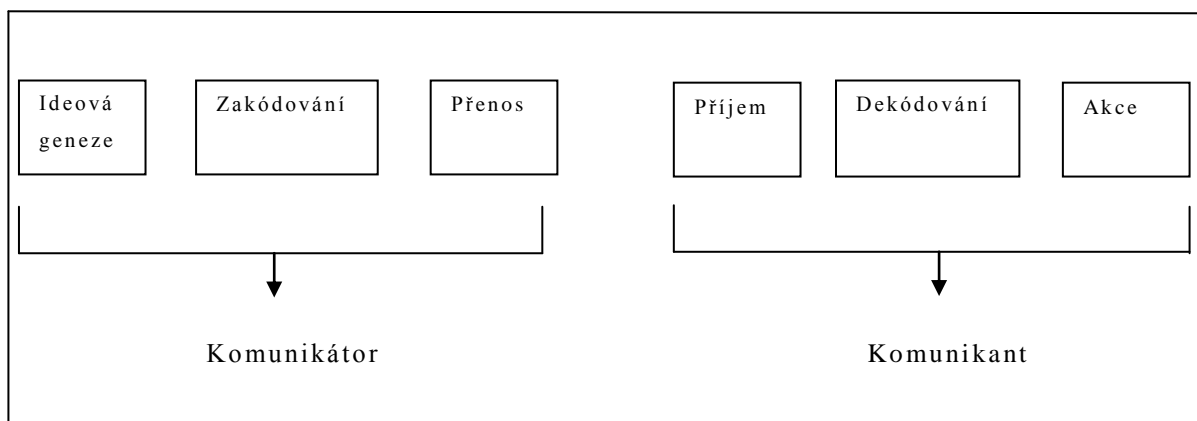
Vymětal (2008) hovoří také o pojmu komunikační dovednosti, které chápe jako souhrn úrovně mluveného projevu, poslouchání a naslouchání, mluvení, čtení, psaní a vnímání neverbální komunikace. Největší časový prostor v komunikaci podle něj zabírá poslouchání a naslouchání, které tvoří až 53% z celé komunikační situace.

1.3 Komunikační model

Pod pojmem komunikační model si můžeme představit popis komunikačního procesu. Je udáváno několik základních fází komunikace. Jedná se o fázi ideové geneze (počátek procesu – vznik myšlenky), fázi zakódování (vyjádření myšlenky v symbolech), fázi přenosu (přenos symbolů ke komunikantovi), fázi příjmu (okamžik, kdy se informace dostane ke komunikantovi), fázi dekodování (zpracování informace) a fázi akce (reakce na přijatou zprávu).

Níže uvádíme grafické znázornění komunikačního procesu, tzv. komunikační model.

Obrázek č. 2 Komunikační model



1.4 Verbální komunikace

Verbální komunikaci chápeme jako vyjadřování pomocí slov, které se děje prostřednictvím jazyka. Do verbální komunikace zařazujeme nejen komunikaci ústní, ale také písemnou. Významnou součástí verbální komunikace jsou slova, která používáme. Volba vhodných slov ovlivňuje komunikační atmosféru, ale také výsledek komunikace (Vymětal, 2008).

Vymětal (2008) ve verbální komunikaci rozeznává:

- Dvě úrovně komunikační roviny – zařazuje zde rovinu emocionální a racionální.
- Formální a neformální druhy komunikace.
- Několik komunikačních stylů jako např. konvenční, konverzační, vyjednávací, operativní.

Racionální rovina komunikace odděluje jakékoli emoce a je základem komentování. Tato rovina se snaží udržet komunikaci v předem stanovených hranicích a umožňuje nám situaci rychle vyhodnotit, popř. dojít k závěru. Emocionální rovina na rozdíl od roviny racionální pracuje s emocemi, zabývá se formou podání určitého sdělení a umožňuje nám získat informace o odesílateli sdělení a jeho psychickém stavu. Komunikace, která je plánovaná, má určitý cíl a často bývá realizována jako neveřejná záležitost, bývá nazývána komunikací formální. Oproti tomu s komunikací neformální se můžeme setkat poměrně častěji a je pro nás výhodná z toho důvodu, že neklade nároky na přípravu.

S komunikací jako takovou souvisí velké množství komunikačních stylů. Jako příklad uvádíme následující styly:

- Styl konvenční, který si klade za cíl dodržet společenské zvyklosti a normy.
- Konverzační styl je využíván pro výměnu informací a umožňuje nám udržovat dobré interpersonální vztahy.
- Cílem vyjednávacího stylu je dosáhnout řešení tak, aby obě strany byly na stejné úrovni. Tímto stylem komunikace je tedy přijat kompromis, který je přijatelný pro všechny účastníky komunikace.
- Komunikační styl, ve kterém chybí emocionální vztahy a slouží často k vyřešení pracovních záležitostí, se nazývá operativní (Vymětal, 2008).

1.4.1 Porozumění v komunikaci

Porozumění v komunikaci je jednou z nejdůležitějších podmínek, prostřednictvím kterých se formují mezilidské vztahy. V komunikaci můžeme rozlišit dvě roviny - denotativní (obsahovou) a konotativní (vztahovou). Pod pojmem denotace si můžeme představit objektivní význam slova. Význam slova je univerzální, musí být tedy stejný pro všechny účastníky komunikace, kteří používají stejný komunikační kód. Konotativní stránka sdělení představuje určitý emocionální význam, který účastníci komunikace určitému slovu připisují. Konotace se tedy týká všeho, co můžeme ke slovu přiřadit vzhledem k naší osobní historii. Jedná se především o vzpomínky, představy a prožitky které v nás určitá slova vyvolávají. Význam slov je tedy určen v kontextu naší historie (De Vito, 2008).

V průběhu komunikace může docházet k určitým neshodám a nedorozuměním. To můžeme připisovat tomu, že každý jedinec používá při dorozumívání odlišné komunikační strategie. V souvislosti s touto problematikou a jejím řešením se často hovoří o nutnosti tzv. metakomunikace, přesněji tedy komunikace o komunikaci. Jedná se v podstatě o ujasnění si toho, jak spolu komunikujeme. Toto uvádí např. Schulz von Thun (2005).

Obtíže v interpersonální komunikaci se týkají každého, existují ale skupiny osob, které spadají do tzv. rizikových skupin. Primárně jsou zde zařazovány osoby s různými druhy narušení komunikačních schopností. V mezilidských vztazích se tyto obtíže následně projevují handicapem, který ICF chápe jako omezení účasti na společenském životě (Slowík, 2007).

1.4.2 Komunikační pohotovost

Komunikační pohotovost můžeme chápat jako rychlou reakci na nějaké sdělení. V minulosti byla tato schopnost chápána jako vrozená vlastnost, v současnosti začíná převažovat názor, že ji lze cíleným cvičením natrénovat. Základem komunikační pohotovosti je široká slovní zásoba (zejména aktivní) a slušnost, vztahující se ke všem účastníkům komunikace (Vymětal, 2008).

1.5 Komunikace s člověkem s afázií

Při komunikaci s osobami s afázií je potřeba mít na paměti, že se v řeči často vyskytují deformovaná slova, neologismy, objevují se obtíže s pojmenováním předmětů (anomie), řeč je rychlá až nesrozumitelná nebo naopak výrazně pomalá. Je tedy nutné zachovat trpělivost a poskytnout komunikačnímu partnerovi dostatek prostoru pro vyjádření. Je doporučováno mluvit pomalejším tempem, volit kratší a jasně strukturované věty popř. doplňovat promluvu výraznými neverbálními projevy. Osoby s afázií jsou při komunikaci také více unavitelné, a proto bychom měli mít na paměti, že hovory by neměly být příliš dlouhé a měli bychom eliminovat okolní rušivé jevy. Vhodnější je individuální komunikace než komunikace skupinová. Dobré je komunikaci doplnit také alternativními nebo augmentativními formami jako jsou např. obrázkové slovníky, fotografie nebo piktogramy (Slowik, 2010).

2 AFÁZIE – VYBRANÉ KAPITOLY

Diagnóza afázie jakožto porucha jazyka je v současné době velmi často používaným termínem. Nejedná se o diagnózu, která se pojí jen k věkově starší populaci, jak je mnohdy laickou veřejností vnímáno, ale stále častěji se týká také mladší populace. V následující kapitole budeme specifikovat terminologii, etiologii, klasifikaci afázie, přiblížíme také syndromy a diagnostické možnosti.

2.1 Terminologie

Termín afázie se v odborné literatuře objevuje již od roku 1861, kdy byla popsána léze v levém frontálním laloku a Pierre Paul Broca ji spojil s tzv. motorickou afázií. Krátce po zveřejnění Brocových poznatků začal Carl Wernicke se svým vlastním výzkumem. Všiml si, že ne všechny jazykové deficity byly výsledkem poškození Brocovy oblasti. Zjistil, že při lézi levého temporálního laloku vzniká tzv. senzorická afázie (Kulišťák, 2011; Wikipedia: Carl Wernicke, 2016).

Při stanovení diagnózy afázie jsou zasaženy tzv. fatické funkce. Hartl, Hartlová (2010) uvádí, že se jedná o zasažení oblasti, která se týká řeči. Jsou tedy zasaženy schopnosti, jako jsou mluva, čtení, psaní, počítání, rozumění řeči a to jak mluvené, tak psané zprávě.

Při definování afázie narážíme v odborné literatuře na jistou terminologickou nejednotnost. V rámci české logopedie pracujeme s termínem afázie jako s poruchou již vybudované schopnosti komunikace. V západních zemích předpony a- a dys- označují stupeň poruchy. Termín afázie je odvozen z řeckého phasis-, tedy řeč, a a- označuje zápor (Čecháčková, 2007; Peutelschmiedová, 2005).

Afázie je dle MKN-10 zařazena pod kód R 47.0 (Dysfázie a afázie). Je včleněna mezi poruchy jazyka, konkrétně je specifikována jako neschopnost porozumět jazykovým symbolům a také neschopnost tyto symboly používat. Jedná se o ztrátu schopností dorozumívát se prostřednictvím řeči a to jak mluvené, čtené nebo psané. Afázie vzniká na základě organického původu jako následek ložiskové léze korových a podkorových oblastí mozku. Spadá tedy do okruhu získané orgánové nemluvnosti a projevuje se obtížemi v oblasti čtení, psaní, porozumění, ale také v produkci řeči (Cséfalvay, Traubneu, 1996; Dvořák, 2007; Peutelschmiedová, 2005; Rosenbek, LaPointe, Wertz, 1989).

Cséfalvai, Barteková (2007) chápou afázii jako získanou poruchu porozumění a produkce řeči, jejíž vznik je podmíněn ložiskovým poškozením mozku zejména v kortikální oblasti. Stupeň afázie je dán rozsahem a lokalizací mozkové léze, kdy nejzávažnější typy vznikají v případě poškození fronto-temporo-parietálních oblastí mozku. Nejčastěji se jedná o oblast arteria cerebri media, která bývá zasažena okluzí nebo stenózou.

Král a kol. (2012) definuje afázii jako získanou poruchu vnitřní řeči, kterou zařazuje mezi symbolické funkce, tedy schopnost pochopit, uchovat a vyjádřit myšlenky prostřednictvím slov a to jak verbálně, tak graficky (např. prostřednictvím četby nebo písma).

Hrnčiarová (2010) uvádí, že výzkumy neuropsychologů jako např. Luria nebo Cvetková poukazují na fakt, že v případě přítomnosti afázie dochází k celkovému rozpadu psychiky daného člověka. Odborníci také poukazují na výrazný psychosociální dopad tohoto typu narušené komunikační schopnosti. Uvádí se, že specifická léčba afázie jako takové přímo neexistuje, ale terapie v oblasti jazykových dovedností výrazně pomáhá při zotavování (Merck Manual, 2016).

2.2 Etiologie afázie

Etiologie se vztahuje k organické lézi mozku, která může být ložisková nebo difuzní. Afázie tedy vznikají na základě několika příčin. Jedná se o cévní mozkové příhody, traumatické poškození mozku, mozkové nádory popř. infekce, zánětlivá a degenerativní onemocnění mozku (Čecháčková, 2007; Neubauer, 2007).

2.2.1 Cévní mozkové příhody

Vzhledem k četnosti se jedná o nejčastější příčinu afázií. Cévní mozkové příhody vznikají náhle a můžeme je dělit do dvou kategorií:

- Cévní mozkové příhody hemoragické.
- Cévní mozkové příhody ischemické.

Cévní mozkové příhody hemoragické se projevují krvácením. Z celkového počtu mozkových příhod se 20% z nich projevuje krvácivým procesem. Jedná se o rupturu tepny s následným krevním výlevem do mozkové tkáně. Mezi příčiny krvácení můžeme zařadit

hypertenzi, ruptury aneuryzmatu, mozkové nádory nebo úrazy hlavy. V případě úrazů hlavy vzniká hematoma, který se může vstřebat (často v případech kdy je malý), nebo může začít utlačovat okolní mozkovou tkáň a tím dochází ke vzniku syndromu nitrolební hypertenze – zpomalení tepu, zvýšení krevního tlaku, ztráty vědomí. Krvácení může zasáhnout kteroukoli oblast mozku, nejčastěji se ale jedná o krvácení do oblasti bazálních ganglií, mozkových laloků, mozkového kmene nebo mozečku. Méně časté bývá tzv. subarachnoideální (intermeningeální) krvácení, které vzniká v místě větvení tepen. Dochází při něm ke krvácení do likvorových cest mezi pavučnicí a měkkou plénou (dojde tedy k výlevu krve mezi mozkové pleny). Příčinou tohoto typu krvácení je často ruptura aneuryzmatu, tedy vrozeného oslabení cévní stěny (Čecháčková, 2007; Neubauer, 2007).

Příčinou cévních mozkových příhod ischemických bývá systémová hypoperfuze, při které dochází ke snížení průtoku krve z důvodu srdeční choroby nebo poklesu krevního tlaku. Dále je uváděna trombóza mozkových cév, kdy dochází ke srážení krve v cévách z důvodu arteriosklerózy (tvrdnutí tepenné stěny a zúžení cév). Poslední příčinou jsou tzv. embolie, tedy uzavření mozkové tepny krevní sraženinou. Průběh embolie je rychlý na rozdíl od trombózy, která se vyvíjí pozvolna (Čecháčková, 2007; Neubauer, 2007).

Hallé, Le Dorze (2013) uvádí, že 75% osob po cévních mozkových příhodách mívají mírné až těžké následky, které ovlivňují tělesné, kognitivní, smyslové a komunikační schopnosti i přes fakt, že jim byla poskytnuta rehabilitační péče.

2.2.2 Traumatické poškození mozku

Jedná se o druhou (hned po cévních mozkových příhodách) nejčastější příčinu vzniku afázií. V současné době se zvyšuje počet dopravních nehod s následky, které se promítnou také v poškození mozku. Z celkového počtu všech dopravních nehod je polovina doprovázena úrazy mozku. Do této kategorie můžeme zařadit otřes mozku (comotio cerebri). Jedná se o krátkou ztrátu vědomí, při níž nedochází ke vzniku fatické poruchy. Dále zde zařazujeme zhmoždění mozku (contusio cerebri). V případě středně těžkého zhmoždění bývá přítomna afázie, ale mívá dobrou prognózu. U těžkých stavů zhmoždění mozku dochází k bezvědomí v trvání několika hodin. Nejtěžší formou je tzv. apalický syndrom. Jedná se o bezvědomí různého stupně, při kterém je typické tzv. coma vigile (pacient má otevřené oči, ale nereaguje na podněty z okolí). Tento stav může trvat několik

dní, měsíců nebo let (Čecháčková, 2007; Neubauer, 2007; Velký lékařský slovník: apalický syndrom, 2016).

2.2.3 Mozkové nádory

Afázie může vzniknout také při tumoru mozku. Skutečnost, zda se afázie objeví nebo ne záleží na lokalizaci tumoru. Histologická povaha není pro vznik afázie rozhodující. Z této příčiny nejčastěji vzniká primární progresivní afázie. Ohrožující jsou také metastázy primárně jinde lokalizovaných nádorů (Čecháčková, 2007; Neubauer, 2007).

2.2.4 Zánětlivá onemocnění mozku

Při zánětlivých onemocněních mozku bývá postižena mozková tkáň, ale také mozkové pleny. Původcem zánětů bývá virus, popř. se zánět může vyskytnout jako sekundární důsledek např. po příušnicích nebo zánětu středouší (Čecháčková, 2007).

2.2.5 Degenerativní onemocnění CNS

Odborná literatura se v souvislosti s degenerativním onemocněním nejčastěji zmiňuje o vztahu afázie a Alzheimerovy nemoci. Afázie, která může být součástí Alzheimerovy nemoci, mívá kolísavý průběh - v různém časovém úseku se tedy vyskytuje regrese nebo progresse stavu (Čecháčková, 2007).

2.2.6 Intoxikace mozku

V poslední době je zaznamenán větší výskyt konzumace alkoholu popř. drog. Nepříznivý vliv těchto látek se může odrazit v poruchách komunikace, ale také v deterioraci osobnosti (Čecháčková, 2007).

2.3 Symptomatologie afázie

Afázie je řazena do kortikálních poruch, které v sobě zahrnují celý komplex symptomů, které jsou ale velmi různorodé a mohou se objevovat v různé míře. V následující kapitole se zaměříme na stručné nastínění základních symptomů afázie, jelikož podrobnější specifikací jednotlivých syndromů se budeme zabývat až v následujících kapitolách.

2.3.1 Parafázie

Jak uvádí Čecháčková (2007), jedná se o nejtypičtější symptom afázií. Hovoří o tzv. deformaci slov v různém stupni a parafázie rozdělujeme na tři základní typy: fonemickou, žargonovou a sémantickou. Při fonemické parafázii pacient slovo deformuje, ale komunikační partner je většinou schopen porozumět jeho významu. Často tedy dochází pouze k záměnám jednotlivých fonémů. V případě, že je slovo změněno takovým způsobem, že již nelze porozumět jeho významu, hovoříme o tzv. žargonové parafázii. Posledním typem je sémantická parafázie, která se projevuje tím, že pacient má obtíže s vybavením si slova a z toho důvodu jej nahrazuje slovem podobným, nebo použije opis.

2.3.2 Parafrázie

Jedná se o obtíže, které se projevují v neschopnosti vyjádření se ve větách. Tento symptom je typický pro expresivní typ afázie. Pacient často místo celé věty používá pouze slovní trosku a tou vyjadřuje celou větu (Čecháčková, 2007).

2.3.3 Narušené porozumění

Poruchy porozumění jsou u osob s afázií častým symptomem, ale nemusí být odhaleny ihned. Obtíže s odhalením spočívají v tom, že pacient často pracuje s danou situací a celkovým kontextem, proto se nám může zdát, že oblast porozumění není zasažena. Toto se může objevit i u pacientů s těžkým deficitem v této oblasti. Schopnost porozumění je velmi významná při diagnostice, protože v případě, že se diagnostika zaměřuje na jinou oblast a pacient není schopen porozumět výzvě, je hodnocení zkreslené (Čecháčková, 2007).

2.3.4 Perseverace

Jedná se o tzv. ulpívání na předchozím podnětu a to i v případě, že daný podnět již není aktuální. Perseveraci je nutné odlišit od echolálie, která se vyznačuje opakováním slov, které jsou slyšeny u druhých osob (Čecháčková, 2007).

2.3.5 Logorhea

Logorheu můžeme charakterizovat jako nadměrně rychlou mluvu, při které dochází ke snížení srozumitelnosti a to z důvodu výskytu žargonových parafází v řeči. Je typická pro receptivní typy afázie. Jako normální řečovou produkci chápeme použití 120 slov za minutu. V případě, že se produkce zvýší na 200 slov za minutu a více, hovoříme již o hyperfluenci (Čecháčková, 2007).

2.3.6 Anomie

Jedná se o poruchu pojmenování, která je typická pro amnestickou afázii. Je to tedy neschopnost pojmenovat určitý předmět (Čecháčková, 2007).

2.3.7 Další typické symptomy

Mezi další typické symptomy bychom mohli zařadit získané formy poruch čtení, psaní, kalkúlie, pravopisu a praxie, před které zařazujeme předponu a-. Jedná se tedy o alexii (získané narušení v oblasti čtení), agrafii (získané narušení v oblasti psaní), akalkúlii (získané narušení v oblasti počítání), agramatismus (získané narušení v oblasti použití pravopisu) a apraxii (získané narušení v oblasti vykonání naučených pohybů). To uvádí Vitásková (2005) nebo Koukolík (2012).

2.4 Klasifikace afázií

Pro klasifikaci afázií je typická jistá nejednotnost, která je způsobena různými afaziologickými školami. Jednotná klasifikace tedy do současné doby ještě nebyla vytvořena a to také z důvodu, že v současné době na afázie pohlížíme jako na komplexnější problém - fatickou poruchu zařazujeme do oblasti poruch kortikálních funkcí. Existuje tedy několik klasifikací, které se zaměřují na dělení afázií z různých pohledů (Čecháčková, 2007). Nejčastěji používanou v českém prostředí je tzv. Bostonská klasifikace. Jako další uváděné jsou také neuropsychologická klasifikace dle Luriji, Hrbkova klasifikace, klasifikace dle Čecháčkové nebo Neubauera, Kimlova klasifikace popř. klasifikace dichotomická, které specifikujeme níže.

2.4.1 Bostonská klasifikace

Tato klasifikace rozděluje afázie na fluentní a nonfluentní typy. Pacienti s fluentními typy afázie mluví bez zvýšeného úsilí, v mluvě používají dlouhé věty. Gramatika a prozodické faktory řeči jsou u nich zachovány v různém stupni. Pro nonfluentní typy je charakteristické pomalé tempo řeči, velká námaha při artikulaci a řeč je celkově obtížně srozumitelná až nesrozumitelná popř. není tvořena (Cséfalvay, 2009).

Následující tabulka shrnuje jednotlivé typy afázií dle náhledu Bostonské klasifikace. Jednotlivé syndromy budeme specifikovat v následujících kapitolách.

Tabulka č. 1 Dělení afázií dle Bostonské klasifikace

Fluentní typy	Wernickeho	Nonfluentní typy	Brocova
	anomická		globální
	konduktivní		transkortikální motorická
	transkortikální sensorická		transkortikální smíšená

2.4.2 Neuropsychologická klasifikace

Lurija ve své klasifikaci zdůrazňuje tzv. funkční bloky a kortikální zóny v mozku. Symptomy jednotlivých fatických funkcí mají dle něj různou lokalizaci poškození. Zdůrazňuje tzv. funkční bloky – blok aktivace (pracuje na recepci informací), blok příjmu, přepracování a uchování informací, blok programování a kontroly činnosti. Dle neuropsychologické klasifikace se na fatických funkcích podílí různé části mozku, ne pouze izolovaná mozková centra (jak tvrdili např. lokalizacionisté jako Broca nebo Wernicke). Lokalizace jednotlivých funkčních systémů se může měnit v průběhu vývoje jedince zráním, učením a dalšími procesy. Při poranění určité části mozkové kůry tedy nedochází k vyřazení jedné funkce, ale dojde k narušení celé skupiny procesů. (Cséfalvay, 2003; Koukolík, 2002).

Tabulka č. 2 Dělení afázií dle Lurijovy klasifikace

Léze precentrálních lokalit
1. dynamická afázie
2. eferentní motorická afázie
Léze postcentrálních lokalit
1. aferentní motorická afázie
2. akusticko-mnestická afázie
3. senzorická afázie
4. sémantická afázie
5. amnestická afázie

Při lézích precentrálních lokalit se mohou vyskytnout dva druhy afázie. Jedná se o dynamickou a eferentní motorickou formu. Nejvíce charakteristickými znaky dynamické afázie jsou obtíže při vyjádření myšlenek, vyskytují se agramatismy a obtíže ve vyjadřování sloves. Zachována je schopnost opakování a jmenování předmětů. Eferentní afázie je porucha plynulého přechodu artikulace z jedné hlásky na druhou (to je způsobeno poruchou inervace a denervace), je narušena organizace pohybů. Mohou se vyskytovat perseverace nebo telagrafický styl řeči (Cséfalvay, 2003; Čecháčková, 2007).

Léze postcentrálních lokalit zahrnují afázii aferentní motorickou, akusticko-mnestickou, senzorickou, sémantickou a amnestickou. Pro aferentní motorickou afázii jsou charakteristické obtíže při hledání správné polohy jazyka a rtů při artikulaci. Mohou se také vyskytnout poruchy čtení, psaní a prostorové orientace. Akusticko-mnestická afázie se projevuje poruchami sluchovo-řečové paměti. Pacient není schopen zapamatovat si krátký

sled zvuků, slabik nebo slov při uvědomění poruchy. Obtíže ve fonemické diferenciaci a porozumění řeči jsou typické pro sensorický typ afázie. Pacienti se sémantickou afázií mají narušeno dekódování logicko-gramatických struktur, dochází k rozpadu početních operací a vyskytují se obtíže v orientaci na mapě popř. na hodinách. Posledním typem afázie dle Lurijovy klasifikace je afázie amnestická. Jedná se o poruchu vizuální reprezentace slov, která je doprovázena poruchou sémantických schémat (Cséfalvay, 2003; Čecháčková, 2007).

2.4.3 Hrbkova klasifikace

Dle Hrbkovy klasifikace je afázie zařazena do poruch kortikálních funkcí tzn., že zahrnuje také poruchy grafie, lexie, gnozie (včetně somatognozie), kalkule, obtíže v prostorové orientaci a poruchy v orientaci místem a časem. Tato klasifikace vychází z teorie, že mozková kůra je tvořena komplexem specifických analyzátorů a neuroefektorů, které jsou řízeny tzv. integrátory (Čecháčková, 2007). Dle Hrbka základní mechanismus řeči tvoří soustava šesti korových okrsků, které zmiňujeme v níže uvedené tabulce.

Tabulka č. 3 Dělení afázií dle Hrbkovy klasifikace

Proprioceptivně logestetický okrsek (PL)	Iniciace mluvního projevu Programátor vnitřní řeči Operátor mluvené a psané řeči Koordinace přidružených soustav
Proprioceptivně grafestetický okrsek (PG)	Tvorba plánu písma Převod logestetických a optických podnětů
Logomotorický okrsek (LM)	Řídí mluvenou řeč
Grafomotorický okrsek (GM)	Řídí výkon písma
Akustický okrsek (A)	Vnímání slyšené mluvy
Optický okrsek (O)	Zodpovědný za vnímání písma

Čecháčková (2007) uvádí, že chybou Hrbkova pojetí afázií je popření významu Wernickeova sluchového centra. Přínosem je naopak zdůraznění významu parietálního laloku a fakt, že v popředí zájmu jsou kromě řečových obtíží také kognitivní a gnostické procesy.

Hrbkova klasifikace dále dělí afázie na nukleární a disjunktivní. V případě poškození jádra určité kortikální oblasti vznikají afázie nukleární, disjunktivní vznikají při narušení spojů mezi jádry, tedy okrsky (Čecháčková, 2007).

2.4.4 Olomoucká klasifikace

Představitelkou olomoucké klasifikace je Miloslava Čecháčková, která působí na Neurologické klinice FN Olomouc. Toto pojetí používá dělení, které čerpá z Hrbkovy klasifikace, ale je doplněno o nové poznatky, které vyplývají z dlouhodobých zkušeností s diagnostikou a terapií u osob s diagnózou afázie. Klasifikace uvádí, že lokalizace léze v určitém mozkovém laloku bývá charakterizována určitými specifickými symptomy (Čecháčková, 2007).

Olomoucká klasifikace tedy rozlišuje:

- Expresivní afázii.
- Integrační afázii.
- Percepční afázii.
- Amnestickou afázii.
- Globální (totální) afázii.

Expresivní afázie je charakterizována neschopností větného vyjádření (parafrázie) a obtížemi v utváření slov. Vyskytuje se pomalá a neplynulá mluva s výskytem deformací slov různého stupně tzv. parafrázie. U nejtěžších typů expresivních afázií dochází k výskytu tzv. slovních trosek. Bývá narušeno čtení (včetně chápání obsahu) i psaní. Rozumění mluvené řeči bývá zachováno. Vznik tohoto typu afázie bývá přisuzován lézím frontálního laloku popř. lézím parietofrontálního a frontotemporálního pomezí (Čecháčková, 2007).

Integrační afázie vzniká při lézích parietálního laloku nebo parietotemporálního a parietofrontálního pomezí. Pro tento druh afázie je typický tzv. Gerstmannův syndrom, při kterém se objevují obtíže v pravolevé orientaci, vyskytuje se akalkulie, agrafie a agnozie prstů ruky. V souvislosti s Gerstmannovým syndromem se zvedla také velká vlna kritiky a to v závislosti na faktu, že syndrom je velice vzácný, ale bývá diagnostikován i přes fakt, že nejsou přítomny všechny čtyři symptomy (Čecháčková, 2007; Love, Webb, 2009).

Pacienti s integrační afázií mají také obtíže ve čtení, vyskytují se poruchy verbální paměti a obtíže se spontánní kresbou popř. kresbou na příkaz (obkreslování může být zachováno). V případě dobrých akustických a komunikačních podmínek nebývá narušeno porozumění (Čecháčková, 2007; Love, Webb, 2009).

Percepční afázie je charakteristická narušením dekodování a rozumění řeči. U tohoto typu se vyskytuje tzv. logorhea (rychlá mluva se sníženou srozumitelností, překotný tok řeči), ale nemusí být přítomna vždy. Vyskytují se výrazné obtíže při porozumění řeči včetně své vlastní. Častá je také tzv. anosognozie, tedy neuvědomování si poruchy. V řeči se vyskytují neologismy, perseverace, bývá narušena grafie, lexie i kresba. Příčinami tohoto typu afázie jsou léze zadní části horního temporálního závitu a temporoparietálního pomezí (Čecháčková, 2007).

Nejlehčí formou afázie je afázie amnestická (anomická). V řeči se vyskytují latence z důvodu rozpomínání si na dané slovo. Vyskytují se obtíže při pojmenování, s čímž souvisí tzv. sémantické parafázie (pacient místo pojmenování předmětu popisuje jeho funkci). Mohou se objevit mírné obtíže v grafii např. vynechávání písmen, opomenutí interpunkčních znamének nebo nedokončování vět. Porozumění a opakování nejsou výrazně narušeny. Tento typ se může vyskytnout samostatně nebo může být součástí jiných typů afázie. Vznik bývá spojován s lézemi parietálního laloku (Čecháčková, 2007).

Při zasažení všech kortikálních funkcí vzniká nejtěžší typ afázie – globální (totální). Tento typ je typický pro první hodiny po zasažení mozku, tedy v akutním stádiu onemocnění. Později může přecházet v jiné typy, ale při výrazném zasažení mozku často přetrvává beze změn. Pacienti nejsou schopni řečové produkce ani porozumění řeči a bývají často dezorientováni (Čecháčková, 2007).

2.4.5 Kimlova klasifikace

Kimlova klasifikace se zaměřuje na míru lingvistického deficitu a jednotlivé typy afázií jsou popisovány vzhledem k foniatrickému hledisku (Čecháčková, 2007). Klasifikace uvádí tři základní typy, které níže specifikujeme v následující tabulce.

Tabulka č. 4 Dělení afázií dle Kimlovy klasifikace

Motorická afázie (aphasia motorica)	typ jargon	Neologismy Žargonové parafrázie Narušení kalkule a grafie Obtíže s chápáním větných příkazů
	typ anartrie	Obtíže s artikulací Porozumění je zachováno
Senzorická afázie (aphasia sensorica)	typ jargon	Žargonové parafrázie Neologismy (lze ale pochopit smysl sdělení) Narušeno porozumění na různém stupni
	typ dyslogický	Slovní zmatenost Řeč beze smyslu
Totální afázie (aphasia totalis)	/	Obtíže s porozuměním a vyjadřováním

2.4.6 Dichotomická klasifikace

Tato klasifikace bývá jedním ze základních členění afázií, kterou rozděluje do dvou skupin – receptivní (percepční) afázie a expresivní afázie. Toto členění navrhli v roce 1935 neurolog Theodore Weisenburg a psycholožka Katarine McBride. Klasifikace zdůrazňuje zejména lokalizaci léze. Expresivní afázie bývají spojovány s lézemi předních oblastí mozku, receptivní zejména s lézemi zadními. V souvislosti s výkonem ve spontánní řečové produkci uvádí dělení afázií na fluentní a nonfluentní typ (Love, Webb, 2009).

2.5 Syndromy afázie

Při stanovování tzv. syndromů afázie se v současnosti stále častěji používá Bostonská klasifikace, která pomáhá zlepšit interdisciplinární spolupráci mezi lékaři a logopedy. Tato klasifikace pracuje se čtyřmi parametry řeči – spontánní řeč, porozumění řeči, opakování a pojmenování (Cséfalvay, 2007).

2.5.1 Brocova afázie

Brocova afázie vzniká v případě léze v oblasti Brocovy arey (Br. 44, 45) včetně oblastí, které leží před a za touto oblastí. V některých případech bývá zasažena postcentrální oblast mozkové kůry dominantní hemisféry popř. subkortikální oblast frontálního laloku (Cséfalvay, 2007; Král a kol, 2012).

Tempo řeči u osob s Brocovou afázií je zpomaleno, jedná se tedy o nonfluentní typ afázie. Tvorba spontánní řeči je namáhavá a v některých případech redukována na jednoslovné výpovědi. Vyskytují se obtíže při vyhledávání slov z mentálního slovníku, což má za důsledek neplynulost řeči. Porozumění bývá na dobré úrovni v případech tzv. funkčního porozumění, např. při běžném rozhovoru pacient nemá výrazné obtíže v této oblasti z důvodu pochopení kontextu. Porozumění izolovaným slovům nebo jednoduchým větám bývá na dobré úrovni. Obtíže mohou nastat při porozumění syntakticky obtížnějším větám, zejména při výskytu syntaktických prvků, které pacientům činí obtíže také při produkci řeči. U tohoto typu afázie se vyskytuje snížení řečové produkce, dysprozódie a agramatismy (jedná se o redukci neplnovýznamových prvků jazyka, jako jsou předložky, spojky, koncovky, ale při zachování podstatných jmen, přídavných jmen a sloves). V mnoha případech se vyskytuje řečová apraxie a dysartrie (jedná se o narušenou komunikační schopnost motorického charakteru). Opakování je narušené vždy, pojmenování předmětů nebo obrázků je oslabeno. Při hlasitém čtení a porozumění čtenému pacientů chybují. Při psaní se vyskytují pravopisné chyby a vynechávání grafémů, což znesnadňuje také častý výskyt pravostranné hemiparézy (Cséfalvay, 2007; Král a kol, 2012; Love, Webb, 2009).

2.5.2 Globální afázie

Vznik globální afázie je přisuzován poškozením v tzv. perisylvické oblasti dominantní mozkové hemisféry. Nejčastěji se jedná o okluzi nebo stenózu arteria ministra cerebri media, arteria cerebri interior popř. rozsáhlé krvácení ve frontálním, temporálním nebo parietálním mozkovém laloku. V iniciálním stádiu nemoci bývá v klinickém obraze přítomen tento typ afázie, poté se buď zmírní (spontánně nebo prostřednictvím farmakoterapie) v jiný typ nebo zůstává jako trvalý jev. Výrazně je zasažena produkce řeči, často dochází k perseveracím slabik nebo ke stereotypnímu opakování neologismů. Komunikace sama o sobě je pro tyto pacienty obtížná, protože se nemohou opřít téměř o žádnou efektivní strategii. Často dochází také k selhávání alternativních forem komunikace, jako je např. kresba nebo psaní. Deficity porozumění můžeme pozorovat již při prvním kontaktu s pacientem. V případě, že je řeč doprovázena gesty nebo mimikou, mohou se vyskytovat přiměřené reakce. Výrazné narušení můžeme také pozorovat v oblasti lexie a grafie. Pacienti mohou využívat modulovanou fonaci a v některých případech dochází také k opakování jednoduchých slov. Je uváděno, že porozumění bývá

na lepší úrovni než řečová produkce. Toto je dáno tím, že často dochází k porozumění neverbální komunikaci prostřednictvím gest, řeči těla, mimiky, jak jsme již zmínili výše. Tito pacienti mají výrazně narušeno také opakování (Cséfalvay, 2007; Love, Webb, 2009).

2.5.3 Smíšená transkortikální afázie

Transkortikální afázie smíšená vzniká při lézích mimo perisylvickou oblast, konkrétně v hraničním pásmu mezi řečištěm arteria cerebri anterior, arteria cerebri media a arteria cerebri posterior. Obvykle jsou tedy zasaženy vaskulární hraniční pásma levé hemisféry. Klinický obraz tohoto typu afázie je velmi podobný obrazu globální afázie. Rozdíl mezi těmito dvěma druhy můžeme spatřovat v lépe zachované schopnosti reprodukovat slova nebo automatizované fráze u smíšené transkortikální afázie. Řeč těchto pacientů je výrazně echolalická a velmi často se vyskytují řečové perseverace. Deficitní je spontánní řečová produkce, ale také pojmenování. Mohou se vyskytovat také deficity zrakového pole nebo jiné neurologické poruchy. Výskyt tohoto typu afázie je poměrně vzácný (Cséfalvay, 2007; Love, Webb, 2009).

2.5.4 Transkortikální motorická afázie

Vznik je přikládán lézím v oblasti řečiště arteria cerebri anterior, jedná se tedy o části před Brocovou areou v blízkosti suplementární motorické oblasti. Tento typ afázie je považován za nonfluentní, vyskytuje se minimální řečová produkce, která má echolalický charakter. Typická je celková adynamie, která se týká nejen řečového projevu, ale také celkového chování. Porozumění bývá narušeno méně než expresivní složka řeči. Jedná se zejména o obtíže v porozumění syntakticky složitějším strukturám. Porozumění slovům může být zachováno, stejně tak jako lexie. Grafie bývá zatížena pomalým tempem, které pravděpodobně souvisí s celkovou adynamií (Cséfalvay, 2007).

2.5.5 Transkortikální senzorická afázie

Transkortikální senzorická afázie vzniká při poškození zadních oblastí temporálního laloku, konkrétně u rozhraní temporálního a okcipitálního laloku. Tento typ afázie je fluentní, ale komunikační hodnota je velmi nízká z důvodu častého výskytu parafází. Typická je schopnost reprodukovat slova, někdy také delší věty bez porozumění jejich významu. Výrazně je narušeno psaní, zejména spontánní písemný projev, formální stránka

může být nenarušena např. opisování slov a vět. Při čtení izolovaných slov nemusí docházet k chybovosti, obtíže se projeví až při porozumění čteným slovům nebo větám (Cséfalvay, 2007).

2.5.6 Wernickeho afázie

Důvodem vzniku Wernickeho afázie jsou léze temporálního laloku v oblastech Brodmanovy arey 22, popř. oblastí sousedících (Brodmanova area 21, 37). Produkce řeči není zasažena (spontánní řečová produkce může být v některých případech zrychlena tzv. logorhea), řeč je dobře artikulovaná, ale často se vyskytují neologismy a velké množství parafrází (na úrovni lexikální ale také fonologické). Výpovědní hodnota sdělované informace bývá často nulová a typický je výskyt tzv. prázdných slov (slova s nulovou informační hodnotou např. jakoby, teda). Někdy bývají narušeny také prozódické faktory řeči, nejčastěji se jedná o tzv. hyperprozódii. Schopnost opakování je narušena již na úrovni slov. Těžce porušeno je porozumění řeči, jak mluvené, tak psané a jedná se o dominující symptom. Obtíže se vyskytují také v lexii. U některých pacientů může být zachována schopnost hlasitého čtení izolovaných slabik nebo slov, ale k porozumění významu slova již nedochází. Formální stránka grafie může být zachována, ale ve spontánním grafickém projevu se často vyskytují paragrafie (Cséfalvay, 2007; Král a kol, 2012; Love, Webb, 2009).

2.5.7 Konduktivní afázie

Důvodem vzniku konduktivní afázie jsou léze v oblasti gyrus supramarginalis, je zasažen fasciculus arcuatus dominantní hemisféry. Jako druhé nejhlavnější místo zasažení je uváděna auditorní asociační area temporálního laloku. Typické pro tento druh afázie jsou fonémické parafrázie ve slovech, které nejsou konzistentní. Při spontánní řeči se obtíže ve vyslovování slov nemusí vyskytovat (nejčastěji v případech, kdy se pacient na svou artikulaci nesoustředí). Při řeči jsou typické pauzy, zaváhání, obtíže v nalezení slov a z těchto důvodů se řeč jeví jako dysprozodická. Výrazně hůře než spontánní řeč je zasaženo opakování, to je ovlivněno také délkou a četností užívání slov (produkce dlouhých a méně známých slov je horší než u slov kratších a častěji frekventovaných). Nebývá narušeno porozumění řeči. Pacienti dosahují lepších výkonů při tichém čtení, výskyt chyb se vyskytuje až u čtené hlasitého, časté jsou paralexie. Oblast psaní je mírněji zasažena při spontánní produkci než při diktátu slov (Cséfalvay, 2007; Love, Webb, 2009).

2.5.8 Anomická afázie

Obtíže s vybavováním slov tzv. anomie jsou přítomny u mnoha jiných typů afázie, ale také u většiny typů demencí. Pokud je ale anomie jedním z nejnápadnějších symptomů syndromu afázie, můžeme hovořit o tzv. anomické afázii. Předpokládalo se, že tato afázie vzniká na základě léze v oblastech gyrus supra marginalis a gyrus angularis. V současné době převládá názor, že anomická afázie nemá přesnou lokalizaci. Je chápána jako fluentní s výraznými nedostatky ve vyhledávání slov v mentálním slovníku. Opakování, čtení a porozumění řeči bývá zachováno. Psaní bývá narušeno pouze mírně, popř. se vyskytují sémantické paragrafie, tedy záměny slov, které mají podobný význam. Tento typ afázie je obtížné odhalit, jelikož pacienti své deficity dokážou dlouhou dobu kompenzovat např. využíváním synonym v řeči. Typickým symptomem je tzv. cirkumlokuce, tedy opisy slov, které si pacient nemůže vybavit. Anomická afázie bývá často reziduem po úpravě jiného typu afázie nebo je samostatnou diagnózou (Cséfalvay, 2007; Král a kol, 2012; Love, Webb, 2009).

2.5.9 Progresivní afázie

Odborná literatura se v poslední době začíná také zmiňovat o syndromu progresivní afázie, jehož častým příznakem jsou právě výše popsané obtíže ve formě anomíí. Je definována jako degenerativní porucha, která nastupuje v období dospělosti a postihuje jazykové oblasti. Dochází k postupnému rozpadu jazykových funkcí, přičemž ostatní rozumové schopnosti zůstávají zachovány. Inteligenční kvocient se pohybuje v rámci normy, ale dochází k častým anomíím (ty bývají prvním příznakem), obtížím ve sluchovém porozumění, poruchám čtení, deterioraci verbální paměti a poruchám hláskování (Love, Webb, 2009).

2.5.10 Subkortikální afázie

Již před lety byla odborníky vyslovena teorie, že obtíže v oblasti jazyka mohou vznikat i při zasažení subkortikálních oblastí. Prokázání této teorie je pojeno až s rozvojem moderních zobrazovacích metod v neurologii. Subkortikální afázie vzniká zejména při poškození oblasti thalamu a bazálních ganglií. Je uváděno, že subkortikální afázie jsou přechodného charakteru, ale teorie se v současné době ještě neopírají o dostatek důkazů. V důsledku thalamické léze se objevuje fluentní řečová produkce, která se ale pojí

s neologismy a sémantickými parafrázemi. Nebývá narušeno opakování a porozumění včetně porozumění čtenému. Může se přidružovat také snížení hlasové síly, obtíže s výbavností slov, perseverace a nespontánní řečová produkce. Uvádí se, že v souvislosti s lézemi bazálních ganglií neexistují žádné typické klinické rysy (Love, Webb, 2009).

2.6 Diagnostika afázie

V průběhu diagnostiky afázie se můžeme zaměřit na několik klíčových oblastí. Na začátku procesu se snažíme zhodnotit, zda se u pacienta v klinickém obraze vůbec objevuje afázie (hovoříme o tzv. screeningu afázie). V případě, že je afázie přítomna je diagnostika zaměřena na stanovení jejího typu a stupně, k čemuž využíváme kvalitativně nebo kvantitativně zaměřený diagnostický materiál, tzv. komplexní testy. Po stanovení typu a stupně afázie se zaměřujeme na funkční komunikaci, která je odrazem každodenní komunikace pacienta. Jako poslední se snažíme analyzovat a popsat určité specifické symptomy. V poslední době je důležitým okruhem také diagnostika bilingvních pacientů (Cséfalvay, 2007; Cséfalvay, Košťálová, 2013).

Při vyšetřování afázií bychom měli využít komplexního pohledu a zaměřit se nejen na spontánní řeč a porozumění pacienta, ale také schopnost opakování, pojmenování, psanou formu řeči, tedy čtení a psaní. Diagnostika spontánní řeči nám umožní rozlišit fluentní a nonfluentní typ afázie popř. analyzovat gramatickou adekvátnost nebo obsah informací a to nejčastěji prostřednictvím popisu obrázku nebo rozhovoru. Oblast porozumění řeči se zaměřuje na porozumění slovům, větám, složitějším instrukcím, ale také porozumění složitým gramatickým strukturám. Schopnost opakování nám umožní diferencovat konduktivní a transkortikální afázie. Oblast psané formy řeči hodnotí grafomotorické a lingvistické deficity prostřednictvím automatického, spontánního psaní a psaní na diktát (Cséfalvay, 2003).

2.6.1 Screening afázie

Cílem screeningu afázie je zjistit, zda se v klinickém obraze pacienta afázie objevuje, zmapovat také její charakter a míru narušení. Screening se zaměřuje zejména na spontánní řečovou produkci, rozumění mluvené a psané řeči, hodnotí se automatická řeč,

pojmenování předmětů, opakování a psaní na diktát. Pro screening se používají zejména tyto diagnostické metody: Aphasia Schnell Test (AST), Mississippi Aphasia Screening Test (MAST), Frenchay Aphasia Screening Test (FAST) a Bedside Evaluation Screening Test (BEST), popř. Token test, které budeme blíže specifikovat níže (Cséfalvay, 2007; Cséfalvay, Košťálová, 2013).

2.6.1.1 Aphasia Schnell Test (AST)

Aphasia Schnell Test se zaměřuje na hodnocení pojmenování (osob a předmětů) s využitím obrázkového materiálu, rozumění slyšené řeči (identifikace předmětů a geometrických tvarů na obrázku), čtení a psaní. Výhodou testu je, že v případě neschopnosti pacienta realizovat úkoly týkající se exprese popř. grafie, je možno použít normy pro test realizovaný pouze částečně (Cséfalvay, 2007; Cséfalvay, Košťálová, 2013).

2.6.1.2 Mississippi Aphasia Screening Test (MAST)

Mississippi Aphasia Screening Test je aktuálně dostupný na webových stránkách FN Brno a je vhodný k rychlé diagnostice v akutním stádiu onemocnění. Test neklade velké požadavky na čas, jeho administrace trvá okolo deseti minut (Cséfalvay, 2007). Oblasti, kterými se zabývá, shrnuje následující tabulka.

Tabulka č. 5 Hodnocené oblasti MAST

Mississippi Aphasia Screening Test (MAST)
Automatická řeč
Pojmenování
Opakování
Fluence při popisu fotografie
Diktát
Porozumění (otázkám, slovům, mluvené instrukci, čtené instrukci)

Česká verze MAST byla adaptována na jazykové odlišnosti a kulturní podmínky. Vedoucí autorského kolektivu pro českou verzi testu je Milena Košťálová. Test byl standardizován u česky mluvící populace, byla ověřena jeho validita, závislost výkonů na věku, pohlaví a vzdělání. Tento test prokázal velkou validitu při rozlišení pacientů s iktem a afázií a pacientů s iktem a bez afázie. MAST se ukázal jako spolehlivý screeningový test afázie, který je také schopen zachytit její vývoj v čase. Test je tedy tvořen devíti subtesty, které

nám výsledně utvoří tři indexy. Jedná se o index produkce (IP), index porozumění (IR) a celkový jazykový index (CJI) index. Index produkce získáme sečtením dílčích hodnot z prvního až pátého subtestu. Index rozumění tvoří výsledky šestého až devátého subtestu. V celém testu lze dosáhnou 100 bodů, tedy 50 bodů v oblasti IP a 50 bodů v oblasti IR. Formulář testu nám umožňuje zaznačit dvojí vyšetření a tímto tedy snadně porovnat vývoj stavu pacienta (Cséfalvay, Košťálová, 2013; Košťálová, 2016).

2.6.1.3 Frenchay Aphasia Screening Test (FAST)

FAST hodnotí čtyři oblasti. Jedná se o porozumění řeči, verbální produkci, čtení a psaní. Administrace testu je velmi krátká (3 – 10 minut). Test využívá dějového obrázku, kartičky s geometrickými obrazci a napsanými instrukcemi. Oblast verbální produkce je vyšetřována popisem dějového obrázku a jmenováním zvířat. Porozumění řeči je vyšetřováno prostřednictvím kartiček s obrazci a ukazováním na dějový obrázek (Cséfalvay, Košťálová, 2013).

2.6.1.4 Bedside Evaluation Screening Test (BEST)

BEST se zaměřuje na zhodnocení řeči pacienta tzv. „u postele“ v akutním stádiu onemocnění. Pro vyšetření je nutné, aby byl pacient schopen sedět a udržet zrakový kontakt s examínátorem. Test je ale poměrně náročný na čas, jeho administrace trvá okolo 30 minut, proto není typickým screeningovým testem (Cséfalvay, Košťálová, 2013). Následující tabulka uvádí hodnocené oblasti BEST.

Tabulka č. 6 Hodnocené oblasti BEST

Bedside Evaluation Screening Test
Hodnocení konverzační řeči
Schopnost pojmenování objektů
Popis předmětů
Opakování vět
Ukazování na předměty
Ukazování na obrázek
Čtení

2.6.1.5 Token test

Někdy je Token test zařazován až do kategorie testů speciálních, je možno jej ale využít také jako screening receptivní složky řeči a krátkodobé verbální paměti u osob s afázií. Původní verze testu byla velmi rozsáhlá (skládala se z více než 100 instrukcí). Také z důvodu velké časové náročnosti testu, byla vytvořena jeho zkrácená verze, která obsahuje oproti původní pouze 36 položek rozčleněných do pěti subtestů se zvyšující se náročností poskytovaných lingvistických informací. Test je založen na manipulaci s geometrickými tvary (jedná se o čtverce a kruhy) různé velikosti a barev (pracuje s pěti základními barvami). Každá správná odpověď je hodnocena jedním bodem. V případě nutnosti zopakování instrukce, se při správné odpovědi skóre snižuje na půl bodu. Maximálně pacient v testu tedy může dosáhnout 36 bodů. Výsledek je dále upraven korekční tabulkou vzhledem ke vzdělání pacienta (Cséfalvay, 2003; Cséfalvay, 2007).

2.6.2 Komplexní testy afázie

Po ustálení klinického obrazu je možné využít tzv. komplexní diagnostické testy. Tyto testové soubory můžeme rozdělit na tři základní kategorie. Jedná se o soubory kvantitativně orientovaných testů, které mají zhodnotit typické symptomy a stanovit jejich stupeň. Druhou kategorií jsou testy, které se zaměřují na kvalitativní rozbor, jedná se tedy o snahu zjistit, jakým způsobem pacient test řeší, charakter chybovosti, ale také jeho úspěšnost. Poslední skupinou jsou testy zaměřené na funkční komunikaci osob s afázií, které se snaží popsat efektivitu komunikace pacienta s fatickou poruchou. Komplexní testy afázie by se měly zaměřovat na každou narušenou modalitu řeči, být administrované v rámci jednoho sezení a měly by se zaměřit na funkční validitu, tedy úspěšnost komunikace v běžných situacích (Cséfalvay, 2003; Cséfalvay, 2007).

2.6.2.1 Boston Diagnostic Aphasia Examination (BDAE)

Test je zařazen do skupiny kvantitativně orientovaných testů a vychází z Bostonské klasifikace, snaží se tedy identifikovat klinické syndromy afázie. BDAE se zaměřuje na jazykové dovednosti a zahrnuje pět subtestů. Existují dvě verze tohoto testu a to zkrácená nebo prodloužená. Prodloužená verze aplikuje všechny části a dílčí úkoly testu a její administrace může trvat až 120 minut. Zkrácená verze se také věnuje všem pěti částem subtestu, obsahuje ale pouze vybrané otázky z každé oblasti. Administrace je oproti prodloužené verzi výrazně kratší a to v rozmezí 20 až 45 minut. Jak již zmiňujeme výše,

test je rozdělen do pěti částí. Jedná se o hodnocení konverzační a spontánní řeči s využitím polostrukturovaného rozhovoru a popisu situačního obrázku. Tato část je částí úvodní a je hodnocena jednoduchou stupnicí. Vlastní testování začíná až vyšetřením porozumění mluvené řeči. Jedná se konkrétně o práci s předměty, identifikaci částí těla, porozumění příkazům a porozumění komplexnímu textu. Další oblast se zaměřuje na mluvenou řeč, kde se diagnostikuje úspěšnost v oblastech: motorika artikulačních orgánů, automatické řady, zpěv a recitování písně včetně reprodukce rytmů, opakování (slova a věty), čtení slov a vět, krátké odpovědi, pojmenování a schopnost pojmenovat zvířata za časový limit 90 sekund (Cséfalvay, 2003; Wikipedia: Boston Diagnostic Aphasia Examination, 2015).

2.6.2.2 Western Aphasia Battery (WAB)

Jedná se o komplexní testovou baterii, kterou můžeme zařadit do kvantitativně orientovaných testů, stejně jako BDAE. WAB je testová metoda, která je schopna rozeznat přítomnost, stupeň a typ afázie, umožňuje nám posoudit silné a slabé jazykové stránky pacienta. Zaměřuje se na oblast mluvené řeči, která zahrnuje jak produkci, tak porozumění a výsledkem této oblasti je tzv. kvocient afázie (AQ). Další oblastí je psaná řeč, která počítá se čtením i psáním a jeho souhrnem je kvocient jazykového narušení (LQ). Oblast praxe, konstrukčních, vizuoprostorových a kalkulických schopností shrnuje kvocient kortikálního narušení (CQ). Zaměřuje se tedy na verbální, ale i neverbální dovednosti, v rámci kterých se využívají také Ravenovy barevné progresivní matrice (Cséfalvay, 2003; Cséfalvay, Košťálová, 2013; Wikipedia: Western Aphasia Battery, 2015).

2.6.2.3 Minnesota Test for Differential Diagnosis of Aphasia (MTDDA)

MTDDA je jednou z nejrozsáhlejších diagnostických testových baterií (tvoří jí téměř 600 položek), které se zaměřují na oblast afázie. Test je zaměřen na jazykové dovednosti ve všech modalitách s cílem získat podrobné informace, na základě kterých je poté stanovena terapie (Cséfalvay, 2003). Oblasti, na které se test zaměřuje, shrnujeme v následující tabulce.

Tabulka č. 7 Hodnocené oblasti MTDDA

Minnesota Test for Differential Diagnosis of Aphasia (MTDDA)
Auditivní poruchy Čtecí a vizuální poruchy Jazykové a řečové poruchy Vizuomotorické poruchy a poruchy psaní Numerické a aritmetické poruchy Orientace na vlastním těle

2.6.2.4 Porch Index of Communication Ability (PICA)

Test je členěn do 18 subtestů. V jednotlivých subtestech jsou úkoly seřazeny v opačném pořadí, tedy od nejtěžších po nejlehčí, což bývá častým předmětem kritiky tohoto diagnostického materiálu. Negativně je vnímán také fakt, že zde není zahrnuta diagnostika spontánní řeči. PICA využívá předměty denní potřeby, jako jsou například hřeben, vidlička, klíče, cigareta, zápalky, nůž, tužka, propiska, mince, kartáček na zuby - examinátor o nich poskytuje pouze minimální lingvistickou nápovědu a to z toho důvodu, že je tímto limitován proces učení. Při vyhodnocování testu se využívá šestnáctibodová škála, která se zaměřuje na míru správnosti jednotlivých odpovědí. Test má tedy poměrně obtížný skórovací systém, ale jeho výhodou je možnost citlivě hodnotit dynamiku afázie, tedy míru zlepšení poruchy (Cséfalvay, 2003).

2.6.2.5 Aachener Aphasia Test (AAT)

Test se zaměřuje na klasifikaci afázie, hodnocení jejího stupně, ale také na popis jazykových dovedností. Hodnotí spontánní řeč, porozumění řeči prostřednictvím Token testu, schopnost opakování, psanou řeč, pojmenování a porozumění řeči. Jedná se o test, který je velmi náročný. Jen oblast spontánní řeči je rozdělena do sedmi oblastí, kdy každá oblast je hodnocena šestistupňovou ratingovou škálou. Tato testová baterie je nejvíce rozšířeným materiálem v německy mluvících zemích. Existuje také modifikovaná verze tohoto testu, kterou je možno využít u pacientů v akutním stádiu (Aachener Aphasia Test – Bedside test) (Cséfalvay, 2003). Oblasti, které AAT – BT hodnotí, shrnujeme v následující tabulce.

Tabulka č. 8 Hodnocené oblasti AAT - BT

AAT - BT
Hodnocení spontánní řeči
Hodnocení porozumění řeči
Hodnocení iniciace pohybů hlavy a očí
Hodnocení orální praxe
Hodnocení artikulační pohotovosti
Hodnocení automatizované řeči a zpěvu
Schopnosti identifikace objektů
Schopnost pojmenování předmětů

2.6.2.6 Psycholinguistic Assessment of Language Processing in Aphasia (PALPA)

Test vychází z kognitivně neuropsychologické teorie jazykových procesů. Je rozdělen do čtyř částí: čtení a psaní, zpracování jazykových informací sluchem, sémantika a zpracování vět. PALPA je tedy vyšetření, při kterém examinátor kvalitativně analyzuje výkony pacienta a snaží se formulovat hypotézy o tom, který jazykový modul je narušen. Nevýhodou testové baterie je fakt, že nestanovuje, jaká úroveň výkonu už signalizuje narušení (Cséfalvay, Košťálová, 2013).

2.6.2.7 Comprehensive Aphasia Test (CAT)

CAT můžeme zařadit do poměrně nových testových baterií, která se snaží komplexně zhodnotit schopnosti pacientů s afázií. Součástí testu je kognitivní screening, testy, které měří jazykové deficity a dotazník zaměřující se na psychosociální důsledky afázie. Výhodou baterie je to, že nám umožňuje také stanovit silné a slabé stránky pacienta a na základě této analýzy můžeme plánovat terapii. CAT je poměrně náročný na čas, jeho administrace trvá 90 – 120 min, je ale umožněno testování provést v rámci dvou sezení (Cséfalvay, Košťálová, 2013).

2.6.2.8 Lurijův přístup k diagnostice afázie

Lurijův přístup k diagnostice afázie reprezentuje oblast kvalitativně orientovaných testů, opírá se tedy o syndromovou analýzu. Lurijovo vyšetření není standardizovanou metodikou a jeho postup se odvíjí od stavu pacienta, jeho anamnézy a zvolené strategie examinátora, která vychází z úvodního rozhovoru s pacientem. Během rozhovoru si examinátor stanoví tzv. „pracovní hypotézu“, kterou následně ověřuje prostřednictvím

speciálních úloh. Oblasti, na které se zaměřuje Lurija připravila do schématu Christensenová, ty shrnujeme v následující tabulce (Cséfalvai, 2003; Cséfalvai, 2007).

Tabulka č. 9 Hodnocené oblasti Lurijova přístupu k diagnostice afázie

Lurijův přístup k diagnostice afázie
Vyšetření motorických dovedností (ruka, orální praxe)
Vyšetření audiomotorických dovedností
Vyšetření vyšších kožních a kinestetických funkcí
Vyšetření zrakových funkcí
Vyšetření expresivní stránky řeči
Vyšetření receptivní stránky řeči
Vyšetření čtení a psaní
Vyšetření matematických dovedností
Vyšetření paměti
Vyšetření intelektu

Na základě Lurijova přístupu k diagnostice afázie byla pro naše prostředí vytvořena metodika především pro potřeby klinicko logopedické praxe. Jak jsme již popsali výše, vyšetření je rozděleno na dvě části, úvodní rozhovor a speciální část (Cséfalvai, 2003).

Úvodnímu rozhovoru předchází analýza zdravotnické dokumentace (zejména neurologické), na ni pak navazuje rozhovor, který se zaměřuje na zjištění orientace pacienta v čase, orientace v prostoru a osobou. Při rozhovoru se pacienta ptáme také na jeho vzdělání, povolání, zájmy a na jeho subjektivně vnímané obtíže. V případě přítomnosti těžkých poruch fatických funkcí se při úvodním rozhovoru spolupracuje s rodinou. Speciální část je zaměřena na oblast expresivní a impresivní řeči, lexie, grafie, akusticko-verbální paměti, praxe a gnozie (Cséfalvai, 2003).

2.6.2.9 Diagnostika afázie, alexie a agrafie

DgAAA je komplexní vyšetření, které se zaměřuje na čtyři základní oblasti. Jedná se o schopnost porozumění řeči, produkci řeči, čtení a psaní. Vyšetření je zařazováno do kognitivně-neuropsychologické koncepce, která je postavena na faktu, že jazykových procesů se účastní vždy několik modulů. Mezi tzv. moduly existuje úzký vztah, z čehož vyplývá, že v případě kdy je narušen jeden modul, ovlivní to fungování dalších. DgAAA je vyšetřením kvalitativním, v závěru examinátor tedy podrobně analyzuje výkony pacienta

(Cséfalvay, Košťálová, 2013). V následující tabulce uvádíme podrobnější přehled hodnocených oblastí.

Tabulka č. 10 Hodnocené oblasti DgAAA

Diagnostika afázie, alexie a agrafie		
Hodnocená oblast	Zapojené moduly	Využité úkoly
Porozumění mluvené řeči	Modul fonologická analýza Modul fonologický vstupní lexikon Modul sémantický systém	Posouzení stejné x rozdílné Diferenciace slov a pseudoslov Porozumění slovům
Produkce řeči	Modul vizuální rekognice objektů Modul sémantický systém Modul fonologický výstupní slovník Modul fonologický výstupní zásobník	Pojmenování obrázků, předmětů Opakování slov, pseudoslov Produkce slov
Čtení	Modul ortografická analýza Modul ortografický vstupní slovník Modul sémantický systém Modul fonologický výstupní slovník Modul fonologický výstupní zásobník Grafémově-fonémový převod	Identifikace písmen a slabik Identifikace slov a pseudoslov Přiřazování slov k obrázku Čtení slov nahlas
Psaní	Modul sémantický systém Modul ortografický výstupní slovník Modul ortografický výstupní zásobník	Opis slov Diktát slov Písenné pojmenování obrázků

2.6.2.10 Vyšetření fatických funkcí

VFF se zaměřuje na vyšetření afázie, alexie a agrafie, vychází tedy také z kognitivně-neuropsychologické teorie. Hodnotí oblast mluvené produkce, při které examinátor pozoruje fluenci řeči, její informační hodnotu, ale také schopnost udržet téma hovoru a opravovat chyby. Při hodnocení čtení pracuje se souvislým textem, který je doplněn obrázkovým materiálem. Administrace testu trvá 1 – 2 hodiny (Cséfalvay, Košťálová, 2013).

2.6.3 Testy zaměřené na funkční komunikaci

Tyto testy se opírají o zkušenost, že zkoušky, které jsou zaměřeny na jazykové deficity, často neodráží dovednost běžné komunikace. Na tuto dovednost se zaměřují až testy funkční komunikace, mezi které můžeme zařadit např. Communicative Abilities of Daily Living (CADL), Conversation Analysis Profile for People with Aphasia (CAPPA) a Dotazník funkcionální komunikace (DFK) (Cséfalvay, Košťálová, 2013).

2.6.3.1 Communicative Abilities of Daily Living (CADL)

Test se zaměřuje na hodnocení úrovně porozumění u dospělých osob s kognitivními a řečovými poruchami. CADL je diagnostickou technikou, která hodnotí tři základní aspekty komunikace. Jedná se o obsah a formu komunikace - v těchto aspektech se zaměřuje na produkci i porozumění řeči. Dále se zabývá kognicí a pragmatickou rovinou komunikace. Hodnocení se zaměřuje na kontext komunikační situace a míru její úspěšnosti. Není hodnocena gramatická stránka řeči. Pacient je hodnocen třibodovým systémem, který je rozdělen do kategorií: správná odpověď, nesprávná odpověď a přiměřená odpověď, přičemž má možnost odpovídat jakoukoli formou, tedy gestem, kresbou, písmem nebo mluvenou řečí. Pacient zde řeší úkoly, se kterými se setkáváme v běžném životě. Jedná se např. o nakupování nebo telefonování (Cséfalvay, 2003; Cséfalvay, 2007; Cséfalvay, Košťálová, 2013).

2.6.3.2 Conversation Analysis Profile for People with Aphasia (CAPPA)

CAPPA není v našich podmínkách rozšířená. Zaměřuje se na vytvoření profilu běžných konverzačních schopností, profilu premorbidního a současného interakčního stylu a poslední částí je tzv. konverzační analýza. CAPPA probíhá prostřednictvím rozhovoru, jedná se o rozhovor terapeuta s konverzačním partnerem, kterým může být člen rodiny nebo zdravotnický pracovník. Následně probíhá rozhovor terapeuta s pacientem. Při vytváření profilu běžných konverzačních schopností se CAPPA zaměřuje na lingvistické schopnosti pacienta, iniciaci komunikace, střídání rolí v komunikaci. Profil premorbidního a současného interakčního stylu porovnává stav komunikace před vznikem onemocnění a současné komunikace pacienta. Při hodnocení se zaměřuje jak na pohled pacienta, tak na názor komunikačního partnera (Cséfalvay, Košťálová, 2013).

2.6.3.3 Dotazník funkcionální komunikace (DFK)

DFK se zaměřuje na důsledky poruch jazyka, které se odrážejí v běžné komunikaci. Zaměřuje se tedy na pragmatickou rovinu komunikace ve čtyřech základních oblastech. Jedná se o oblast bazální komunikace, sociální komunikace, čtení a psaní, orientace a čísla. Každý uvedený subtest je složen z pěti položek, které se hodnotí na šestistupňové škále (0 – bez poruch, 1 – samostatně zvládá s menšími obtížemi, 2 – částečně zvládá s dopomocí, 3 – vážné nedostatky ve většině oblastí, 4 – těžké poruchy ve všech oblastech, 5 – žádný výkon). V případě, že pacient v dotazníku dosáhne 0 bodů, jedná se o intaktní

výkon, v případě dosažení 100 bodů se jedná o těžké narušení pragmatické roviny komunikace. Dotazník následně může sloužit jako východisko pro funkcionálně orientovanou terapii a jeho velkou výhodou je krátká doba administrace - asi 10 minut (Cséfalvay, Košťálová, 2013; FN Brno: Neurologická klinika, Dotazník funkcionální komunikace, 2016).

2.6.4 Testy specifických jazykových funkcí

Tyto testy se zaměřují na určité specifické jazykové dovednosti, hodnotí specifickou populaci např. bilingvální pacienty nebo testují určitou skupinu pacientů s afázií. Velká část těchto testů bývá také součástí komplexních testových souborů. Lze je ale využít také v případě, kdy je nutné vyšetřit pouze určité jazykové oblasti (Cséfalvay, 2007; Cséfalvay, Košťálová, 2013).

2.6.4.1 Boston Naming Test (BNT)

BNT má velmi široké uplatnění, je používán u afatických pacientů, u pacientů s demencí, bilingválních osob, ale také u dětí. Jedná se o test, při kterém má vyšetřovaná osoba pojmenovávat černobílé obrázky, které jsou uspořádány od nejjednodušších po nejsložitější podle různých kritérií (např. podle délky slova nebo frekvence používání). Existují dvě verze testu, kratší verze pracuje s 15 obrázky, delší s 60. V případě, že pacient není schopen obrázků pojmenovat ani po uplynutí 20 vteřin, je mu poskytnuta fonémická nápověda. Nejčastěji se jedná o první hlásku nebo slabiku ve slově (Cséfalvay, 2007; Cséfalvay, Košťálová, 2013).

2.6.4.2 Boston Assessment of Severe Aphasia (BASA)

Jedná se o diagnostický materiál, který se zaměřuje na porozumění a produkci řeči u pacientů s těžkými jazykovými poruchami, u nichž nemůžeme využít jiné komplexní testy. Administrace testu trvá 20 – 30 minut a můžeme získat náhled na verbální i neverbální schopnosti pacienta, porozumění, praxii, grafii, lexii popř. vizuoprostorové dovednosti. Obsahuje 60 úkolů, které jsou organizovány do 15 subtestů (Cséfalvay, 2007; Cséfalvay, Košťálová, 2013). Testované oblasti shrnuje následující tabulka.

Tabulka č. 11 Hodnocené oblasti BASA

Boston Assessment of Severe Aphasia
Sociální kontakt a konverzace
Personální otázky
Orientace časem a místem
Orální apraxie
Tvoření slabik a zpěv
Opakování
Praxie končetin
Porozumění symbolům a číslům
Pojmenování předmětů
Pojmenování kartiček s činnostmi
Porozumění názvům mincí
Znamé tváře
Vizuoprostorové dovednosti
Podpis
Emocionální slova, fráze, symboly

2.6.4.3 Reporters test

Tento test byl vytvořen na základě Token testu. Díky němu je možno hodnotit nejen receptivní složku řeči (tak jak hodnotí klasický Token test), ale umožňuje analyzovat také expresivní složku řeči u osob s afázií. Examinátor od vyšetřované osoby vyžaduje slovní popsání toho, co examinátor dělá s geometrickými tvary (Cséfalvay, 2007).

2.6.4.4 Bilingual Aphasia Test

Jedná se o test, který se zaměřuje na hodnocení bilingvních pacientů s afázií. Součástí testu jsou různé jazykové kombinace. Na naše prostředí jsou zaměřeny tyto verze: česko-řecká verze, česko-anglická verze, česko-německá verze, česko-ruská verze a česko-švédská verze. Test hodnotí každý z jazyků a zaměřuje se také na kulturní rovnocennost. BAT se zaměřuje na spontánní řeč, ukazování, sluchové rozlišování, porozumění, pracuje se synonymy a antonymy, hodnotí opakování slov a vět, čtení slov a vět, čtení s porozuměním a psaní slov a vět na diktát. (Cséfalvay, 2007; McGill Univerzity: Bilingual Aphasia Test, 2016).

2.6.4.5 Test pojmenování obrázků

TPO je vytvořen pro slovenský jazyk. Skládá se z 30 černobílých obrázků pro popis podstatných jmen a 30 černobílých obrázků pro popis sloves. Test umožňuje použít tři úrovně nápovědy, první z nich je sémantická nápověda, podmínkou jejího použití je to, že nesmí obsahovat cílové slovo ani jeho část. Při popisu podstatných jmen můžeme pacientovi napovědět prostřednictvím ustáleného slovního spojení, při popisu sloves napovídáme prostřednictvím podstatného jména, které se ke slovesu vztahuje. Poslední formou pomoci je tzv. fonémická nápověda, při které pacientovi napovíme první hlásku popisovaného slova (Cséfalvay, Košťálová, 2013).

2.6.4.6 Zkouška vizuální pozornosti

ZVP vznikla na Neurologické klinice Lékařské fakulty Masarykovy univerzity ve spolupráci s Fakultní nemocnicí Brno. Test je určen k použití u pacientů na lůžku a orientačně vyšetřuje pozornost u osob po CMP. Jeho výhodou je, že jej lze použít také u neslyšících osob, jelikož v průběhu celého testu se examinátor s pacientem dorozumívá prostřednictvím neverbální komunikace. Principem zkoušky je vyhledávání černobílých obrázků ve správném pořadí dle zadání (Cséfalvay, Košťálová, 2013; Košťálová, Bednaříková, Michalčáková, 2016).

II. PRAKTICKÁ ČÁST

3 VÝZKUMNÉ ŠETŘENÍ

Výzkumné šetření se zabývalo úrovní porozumění verbální komunikaci u osob s diagnózou afázie. Na výzkumném šetření jsme spolupracovali s občanským sdružením Afázie, Šumperk, které vede klub Afázie, kde jednou týdně probíhají skupinové terapie. Do klubu dochází klienti s narušenou komunikační schopností, která vznikla po cévních mozkových příhodách, po úraze nebo po neurologických onemocněních. V rámci skupinových setkání klienti provádí nácvik komunikace, pracují jak samostatně, tak ve skupinách. Mohou také pracovat s počítačem s nejrůznějšími tréninkovými programy nebo využít možnost zapůjčení metodických materiálů k domácímu procvičování. Výzkumné šetření se zaměřilo na analýzu porozumění verbálním instrukcím (jak mluveným, tak psaným). Vyšetření jsme provedli v průběhu několika setkání s jednotlivými klienty samostatně.

3.1 Cíl výzkumného šetření

Cílem výzkumného šetření bylo zjistit, do jaké míry mají osoby s afázií zachováno porozumění verbální složce komunikace a to v oblasti porozumění mluveným a psaným instrukcím. Zaměřili jsme se na aktivity, které souvisí s denním režimem klientů, vytvořili jsme vlastní návrh testového materiálu, kterým jsme respondenty vyšetřili. Na základě získaných výsledků jsme analyzovali úroveň porozumění.

3.2 Výzkumný problém

Ve výzkumu sledujeme problematiku porozumění verbální složce komunikace u osob s diagnózou afázie. Zaměřujeme se na problematiku porozumění mluveným a psaným instrukcím, které jsou každodenní součástí života klientů.

3.3 Výzkumné otázky

Na základě cíle výzkumného šetření jsme si stanovili následující výzkumné otázky:

- Výzkumná otázka č. 1: Jaká bude úroveň porozumění mluveným a psaným instrukcím?
- Výzkumná otázka č. 2: Které ze čtyř oblastí testového souboru budou klientům činit největší obtíže?
- Výzkumná otázka č. 3: Klienti s kterým typem afázie budou v testovém souboru nejúspěšnější?

3.4 Metody získávání dat

V rámci výzkumného šetření byly použity kvalitativní a kvantitativní metody. Z hlediska kvalitativních metod bylo využito nestructurované pozorování klientů při práci s testovým materiálem, pozorování všech jejich projevů, zhodnocení schopnosti vypořádat se s úkolem, zvládnout atmosféru při testování a přiměřeně reagovat na zátěžovou situaci, kterou reprezentoval předložený testový soubor. V rámci kvantitativních metod jsme vytvořili vlastní návrh nestandardizovaného testového materiálu, jímž jsme vyšetřili respondenty a následně analyzovali získaná data.

3.4.1 Nestructurované pozorování

Nestructurované pozorování je jednou z nejstarších metod získávání poznatků. Tato metoda využívá pozorovací systémy, které nejsou předem stanoveny. Examinátor si určuje pouze osoby, události nebo jevy které mají být pozorovány. Od běžného pozorování se pozorování v rámci výzkumných metod odlišuje zejména tím, že examinator si alespoň v obecné rovině stanovuje, na jaké jevy se bude zaměřovat. Nestructurované pozorování je velmi náročná metoda a to z toho důvodu, že na examinatora jsou kladeny značné požadavky, které jsou odrazem jeho dovedností a schopností pozorovat přesně a podrobně předem stanovené jevy. (Mioviský, 2006; Gavora, 2010; Ferjenčík, 2012). Co se týká metod výzkumného šetření, byla využita extrospekce, konkrétně tedy otevřené nepřímé pozorování.

3.4.2 Vlastní návrh nestandardizovaného testového materiálu

Pro naše výzkumné šetření jsme zvolili metodu, v rámci které jsme respondentům zadali nestandardizovaný testový materiál a následně jsme kvantitativně i kvalitativně hodnotili jejich úspěšnost. Při tvorbě materiálu jsme vycházeli z testových souborů, které jsou zaměřeny zejména na funkcionální komunikaci pacientů s afázií, konkrétně z testového souboru CADL a DFK.

Materiál byl zaměřen na oblast porozumění verbální složce komunikace u osob s diagnózou afázie. V průběhu testování klientů jsme se zaměřili také na pozorování reakcí klientů při zadávání a plnění úkolů, snažili jsme se zhodnotit projevy a schopnost vypořádat se se zadávanými úkoly, ale také na zvládnutí atmosféry při testování nebo zvládnutí neúspěchu při plnění úkolů, snahu, soustředěnost a zájem o úkoly. Kategorie porozumění byla v materiálu rozdělena na dvě oblasti a to porozumění mluvené instrukci a porozumění instrukci psané.

Celý testový materiál byl dále rozdělen do čtyř oblastí a to:

- Část č. 1 – léčebný režim.
- Část č. 2 – nakládání s penězi, nakupování.
- Část č. 3 - domácí spotřebiče.
- Část č. 4 – čisticí prostředky.

Následující tabulky shrnují počet jednotlivých úkolů, jejich rozdělení do kategorií porozumění mluveným x psaným instrukcím a maximální x minimální počet bodů, kterých mohli klienti dosáhnout.

Tabulka č. 12 NTM – hodnocení části č. 1

Část č. 1 - léčebný režim		
Instrukce č. 1	max. 3 body min. 0 bodů	Porozumění mluveným instrukcím
Instrukce č. 2	max. 3 body min. 0 bodů	
Instrukce č. 3	max. 3 body min. 0 bodů	Porozumění psaným instrukcím
Instrukce č. 4	max. 3 body min. 0 bodů	

Tabulka č. 13 NTM – hodnocení části č. 2

Část č. 2 – nakládání s penězi, nakupování		
Instrukce č. 5	max. 6 bodů min. 0 bodů	Porozumění mluveným instrukcím
Instrukce č. 6	max. 4 body min. 0 bodů	
Instrukce č. 7	max. 3 body min. 0 bodů	
Instrukce č. 8	max. 3 body min. 0 bodů	Porozumění psaným instrukcím
Instrukce č. 9	max. 6 bodů min. 0 bodů	

Tabulka č. 14 NTM – hodnocení části č. 3

Část č. 3 – domácí spotřebiče		
Instrukce č. 10	max. 3 body min. 0 bodů	Porozumění mluveným instrukcím
Instrukce č. 11	max. 3 body min. 0 bodů	Porozumění psaným instrukcím
Instrukce č. 12	max. 3 body min. 0 bodů	
Instrukce č. 13	max. 3 body min. 0 bodů	

Tabulka č. 15 NTM – hodnocení části č. 4

Část č. 4 – čisticí prostředky		
Instrukce č. 14	max. 3 body min. 0 bodů	Porozumění mluveným instrukcím
Instrukce č. 15	max. 3 body min. 0 bodů	Porozumění psaným instrukcím
Instrukce č. 16	max. 3 body min. 0 bodů	
Instrukce č. 17	max. 3 body min. 0 bodů	

Každý úkol byl bodově ohodnocen jedním bodem v případě, že klient opověděl správně na celou zadávanou instrukci a žádným bodem v případě, že na instrukci odpověděl nesprávně nebo odpověděl pouze částečně.

Při práci s testovým materiálem jsme využili následujících pomůcek:

- Dávkovač léků.
- Prášky různých barev a velikostí (ružový, bílý, žlutý prášek; celý prášek, polovina prášku).
- Vytvořené pracovní listy.
- Psací náčiní pro zaznamenání odpovědí v oblastech porozumění psaným instrukcím.
- České mince v hodnotách 1 Kč, 2 Kč, 5 Kč, 10 Kč, 20 Kč, 50 Kč.
- České bankovky v hodnotách 100 Kč, 200 Kč, 500 Kč, 1000 Kč.

V další kapitole blíže popíšeme všechny části diagnostického materiálu včetně hodnocení zadávaných instrukcí.

3.4.2.1 Testový arch

Část I.

Oblast léčebný režim - porozumění mluveným instrukcím
--

Zadání instrukce č. 1:

Zácvik → „Před sebou máte dávkovač léků, jsou v něm nachystány prášky od pondělí do neděle, každý den je rozdělen do tří částí – ráno, odpoledne a večer. Budu Vám pokládat otázky, na které odpovíte ano nebo ne.“

Vlastní provedení testu:

1. „V pondělí a ve středu ráno byste si měl/a vzít růžový prášek, je dávkovač léků správně nachystán?“
Komentář k úkolu: Dávkovač bude nachystán správně.
Klient odpovídá ANO – získává 1 bod.
Klient odpovídá NE – získává 0 bodů.
2. „Každý den odpoledne kromě pondělí odpoledne si máte vzít bílý prášek, je dávkovač léků správně nachystán?“
Komentář k úkolu: Dávkovač nebude nachystán správně.
Klient odpovídá ANO – získává 0 bodů.
Klient odpovídá NE – získává 1 bod.
3. „V pondělí večer a v pátek večer si máte vzít žlutý prášek, je dávkovač léků správně nachystán?“
Komentář k úkolu: Dávkovač nebude nachystán správně.
Klient odpovídá ANO – získává 0 bodů.
Klient odpovídá NE – získává 1 bod.

Zadání instrukce č. 2:

Zácvik → „Před sebou máte dávkovač léků, toto jsou okýnka pro jednotlivé dny (pondělí – neděle), každý den je rozdělen do tří částí – ráno, odpoledne a večer. Zde máte nachystané prášky různých barev a velikostí (celý prášek x polovina prášku), prášky nachystáte do krabičky podle slovní instrukce.“

Vlastní provedení testu:

1. „Nachystejte jeden a půl růžového prášku na každý den ráno.“

Komentář k úkolu:

Klient nachystá prášek správně - získává 1 bod.

Klient nachystá prášek špatně - získává 0 bodů.

2. „Nachystejte dva bílé prášky na pondělí večer a středu večer.“

Komentář k úkolu:

Klient nachystá prášek správně - získává 1 bod.

Klient nachystá prášek špatně - získává 0 bodů.

3. „Nachystejte jeden a půl bílého prášku na pondělí dopoledne a pátek večer.“

Komentář k úkolu:

Klient nachystá prášek správně - získává 1 bod.

Klient nachystá prášek špatně - získává 0 bodů.

Oblast léčebný režim – porozumění psaným instrukcím
--

Zadání instrukce č. 3:

Zácvik → „Před sebou máte papír s instrukcemi, odpovězte na zadané otázky.“

Vlastní provedení testu:

Klient pracuje s pracovním listem, který uvádíme v příloze č. 1.

Komentář k úkolu:

Za každou správně zodpovězenou otázku získá klient 1 bod. Maximálně tedy může získat 3 body, min. 0 bodů.

Zadání instrukce č. 4:

Zácvik → „Před sebou máte papír s instrukcemi, odpovězte na zadané otázky.“

Vlastní provedení testu:

Klient pracuje s pracovním listem, který uvádíme v příloze č. 2.

Komentář k úkolu:

Za každou správně zodpovězenou otázku získá klient 1 bod. Maximálně tedy může získat 3 body, min. 0 bodů.

Část II.

Oblast nakládání s penězi, nakupování - porozumění mluveným instrukcím

Zadání instrukce č. 5:

Zácvik → „Nyní Vám budu jmenovat hodnoty českých mincí. Pokaždé, když Vám minci pojmenuji, ukážete na ni.“

Vlastní provedení testu:

Klientovi předložíme k práci mince v hodnotě 1 Kč, 2 Kč, 5 Kč, 10 Kč, 20 Kč a 50 Kč, následně zadáváme instrukci.

„Ukažte pět korun.“

„Ukažte jednu korunu.“

„Ukažte dvacet korun.“

„Ukažte dvě koruny.“

„Ukažte deset korun.“

„Ukažte padesát korun.“

Komentář k úkolu:

Za každou správnou odpověď klient získá 1 bod, maximálně může získat 6 bodů, min. 0 bodů.

Zadání instrukce č. 6:

Zácvik → „Nyní Vám budu jmenovat hodnoty českých bankovek. Pokaždé, když Vám bankovku pojmenuji, ukážete na ni.“

Vlastní provedení testu:

Klientovi předložíme k práci bankovky v hodnotě 100 Kč, 200 Kč, 500 Kč a 1000 Kč.

„Ukažte pět set korun.“

„Ukažte sto korun.“

„Ukažte tisíc korun.“

„Ukažte dvě stě korun.“

Komentář k úkolu:

Za každou správnou odpověď klient získá 1 bod, maximálně může získat 4 body, min. 0 bodů.

Zadání instrukce č. 7:

Zácvik → „Nyní Vám položím otázku, která se bude týkat nákupu, odpovíte na ni tak, že ukážete na příslušnou minci nebo bankovku.“

Vlastní provedení testu:

Klientovi předložíme k práci mince v hodnotě 1 Kč, 5 Kč, 50 Kč a bankovky v hodnotě 100 Kč, 200 Kč a 500 Kč.

1. „Jdete do obchodu koupit potraviny, za nákup platíte 105 Kč. Ukažte které mince a bankovky použijete, abyste zaplatili přesnou částkou?“
2. „Jdete do obchodu koupit potraviny, za nákup platíte 201 Kč. Ukažte které mince a bankovky použijete, abyste zaplatili přesnou částkou?“
3. „Jdete do obchodu koupit potraviny, za nákup platíte 550 Kč. Ukažte které mince a bankovky použijete, abyste zaplatili přesnou částkou?“

Komentář k úkolu:

Za každou správnou odpověď klient získá 1 bod, maximálně může získat 3 body, min. 0 bodů.

Oblast nakládání s penězi, nakupování - porozumění psaným instrukcím

Zadání instrukce č. 8:

Zácvik → „Nyní Vám předložím pracovní list. Přečtete si zadání a odpovíte na otázky, které se k textu vztahují.“

Vlastní provedení testu:

Klient pracuje s pracovním listem, který uvádíme v příloze č. 3.

Komentář k úkolu:

Za každou správnou odpověď klient získá 1 bod, maximálně může získat 3 body, min. 0 bodů.

Zadání instrukce č. 9:

Zácvik → „Nyní Vám předložím pracovní list. Přečtete si zadání a odpovíte na otázky.“

Vlastní provedení testu:

Klient pracuje s pracovním listem, který uvádíme v příloze č. 4.

Komentář k úkolu:

Za každou správnou odpověď klient získá 1 bod, maximálně může získat 6 bodů, min. 0 bodů.

Část III.

Oblast domácí spotřebiče- porozumění mluveným instrukcím

Zadání instrukce č. 10

Zácvik → „Budu Vám pokládat otázky, na které odpovíte ano nebo ne.“

Vlastní provedení testu:

1. „Když budete chtít mít čisté prádlo, použijete domácí spotřebič jménem pračka?“

Komentář k úkolu:

Klient odpovídá ANO – získává 1 bod

Klient odpovídá NE – získává 0 bodů

2. „Když si budete chtít ohřát jídlo, použijete domácí spotřebič jménem mixér?

Komentář k úkolu:

Klient odpovídá ANO – získává 0 bodů

Klient odpovídá NE – získává 1 bod

3. „Když budete chtít nakrájet potraviny, můžete použít domácí spotřebič jménem mikrovlnná trouba?

Komentář k úkolu:

Klient odpovídá ANO – získává 0 bodů

Klient odpovídá NE – získává 1 bod

Oblast domácí spotřebiče- porozumění psaným instrukcím

Zadání instrukce č. 11

Zácvik → „Nyní Vám předložím pracovní list. Přečtete si zadání a odpovíte na otázky“.

Vlastní provedení testu:

Klient pracuje s pracovním listem, který uvádíme v příloze č. 5.

Komentář k úkolu:

Za každou správnou odpověď klient získá 1 bod, maximálně může získat 3 body, min. 0 bodů.

Zadání instrukce č. 12

Zácvik → „Nyní Vám předložím pracovní list. Přečtete si zadání a odpovíte na otázky“.

Vlastní provedení testu:

Klient pracuje s pracovním listem, který uvádíme v příloze č. 6.

Komentář k úkolu:

Za každou správnou odpověď klient získá 1 bod, maximálně může získat 3 body, min. 0 bodů.

Zadání instrukce č. 13

Zácvik → „Nyní Vám předložím pracovní list. Přečtete si zadání a odpovíte na otázky“.

Vlastní provedení testu:

Klient pracuje s pracovním listem, který uvádíme v příloze č. 7.

Komentář k úkolu:

Za každou správnou odpověď klient získá 1 bod, maximálně může získat 3 body, min. 0 bodů.

Část IV.

Oblast čisticí prostředky - porozumění mluveným instrukcím

Zadání instrukce č. 14:

Zácvik → „Budu Vám pokládat otázky, na které odpovíte ano nebo ne.“

Vlastní provedení testu:

1. „Když budete chtít umýt nádobí, budete je mýt ve dřezu s využitím houbičky?“

Komentář k úkolu:

Klient odpovídá ANO – získává 1 bod

Klient odpovídá NE – získává 0 bodů

2. „Prostředek na umývání nádobí krásně voní, můžeme jej přidat do čaje místo sirupu?“

Komentář k úkolu:

Klient odpovídá ANO – získává 0 bodů

Klient odpovídá NE – získává 1 bod

3. „Je prostředek Savo WC určen k čištění oken?“

Komentář k úkolu:

Klient odpovídá ANO – získává 0 bodů

Klient odpovídá NE – získává 1 bod

Oblast čisticí prostředky- porozumění psaným instrukcím
--

Zadání instrukce č. 15

Zácvik → „Nyní Vám předložím pracovní list. Přečtete si zadání a odpovíte na otázky.“

Vlastní provedení testu:

Klient pracuje s pracovním listem, který uvádíme v příloze č. 8.

Komentář k úkolu:

Za každou správnou odpověď klient získá 1 bod, maximálně může získat 3 body, min. 0 bodů.

Zadání instrukce č. 16

Zácvik → „Nyní Vám předložím pracovní list. Přečtete si zadání a odpovíte na otázky.“

Vlastní provedení testu:

Klient pracuje s pracovním listem, který uvádíme v příloze č. 9.

Komentář k úkolu:

Za každou správnou odpověď klient získá 1 bod, maximálně může získat 3 body, min. 0 bodů.

Zadání úkolu č. 17

Zácvik → „Nyní Vám předložím pracovní list. Přečtete si zadání a odpovíte na otázky.“

Vlastní provedení testu:

Klient pracuje s pracovním listem, který uvádíme v příloze č. 10.

Komentář k úkolu:

Za každou správnou odpověď klient získá 1 bod, maximálně může získat 3 body, min. 0 bodů.

3.5 Výběr a popis výzkumného vzorku

Při výběru výzkumného vzorku bylo postupováno tak, že byly oslovovány ambulance klinické logopedie a zařízení, která se zaměřují na logopedickou péči o osoby s diagnózou afázie. Z hlediska provozních záležitostí bylo obtížné navázat spolupráci jak s ambulancemi, tak s ostatními zařízeními (zejména z důvodu absence klientely se stanovenou diagnózou nebo z hlediska umožnění individuální práce klienta se studentem). Spolupráci se podařilo navázat až oslovením občanského sdružení Afázie, kde došlo k realizaci šetření. Výzkumný vzorek se skládal z pacientů, kteří dle Bostonské klasifikace mají do určité míry zachováno porozumění. Jednalo se tedy o pacienty s Brocovou afázií, transkortikální motorickou afázií a anomickou afázií. Všichni klienti, kteří se šetření účastnili, využívají služeb výše uvedeného občanského sdružení, pravidelně se účastní individuální logopedické péče v ambulanci klinické logopedie a skupinových setkávání, která probíhají jednou týdně. Bydlí v samostatné domácnosti se členy rodiny (tedy s partnery, dětmi nebo rodiči – týká se klienta č. 3). Přístup ke zdravotnické dokumentaci z důvodu ochrany osobních údajů nebyl umožněn, o klientech byly poskytnuty pouze základní informace, které shrnuje následující tabulka.

Tabulka č. 16 Anamnestické informace klientů

Klient	Pohlaví	Věk	Diagnóza	Afázie přítomna od roku
Klient č. 1	muž	84 let	Brocova afázie	2012
Klient č. 2	žena	75 let	Brocova afázie	2015
Klient č. 3	muž	45 let	Anomická afázie	2009
Klient č. 4	žena	75 let	Anomická afázie	2013
Klient č. 5	žena	67 let	Transkortikální motorická afázie	2011

3.6 Organizace a průběh výzkumného šetření

Výzkumné šetření proběhlo v prostorách výše uváděného občanského sdružení. Jednalo se o místnost vybavenou stoly, křesly, sedačkou a PC. Pro práci jsme využili stůl, u kterého jsme testový materiál zadávali. S každým klientem jsme pracovali samostatně, po

administraci testu jsme vyhodnotili získaná data. Test byl zadáván v přesné posloupnosti, tedy tak, jak byly seřazeny testové úkoly. Posloupnost úkolů jsme již přiblížili v kapitole výše. Před započítáním testu s každým klientem proběhl krátký rozhovor, který jsme zařadili z důvodu uvolnění atmosféry před samotnou diagnostikou.

3.7 Vyhodnocení výsledků získaných dat

V následujících kapitolách budeme prezentovat získané výsledky, kterých dosáhli jednotliví klienti v testovaných oblastech. Pro větší přehlednost budou výsledky znázorněny v tabulkách a grafech. V sekci „počet dosažených bodů“ budou uvedena dvě čísla. První číslo znázorňuje počet získaných bodů klientem v dané instrukci, druhé číslo znázorní maximální počet bodů, kterých mohl klient v určité instrukci získat. V komentáři také kvalitativně zhodnotíme plnění úkolů klienty (schopnost vypořádat se s úkolem, zvládnutí atmosféry při testování, reakce na zátěžovou situaci).

3.7.1 Vyhodnocení testového materiálu klient č.1

Klient ochotně plnil zadávané úkoly, s prodlužující se délkou práce byla patrná únava. Bylo tedy nutné práci rozdělit do dvou sezení. Každé sezení trvalo cca 30 minut. Při práci s texty klient často slovně komentoval zadání frází „To je hrozný“. Instrukce plnil rozvázně, pomalým tempem, často vyžadoval zpětnou vazbu, zda jsou jeho odpovědi správné (zejména při práci s textem). Analýza získaných výsledků ukázala, že největší chybovost se vyskytovala v části č. 1 „Léčebný režim“. Z hlediska porozumění mluveným x psaným instrukcím klient více chyboval při práci s úkoly, které se zaměřovaly na porozumění textu. Největší úspěšnosti dosáhl klient v oblastech č. 3 „Domácí spotřebiče“ a č. 4 „Čistící prostředky“ ve kterých dosáhl stejného počtu bodů.

Tabulka č. 17 Vyhodnocení NTM, část č. 1, klient č. 1

Vyhodnocení části č. 1 - léčebný režim		
Zadaná instrukce	Počet dosažených bodů	Testovaná oblast
Instrukce č. 1	1/3	Porozumění mluveným instrukcím
Instrukce č. 2	0/3	
Instrukce č. 3	0/3	Porozumění psaným instrukcím
Instrukce č. 4	2/3	

Tabulka č. 18 Vyhodnocení NTM, část č. 2, klient č. 1

Vyhodnocení části č. 2 – nakládání s penězi, nakupování		
Zadaná instrukce	Počet dosažených bodů	Testovaná oblast
Instrukce č. 5	6/6	Porozumění mluveným instrukcím
Instrukce č. 6	4/4	
Instrukce č. 7	0/3	
Instrukce č. 8	1/3	Porozumění psaným instrukcím
Instrukce č. 9	3/6	

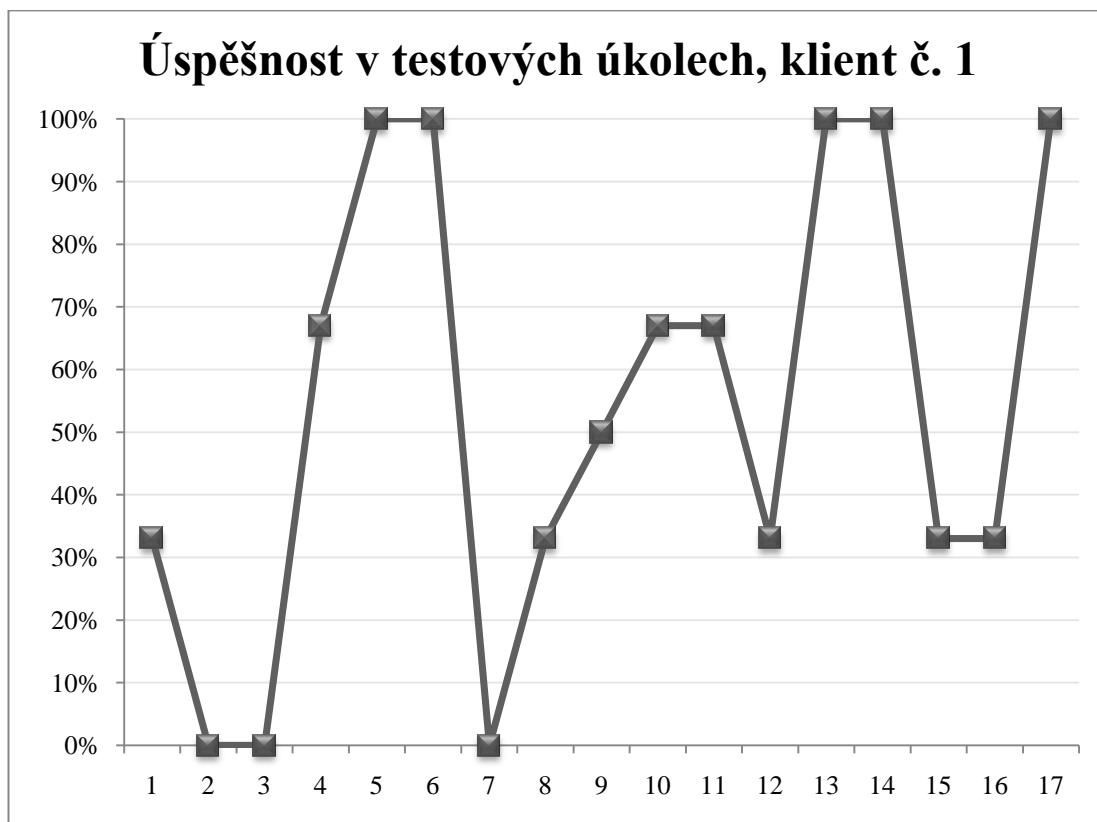
Tabulka č. 19 Vyhodnocení NTM, část č. 3, klient č. 1

Vyhodnocení části č. 3 – domácí spotřebiče		
Zadaná instrukce	Počet dosažených bodů	Testovaná oblast
Instrukce č. 10	2/3	Porozumění mluveným instrukcím
Instrukce č. 11	2/3	Porozumění psaným instrukcím
Instrukce č. 12	1/3	
Instrukce č. 13	3/3	

Tabulka č. 20 Vyhodnocení NTM, část č. 4, klient č. 1

Vyhodnocení části č. 4 – čisticí prostředky		
Zadaná instrukce	Počet dosažených bodů	Testovaná oblast
Instrukce č. 14	3/3	Porozumění mluveným instrukcím
Instrukce č. 15	1/3	Porozumění psaným instrukcím
Instrukce č. 16	1/3	
Instrukce č. 17	3/3	

Graf č.1 Úspěšnost v testových úkolech, klient č. 1



Komentář ke grafu č. 1:

Graf č. 1 znázorňuje procentuální úspěšnost klienta č. 1 v jednotlivých instrukcích testového souboru. Vodorovná osa značí jednotlivé instrukce v testovém souboru, svislá osa znázorňuje procentuální úspěšnost. Bezchybně odpovědět klient zvládl při zadání instrukce č. 5, 6, 13, 14 a 17. Výrazných nedostatků se dopouštěl v instrukcích č. 2, 3 a 7, kde nezískal žádný bod. Úspěšnost v ostatních instrukcích se pohybuje v pásmu podprůměru až středových hodnot (30% - 70% úspěšnosti).

3.7.2 Vyhodnocení testového materiálu klientka č. 2

Klientka byla celkově pozitivně naladěna, ochotně plnila zadávané instrukce. Při práci s textem, tedy pracovními listy zaměřenými na porozumění psaným instrukcím, se často obávala chybovosti. Zejména v oblastech, kde byly úkoly zaměřeny na práci s delšími texty. Instrukce plnila pohotově, rychle. Celý testový soubor jsme vyšetřili v průběhu jednoho setkání za dobu cca 40 min. Z hlediska dosažených bodů činila klientce největší obtíže část č. 4, tedy oblast týkající se čistících prostředků. Pokud jsme se zaměřili na

porozumění mluveným nebo psaným instrukcím, oblast psaných instrukcí byla pro klientku výrazně obtížnější. V těchto oblastech tedy dosahovala nižších výsledků. Nejlepších výsledků bylo dosaženo v oblasti č. 2 „Nakládání s penězi, nakupování“.

Tabulka č. 21 Vyhodnocení NTM, část č. 1, klientka č. 2

Vyhodnocení části č. 1 - léčebný režim		
Zadaná instrukce	Počet dosažených bodů	Testovaná oblast
Instrukce č. 1	3/3	Porozumění mluveným instrukcím
Instrukce č. 2	1/3	
Instrukce č. 3	2/3	Porozumění psaným instrukcím
Instrukce č. 4	2/3	

Tabulka č. 22 Vyhodnocení NTM, část č. 2, klientka č. 2

Vyhodnocení části č. 2 – nakládání s penězi, nakupování		
Zadaná instrukce	Počet dosažených bodů	Testovaná oblast
Instrukce č. 5	6/6	Porozumění mluveným instrukcím
Instrukce č. 6	4/4	
Instrukce č. 7	2/3	
Instrukce č. 8	1/3	Porozumění psaným instrukcím
Instrukce č. 9	6/6	

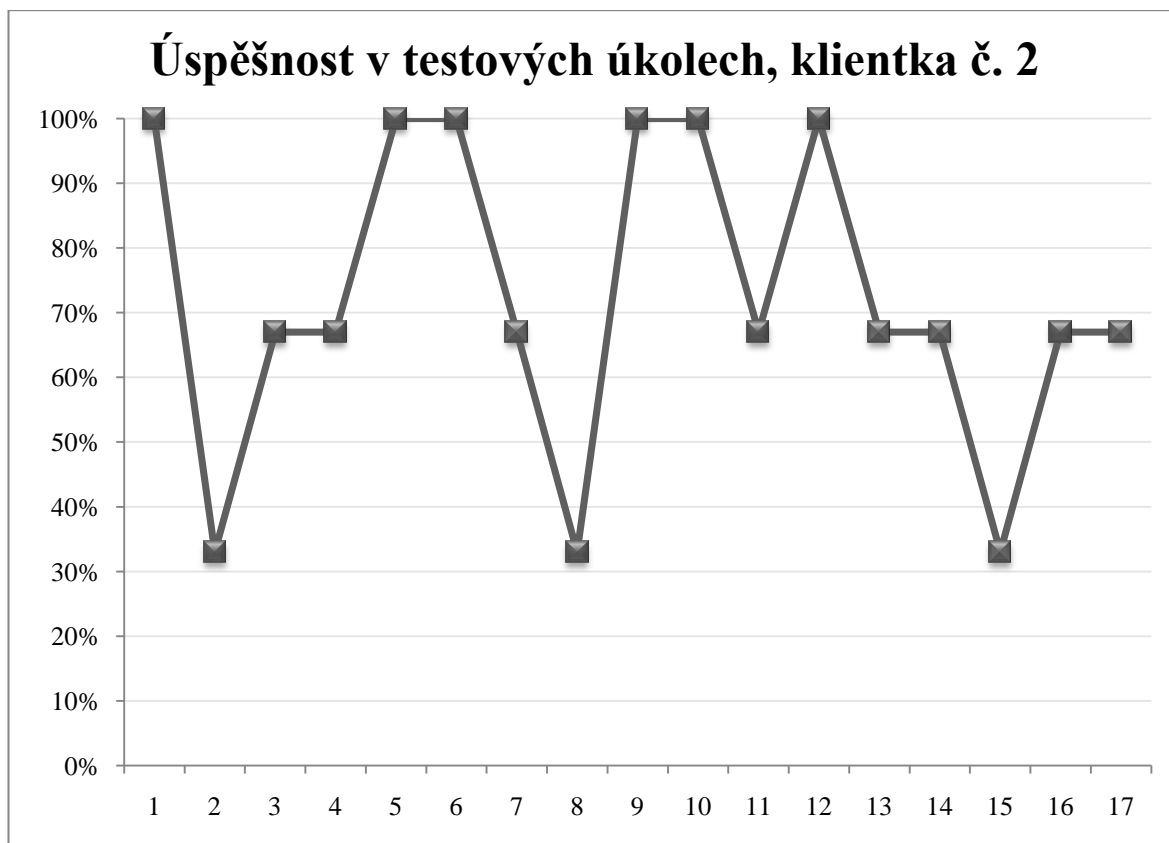
Tabulka č. 23 Vyhodnocení NTM, část č. 3, klientka č. 2

Vyhodnocení části č. 3 – domácí spotřebiče		
Zadaná instrukce	Počet dosažených bodů	Testovaná oblast
Instrukce č. 10	3/3	Porozumění mluveným instrukcím
Instrukce č. 11	2/3	Porozumění psaným instrukcím
Instrukce č. 12	3/3	
Instrukce č. 13	2/3	

Tabulka č. 24 Vyhodnocení NTM, část č. 4, klientka č. 2

Vyhodnocení části č. 4 – čisticí prostředky		
Zadaná instrukce	Počet dosažených bodů	Testovaná oblast
Instrukce č. 14	2/3	Porozumění mluveným instrukcím
Instrukce č. 15	1/3	Porozumění psaným instrukcím
Instrukce č. 16	2/3	
Instrukce č. 17	2/3	

Graf č.2 Úspěšnost v testových úkolech, klientka č. 2



Komentář ke grafu č. 2:

Graf č. 2 znázorňuje procentuální úspěšnost klientky č. 2 v jednotlivých instrukcích testového souboru. Vodorovná osa značí jednotlivé instrukce v testovém souboru, svislá osa znázorňuje procentuální úspěšnost. Klientka bezchybně reagovala na instrukce č. 1, 5, 6, 9, 10 a 12. Úspěšnost v ostatních instrukcích se pohybuje v pásmu podprůměru až středových hodnot (30% - 70% úspěšnosti). V žádné ze zadaných instrukcí klientka neselhávala tak výrazně, že by dosáhla 0% úspěšnosti.

3.7.3 Vyhodnocení testového materiálu klient č. 3

Klient č. 3 byl při plnění testových úkolů také pozitivně naladěný. Jednotlivé úkoly plnil rychle, bez časových prodlev. Práci často komentoval, hodnotil, někdy docházelo k odbíhání od tématu, k dlouhým vyprávěním příběhů z klientova života. Při práci s pracovními listy, se vyskytovalo dvojí čtení, přeřikávání si zadané instrukce. Celý testový soubor jsme vyšetřili v rámci jednoho sezení za dobu cca 45 min. Největší obtíže klientovi

činila oblast č. 3 „Domácí spotřebiče“. Z hlediska porozumění mluveným x psaným instrukcím klient více chyboval při práci s úkoly, které se zaměřovaly na porozumění psanému textu. Nejlepších výsledků bylo dosaženo v oblasti č. 2 „Nakládání s penězi, nakupování“.

Tabulka č. 25 Vyhodnocení NTM, část č. 1, klient č. 3

Vyhodnocení části č. 1 - léčebný režim		
Zadaná instrukce	Počet dosažených bodů	Testovaná oblast
Instrukce č. 1	1/3	Porozumění mluveným instrukcím
Instrukce č. 2	2/3	
Instrukce č. 3	2/3	Porozumění psaným instrukcím
Instrukce č. 4	2/3	

Tabulka č. 26 Vyhodnocení NTM, část č. 2, klient č. 3

Vyhodnocení části č. 2 – nakládání s penězi, nakupování		
Zadaná instrukce	Počet dosažených bodů	Testovaná oblast
Instrukce č. 5	6/6	Porozumění mluveným instrukcím
Instrukce č. 6	4/4	
Instrukce č. 7	3/3	
Instrukce č. 8	1/3	Porozumění psaným instrukcím
Instrukce č. 9	6/6	

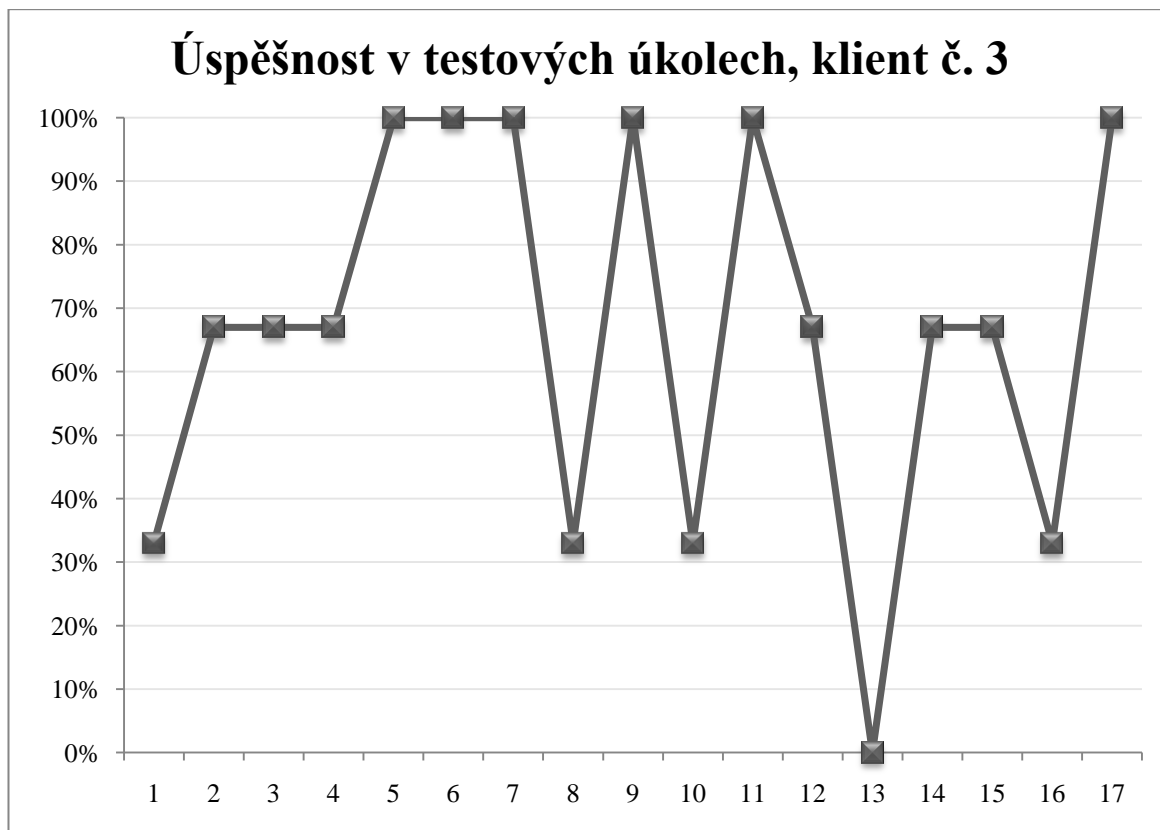
Tabulka č. 27 Vyhodnocení NTM, část č. 3, klient č. 3

Vyhodnocení části č. 3 – domácí spotřebiče		
Zadaná instrukce	Počet dosažených bodů	Testovaná oblast
Instrukce č. 10	1/3	Porozumění mluveným instrukcím
Instrukce č. 11	3/3	Porozumění psaným instrukcím
Instrukce č. 12	2/3	
Instrukce č. 13	0/3	

Tabulka č. 28 Vyhodnocení NTM, část č. 4, klient č. 3

Vyhodnocení části č. 4 – čisticí prostředky		
Zadaná instrukce	Počet dosažených bodů	Testovaná oblast
Instrukce č. 14	2/3	Porozumění mluveným instrukcím
Instrukce č. 15	2/3	Porozumění psaným instrukcím
Instrukce č. 16	1/3	
Instrukce č. 17	3/3	

Graf č.3 Úspěšnost v testových úkolech, klient č. 3



Komentář ke grafu č. 3:

Graf č. 3 znázorňuje procentuální úspěšnost klienta č. 3 v jednotlivých instrukcích testového souboru. Vodorovná osa značí jednotlivé instrukce v testovém souboru, svislá osa znázorňuje procentuální úspěšnost. Bezchybně zvládal klient reagovat v šesti úkolech a to v instrukci č. 5, 6, 7, 9, 11, a 17. Výrazné selhání se objevilo pouze v instrukci č. 13, kdy klient nezvládl odpovědět ani v jednom ze tří úkolů správně. V ostatních oblastech se pohyboval v pásmu podprůměru až středových hodnot (30% - 70% úspěšnosti).

3.7.4 Vyhodnocení testového materiálu klientka č. 4

Klientka byla při plnění testového souboru aktivní, zátěž pro ní byly úkoly zaměřené na porozumění psaným instrukcím. Docházelo k častému dotazování se na správnost odpovědí, komentování úkolů frázemi „To já asi nebudu vědět.“, „Než já to vždycky pochopím...“. Často docházelo k přeřikávání si dané instrukce. Celý testový soubor byl vyšetřen v rámci jednoho sezení za dobu cca 40 minut. Největší chybovosti se klientka

dopouštěla v oblasti č. 1 „Léčebný režim“. Pokud jsme se zaměřili na porozumění mluveným nebo psaným instrukcím, oblast psaných instrukcí byla pro klientku výrazně obtížnější. Nejlepších výsledků bylo dosaženo v oblasti č. 2 „Nakládání s penězi, nakupování“.

Tabulka č. 29 Vyhodnocení NTM, část č. 1, klientka č. 4

Vyhodnocení části č. 1 - léčebný režim		
Zadaná instrukce	Počet dosažených bodů	Testovaná oblast
Instrukce č. 1	1/3	Porozumění mluveným instrukcím
Instrukce č. 2	1/3	
Instrukce č. 3	2/3	Porozumění psaným instrukcím
Instrukce č. 4	1/3	

Tabulka č. 30 Vyhodnocení NTM, část č. 2, klientka č. 4

Vyhodnocení části č. 2 – nakládání s penězi, nakupování		
Zadaná instrukce	Počet dosažených bodů	Testovaná oblast
Instrukce č. 5	5/6	Porozumění mluveným instrukcím
Instrukce č. 6	4/4	
Instrukce č. 7	3/3	
Instrukce č. 8	2/3	Porozumění psaným instrukcím
Instrukce č. 9	6/6	

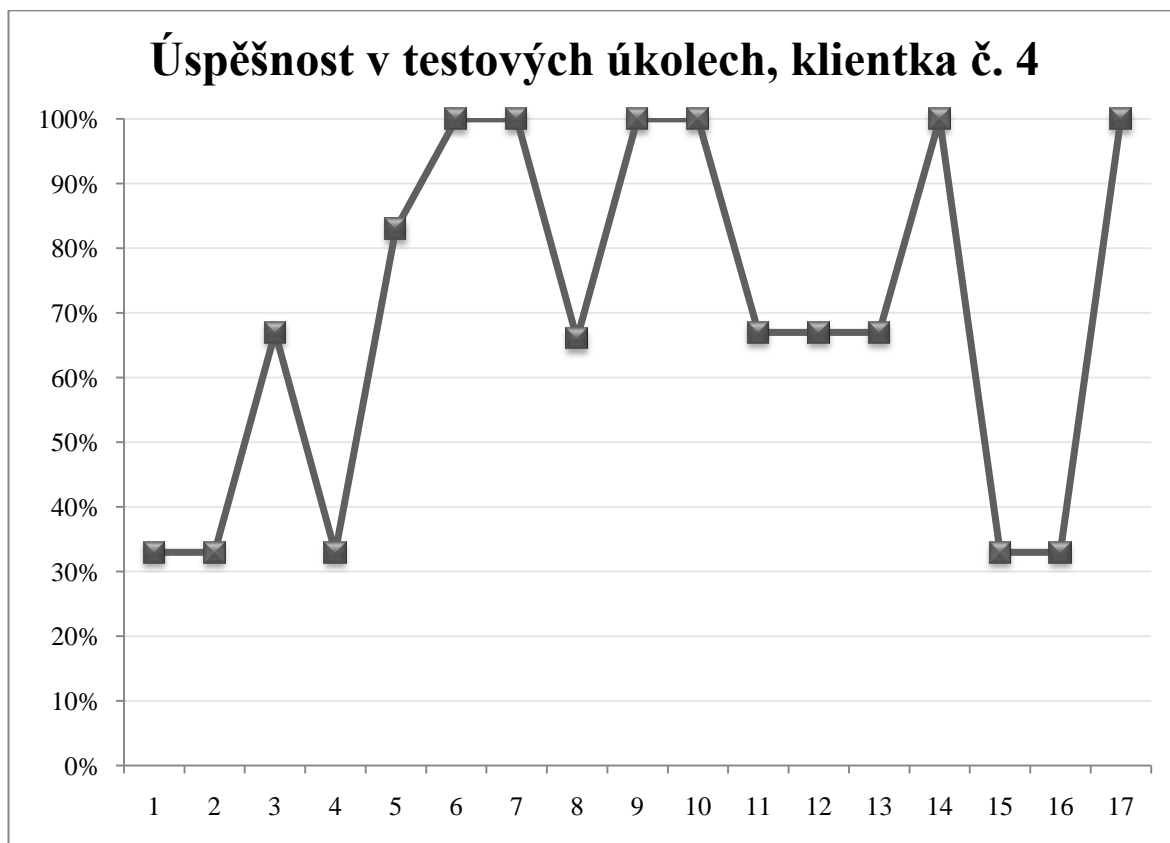
Tabulka č. 31 Vyhodnocení NTM, část č. 3, klientka č. 4

Vyhodnocení části č. 3 – domácí spotřebiče		
Zadaná instrukce	Počet dosažených bodů	Testovaná oblast
Instrukce č. 10	3/3	Porozumění mluveným instrukcím
Instrukce č. 11	2/3	Porozumění psaným instrukcím
Instrukce č. 12	2/3	
Instrukce č. 13	2/3	

Tabulka č. 32 Vyhodnocení NTM, část č. 4, klientka č. 4

Vyhodnocení části č. 4 – čisticí prostředky		
Zadaná instrukce	Počet dosažených bodů	Testovaná oblast
Instrukce č. 14	3/3	Porozumění mluveným instrukcím
Instrukce č. 15	1/3	Porozumění psaným instrukcím
Instrukce č. 16	1/3	
Instrukce č. 17	3/3	

Graf č.4 Úspěšnost v testových úkolech, klientka č. 4



Komentář ke grafu č. 4:

Graf č. 4 znázorňuje procentuální úspěšnost klientky č.4 v jednotlivých instrukcích testového souboru. Vodorovná osa značí jednotlivé instrukce v testovém souboru, svislá osa znázorňuje procentuální úspěšnost. Bezchybně klientka zvládla odpovědět při zadání instrukce č. 6, 7, 9, 10, 14 a 17. V ostatních oblastech se pohybovala v pásmu podprůměru až středových hodnot (30% - 70% úspěšnosti).

3.7.5 Vyhodnocení testového materiálu klientka č. 5

Klientka č. 5 se velmi aktivně podílela na plnění všech zadávaných instrukcí. Byla schopna soustředit se po celou dobu testu. Pracovala samostatně, bez potřeby konzultovat zadání instrukcí s examínátorem. Při práci s pracovními listy se objevilo přeríkání si zadání polohlasem. Testový soubor byl vyšetřen během jednoho setkání v průběhu cca 35 min. Největší chybovosti klientka dosáhla v oblasti č. 1 „Léčebný režim“. Z hlediska porozumění mluveným x psaným instrukcím klientka více chybovala při práci s úkoly,

které se zaměřovaly na porozumění písemnému sdělení. Největší úspěšnosti bylo dosaženo v oblasti č. 4 „Čistící prostředky“.

Tabulka č. 33 Vyhodnocení NTM, část č. 1, klientka č. 5

Vyhodnocení části č. 1 - léčebný režim		
Zadaná instrukce	Počet dosažených bodů	Testovaná oblast
Instrukce č. 1	1/3	Porozumění mluveným instrukcím
Instrukce č. 2	0/3	
Instrukce č. 3	1/3	Porozumění psaným instrukcím
Instrukce č. 4	2/3	

Tabulka č. 34 Vyhodnocení NTM, část č. 2, klientka č. 5

Vyhodnocení části č. 2 – nakládání s penězi, nakupování		
Zadaná instrukce	Počet dosažených bodů	Testovaná oblast
Instrukce č. 5	6/6	Porozumění mluveným instrukcím
Instrukce č. 6	4/4	
Instrukce č. 7	1/3	
Instrukce č. 8	1/3	Porozumění psaným instrukcím
Instrukce č. 9	6/6	

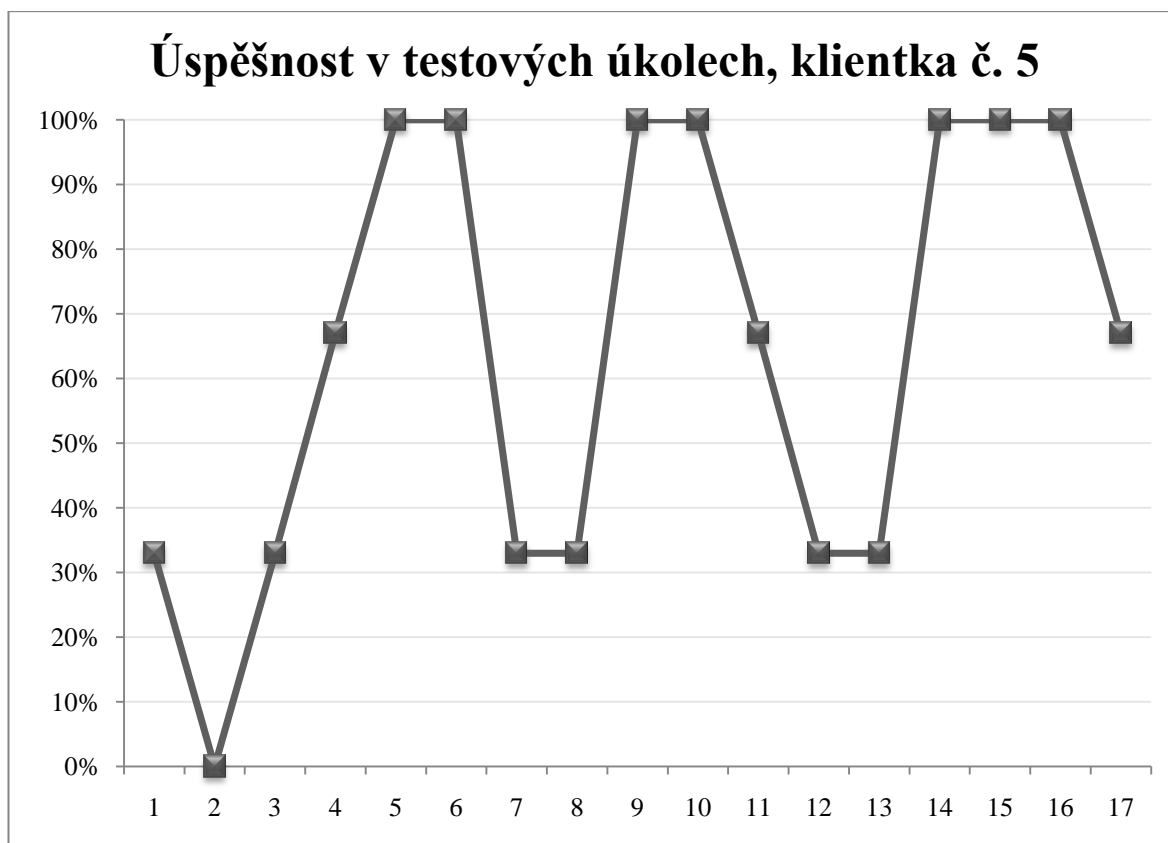
Tabulka č. 35 Vyhodnocení NTM, část č. 3, klientka č. 5

Vyhodnocení části č. 3 – domácí spotřebiče		
Zadaná instrukce	Počet dosažených bodů	Testovaná oblast
Instrukce č. 10	3/3	Porozumění mluveným instrukcím
Instrukce č. 11	2/3	Porozumění psaným instrukcím
Instrukce č. 12	1/3	
Instrukce č. 13	1/3	

Tabulka č. 36 Vyhodnocení NTM, část č. 4, klientka č. 5

Vyhodnocení části č. 4 – čistící prostředky		
Zadaná instrukce	Počet dosažených bodů	Testovaná oblast
Instrukce č. 14	3/3	Porozumění mluveným instrukcím
Instrukce č. 15	3/3	Porozumění psaným instrukcím
Instrukce č. 16	3/3	
Instrukce č. 17	2/3	

Graf č.5 Úspěšnost v testových úkolech, klientka č. 5



Komentář ke grafu č. 5:

Graf č. 5 znázorňuje procentuální úspěšnost klientky č. 5 v jednotlivých instrukcích testového souboru. Vodorovná osa značí jednotlivé instrukce v testovém souboru, svislá osa znázorňuje procentuální úspěšnost. Klientka nechybovala v instrukcích č. 5, 6, 9, 10, 14, 15 a 16, v těchto oblastech tedy dosáhla 100% úspěšnosti. Výrazné selhání pozorujeme při zadání instrukce č. 2, kde se klientce nepovedlo správně splnit ani jeden ze zadaných úkolů. V ostatních oblastech se pohybovala v pásmu podprůměru až středových hodnot (30% - 70% úspěšnosti).

3.8 Zhodnocení výzkumných otázek

Na začátku výzkumného šetření jsme si stanovili tři výzkumné otázky:

- Výzkumná otázka č. 1: Jaká bude úroveň porozumění mluveným a psaným instrukcím?
- Výzkumná otázka č. 2: Které oblasti testového souboru budou klientům činit největší obtíže?

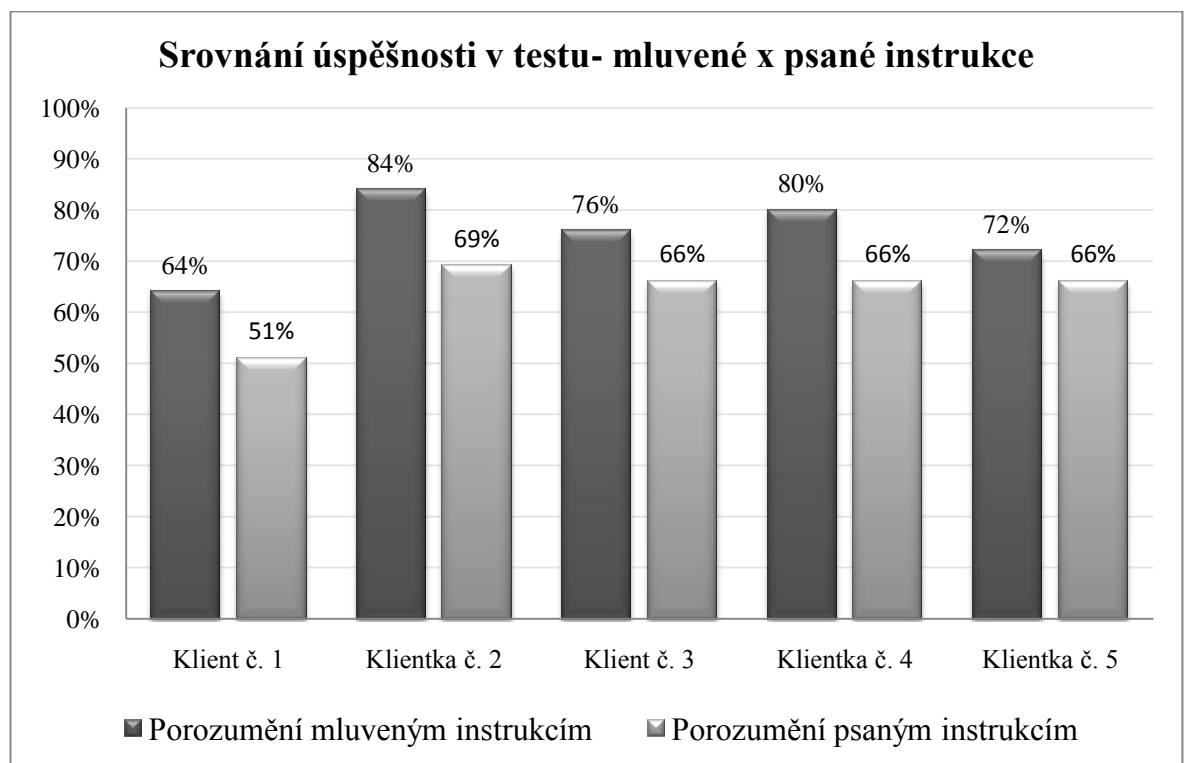
- Výzkumná otázka č. 3: Klienti s kterým typem afázie budou v testovém souboru nejúspěšnější?

Na základě výsledků šetření můžeme na stanovené výzkumné otázky odpovědět následovně.

3.8.1 Jaká bude úroveň porozumění mluveným a psaným instrukcím?

Z hlediska úspěšnosti v zadaném testovém souboru byli všichni klienti bez ohledu na typ afázie úspěšnější v oblasti porozumění mluveným instrukcím. V oblasti psaných instrukcí se vyskytovala větší chybovost, tato oblast byla z hlediska kvalitativního posouzení také psychicky hůře vnímána. Při zadávání instrukcí týkající se porozumění psanému textu, se u klientů vyskytovaly negativní verbální projevy, pochybnosti o jejich schopnostech splnění úkolů. Rozdíly v úspěšnosti klientů v testovaných oblastech (tedy oblast porozumění psaným instrukcím a oblast porozumění mluveným instrukcím) nebyly ale tak výrazné. Shrnutí procentuální úspěšnosti v testovaných oblastech uvádíme v následujícím grafu.

Graf č. 6 Srovnání úspěšnosti v testu – mluvené x psané instrukce



Komentář ke grafu č. 6:

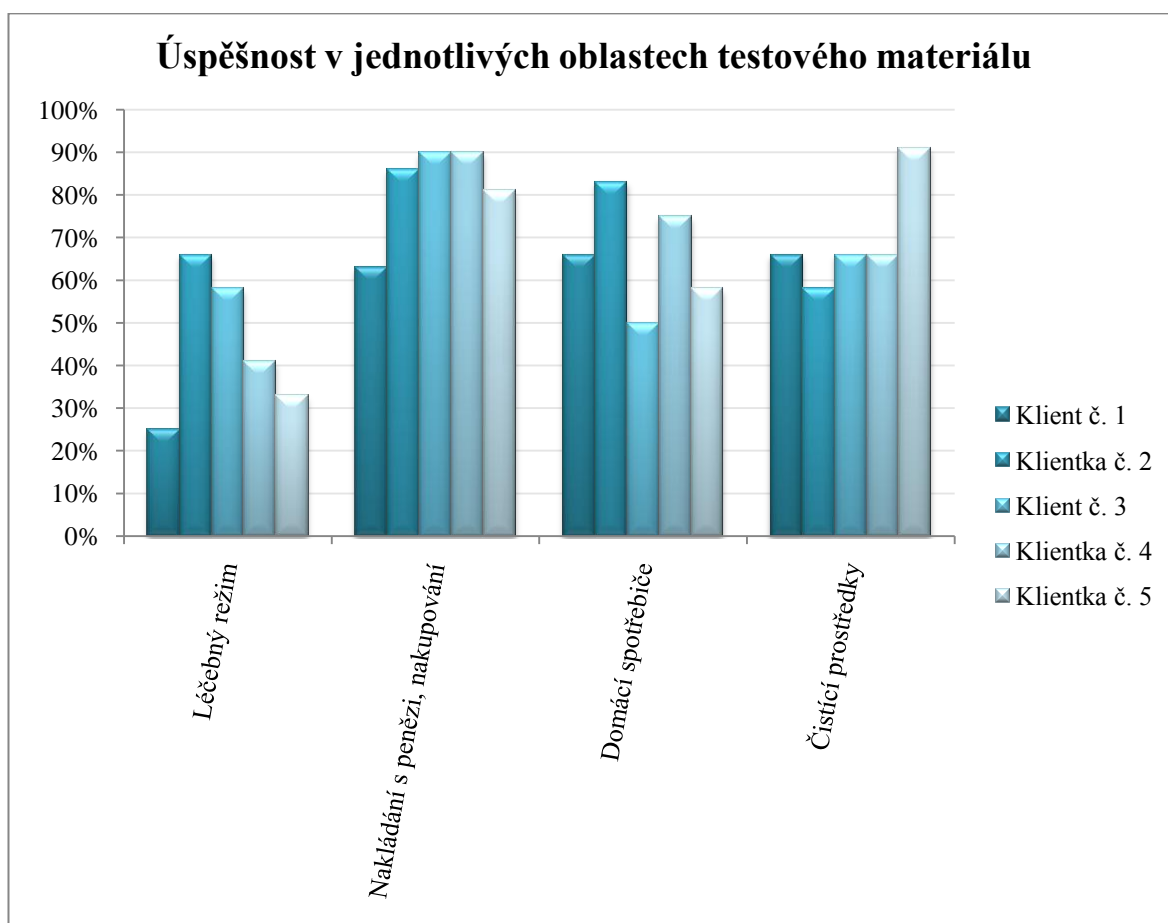
Vodorovná osa grafu znázorňuje jednotlivé klienty, svislá osa grafu značí procentuální úspěšnost v testu. Z grafu č.6 vyplývá, že všichni testovaní klienti dosáhli nadpoloviční úspěšnosti v obou testovaných oblastech (psaných i mluvených instrukcích). Nižších výsledků bylo dosahováno v oblasti porozumění psaným instrukcím. Rozdíl v úspěšnosti v testovaných oblastech se pohyboval okolo 11% ve prospěch mluvených instrukcí.

3.8.2 Které ze čtyř oblastí testového souboru budou klientům činit největší obtíže?

Testový soubor se skládal ze čtyř oblastí, zaměřoval se na oblast léčebného režimu, nakupování a nakládání s penězi, domácích spotřebičů, poslední oblastí byly čisticí prostředky. Všechny části testu se tedy zaměřovaly na aktivity, se kterými se klienti setkávají v průběhu denních činností a jsou nedílnou součástí jejich života. Největší chybovosti se klienti dopouštěli v oblasti č.1 Léčebný režim, ve které byli také velmi nejistí při odpovědích. Silnou oblastí byla pro všechny respondenty část č. 2 Nakládání s penězi, nakupování. Při práci s úkoly v této oblasti byla u všech klientů patrná sebedůvěra a radost ze správnosti odpovědí.

Níže uvádíme grafické znázornění úspěšnosti v jednotlivých oblastech testového materiálu.

Graf č. 7 Úspěšnost v jednotlivých oblastech testového materiálu



Komentář ke grafu č. 7:

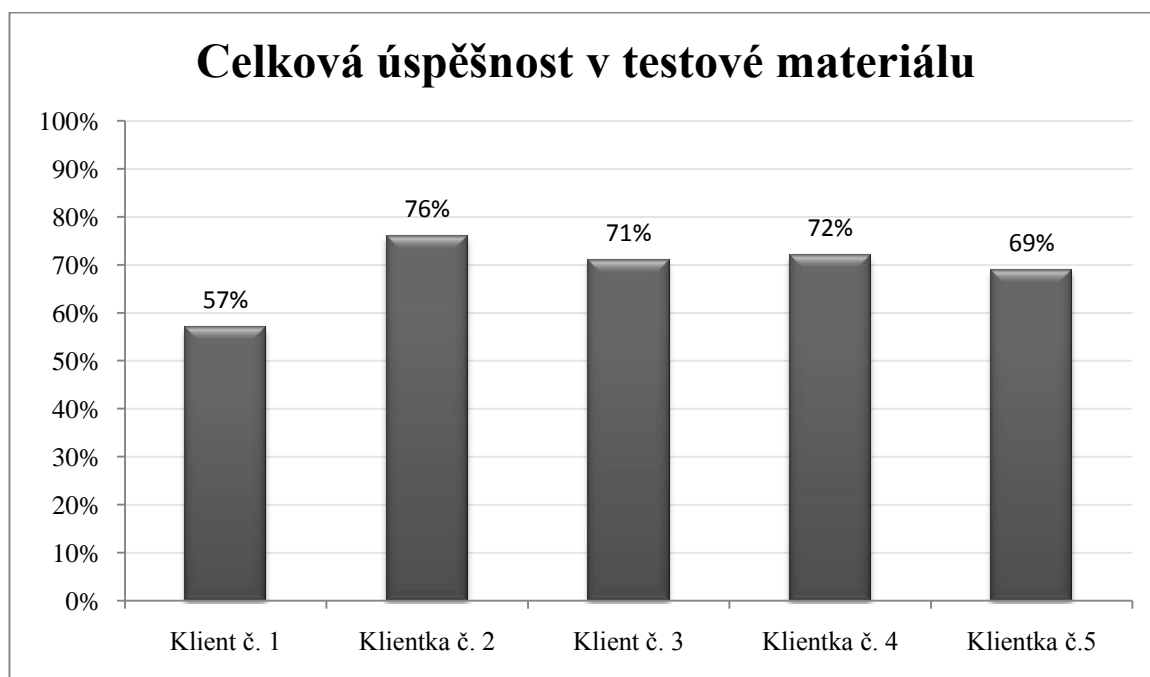
Vodorovná osa grafu znázorňuje čtyři části testového souboru, svislá osa grafu znázorňuje procentuální úspěšnost každého klienta v jednotlivých oblastech. Z grafu vyplývá, že největší obtíže respondentům činila oblast č. 1 Léčebný režim, ve které nadpoloviční většina klientů dosahovala úspěšnosti nižší než 50%. Největší úspěšnosti bylo dosahováno v oblasti č. 2 Nakládání s penězi, nakupování, kde nadpoloviční většina respondentů dosáhla 80% a vyšší úspěšnosti.

3.8.3 Klienti s kterým typem afázie budou v testovém souboru nejúspěšnější?

Při analýze výsledků, kterých dosáhli jednotliví respondenti v testovém souboru jako celku, jsme nezaznamenali výrazné rozdíly v úspěšnosti, které by se daly přičíst typu afázie. Všichni respondenti se pohybovali s úspěšností okolo 70%. Výrazněji nižší

úspěšnosti dosáhl pouze klient č. 1 s diagnózou expresivní afázie. Ze všech respondentů byl ale tento klient nejstarší, což mohlo také negativně ovlivnit výsledky. Z hlediska typu afázie tedy nemůžeme ze získaných výsledků vyslovit jasné stanovisko, které by vysvětlovalo, zda typ afázie ovlivnil dosažené výsledky jednotlivých respondentů v testovém souboru.

Graf č. 8 Celková úspěšnost v testovém materiálu



Komentář ke grafu č. 8:

Vodorovná osa grafu znázorňuje jednotlivé respondenty, svislá osa grafu procentuální úspěšnost v testu. Z grafu vyplývá, že úspěšnost jednotlivých respondentů v testovém souboru se pohybuje okolo 70%. Nevyskytují se zde výrazné rozdíly v úspěšnosti, které bychom mohli přisuzovat typu afázie. Klient č. 1 dosáhl nejnižší úspěšnosti, pravděpodobné důvody jsme již popsali výše.

DISKUSE

V rámci výzkumného šetření jsme se zaměřili na analýzu porozumění v komunikaci u osob s afázií. Konkrétně jsme analyzovali oblast verbální komunikace a to porozumění jak mluvené tak psané formě. Potvrdil se nám fakt uváděný v odborné literatuře a to, že u afatických klientů se (do jisté míry) zachovaným porozuměním řeči se také vyskytují obtíže v komunikační percepci. Pro analýzu porozumění jsme vytvořili vlastní návrh nestandardizovaného testového materiálu, kterým jsme individuálně vyšetřili pět klientů s diagnózou afázie. Jednalo se o klienty s Brocovou, anomickou a transkortikální motorickou afázií. Ve výzkumném šetření jsme se snažili odpovědět si na několik otázek. Zajímalo nás, zda bude pro klienty obtížnější porozumět mluveným nebo psaným instrukcím. Po vyhodnocení dat můžeme usoudit, že všichni klienti dosahovali nižších výsledků v oblasti psaných instrukcí. Tento fakt bychom si mohli vysvětlit také tím, že zadávané psané instrukce byly nejen delší, ale také morfologicko-syntakticky náročnější. Dále jsme se snažili zjistit, která ze čtyř oblastí testového souboru bude pro klienty nejobtížnější, tedy ve které budou nejvíce selhávat. Výrazné nedostatky jsme zaznamenali v části týkající se léčebného režimu, naopak velmi dobrých výsledků bylo dosahováno v oblasti, která se zaměřovala na práci s penězi a nakupování. Snažili jsme se také zhodnotit, zda některá z testovaných skupin klientů bude v testovém souboru selhávat výrazněji. Tento fakt se nám nepotvrdil, výsledky jednotlivých klientů byly téměř vyrovnané, proto jsme nemohli obecně shrnout, zda typ afázie ovlivnil úspěšnost v testu nebo nedostatky mohly souviset také s jinými faktory. V našem šetření jsme ale pracovali s malým výzkumným vzorkem, z čehož vyplývá, že nemůžeme usuzovat obecné závěry. Malý počet respondentů byl zapříčiněn problémy s navázáním spolupráce se zařízeními, které poskytují logopedickou péči osobám s afázií. Jednalo se zejména o neumožnění individuální práce studenta s klientelou popř. o absenci dané cílové skupiny. Pro obecnější závěry by bylo potřeba získat větší počet respondentů. Vhodným doplňkem by bylo také kvalitativní zkoumání pozorovaných oblastí v běžném prostředí klientů a jejich schopnosti se prakticky orientovat v daných činnostech. Uváděné výzkumné šetření tedy můžeme považovat jako námět pro rozšíření a podrobnější zpracování problematiky.

ZÁVĚR

U osob s afázií se diagnostika často zaměřuje na schopnosti, jako jsou lexie, grafie, kalkule, spontánní řečová produkce, porozumění, automatická řeč, pojmenování, opakování aj. Logopedi, neurologové se snaží rozeznat přítomnost poruchy, její stupeň a typ, hodnotí silné a slabé stránky pacienta. Zaměření se na oblast funkcionální komunikace a na fakt, jak je klient schopen zvládat běžné úkoly související s denním režimem se staví až na úplný konec diagnostického ale také terapeutického procesu. Často se předpokládá, že klient s afázií bývá po odeznění nejvýraznějších zdravotních komplikací následně odkázán na péči odborného zařízení nebo rodinného příslušníka, čímž výrazně klesá jeho možnost samostatně se angažovat v aktivitách, které jsou pro osobu bez přítomnosti afázie běžné v rámci denního režimu. Často dochází k zajištění nákupu, obstarání léků a jejich dávkování, úklidu domácnosti (u pobytových zařízení úklidu pokoje) popř. k přípravě stravy. Touto péčí je klient často „automaticky“ vyřazen z aktivit, které jsou nezbytnou součástí života, a z důvodu tohoto vyřazení v těchto aktivitách často selhává a tím je odkázán na péči jiné osoby. Toto zamyšlení nás vedlo k vytvoření krátkého testového materiálu, který by zkoumal právě výše uvedené oblasti. Zaměřili jsme se tedy na popsané oblasti a hodnotili jsme úspěšnost jednotlivých respondentů. Důležité pro nás bylo také to, že jednotliví klienti nejsou uživatelé pobytových zařízení, ale žijí v samostatné domácnosti (i když s rodinnými příslušníky). Po vyhodnocení jednotlivých oblastí jsme zjistili, že klientům činilo výrazné obtíže orientovat se v aktivitách související s léčebným režimem. Tato oblast se zaměřovala jak na manipulaci s léky dle slovních instrukcí, kdy jsme pracovali s dávkovačem léků, ale také na porozumění příbalovému letáku a selekci důležitých informací které se týkaly dávkování nebo nežádoucích účinků. Jak jsme již popsali výše, práce s textem a jeho porozumění bylo pro všechny klienty nejen náročné z hlediska výskytu chybovosti, ale tato oblast byla také nejhůře psychicky vnímána a pro klienty představovala výrazné psychické zatížení, které se tedy mohlo odrazit v chybovosti. Výzkumem jsme tedy chtěli také zdůraznit nutnost logopedické intervence také na aktivitách denního režimu a to nejen z důvodu zlepšení komunikačních dovedností klientů, ale také z důvodu podpoření těchto osob v jejich samostatnosti a snížení míry závislosti na pečujících osobách. V případě, že dojde ke snížení závislosti klientů s afázií na jiných osobách, přinese tento fakt bezesporu zvýšení sociálního statusu, ale také zlepšení psychického stavu. Dle autorčina názoru by se

odborná péče měla v praxi rozšířit také na intenzivní práci s klienty na těchto oblastech a to nejen při individuální logopedické péči. Samostatnost a procvičování jednotlivých oblastí by měly podpořit také pečující osoby a pobytová zařízení.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

BYTEŠNÍKOVÁ, Ilona; Radka, HORÁKOVÁ a Jiřina, KLENKOVÁ. *Logopedie a surdopedie: texty k distančnímu vzdělávání*. Brno: Paido, 2007. 118 s. ISBN 978-80-7315-136-2.

CSÉFALVAY, Zsolt; Pavol, TRAUBNER. *Afaziologia pre klinickú prax*. Martin: Osveta, 1996. 207 s. ISBN 8021703776.

CSÉFALVAY, Zsolt. 2003. Diagnostika afázie. In LECHTA, Viktor. *Diagnostika narušené komunikační schopnosti*. Praha: Portál. s. 202 - 237. ISBN 80-7178-801-5.

CSÉFALVAY, Zsolt. *Terapie afázie: teorie a případové studie*. 1. vyd. Praha: Portál, 2007. 176 s. ISBN 978-80-7367-316-1.

CSÉFALVAY, Zsolt; Lucia, BARTEKOVÁ. *Efektivita terapie afázie v chronickom štádiu ochorenia*. Bratislava: Lieč Reh Gúth, 2007.

CSÉFALVAY, Zsolt. 2009. Afázia. In KERÉKRÉTIÓVÁ, Aurélia. *Základy logopédie*. Bratislava: Univerzita Komenského. s. 227-241. 344 s. ISBN 80-7178-546-6.

CSÉFALVAY, Zsolt; Milena, Košťálová. 2013. Diagnostika afázie. In CSÉFALVAY, Zsolt; Viktor, Lechta. *Diagnostika narušené komunikační schopnosti u dospělých*. Praha: Portál, 2013. s. 83 – 112. 228 s. ISBN 978-80-262-0364-3.

ČECHÁČKOVÁ, Miloslava. 2007. Získané organické poruchy řečové komunikace. In ŠKODOVÁ, Eva; Ivan JEDLIČKA a kol. *Klinická logopedie*. 2. vyd. Praha: Portál. s. 147 – 207. 616 s. ISBN 978-80-7367-340-6.

DE VITO, Joseph. *Základy mezilidské komunikace*. 6. vyd. Praha: Grada, 2008. 502 s. ISBN 978-80-247-2018-0.

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

FERJENČÍK, Ján. *Úvod do metodologie psychologického výzkumu: Jak zkoumat lidskou duši*. Praha: Portál, 2012. 256 s. ISBN 978-80-262-0229-5.

GAVORA, Peter. *Úvod do pedagogického výzkumu*. Brno: Paido, 2010. 207 s. ISBN 80-85931-79-6.

HARTL, Pavel; Helena HARTLOVÁ. *Psychologický slovník*. 1. vyd. Praha: Portál, 2000. 776 s. ISBN 80-7178-303-X.

HARTLEY, Peter. *Interpersonal communication*. 2nd ed. London: Routledge, 1999.

HEROUTOVÁ, Markéta. 2004. Diagnostika narušené komunikační schopnosti. In VÍTKOVÁ, Marie a kol. *Integrativní speciální pedagogika: integrace školní a sociální*. 2. vyd. Brno: Paido. 464 s. ISBN 80-7315-071-9.

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

KOUKOLÍK, František. *Lidský mozek: funkční systémy: norma a poruchy*. 3. přeprac. a dopl. vyd. Praha: Galén, 2012. 400 s. ISBN 978-80-7262-771-4.

KRÁL, Michal a kol. *Neurologie pro speciální pedagogy*. Olomouc: Univerzita Palackého, Pedagogická fakulta, 2012. 209 s. ISBN 978-80-244-3244-1.

KŘIVOHLAVÝ, Jaro. *Jak si navzájem lépe porozumíme: Kapitoly z psychologie sociální komunikace*. 1. vyd. Praha: Svoboda, 1988. 235 s.

KULIŠŤÁK, Petr. *Neuropsychologie*. 2. přepr. vyd. Praha: Portál, 2011. 384 s. ISBN 978-80-7367-891-3.

LECHTA, Viktor. 2007. Základní vymezení oboru logopedie. In ŠKODOVÁ, Eva; Ivan, JEDLIČKA a kol. *Klinická logopedie*. 2. vyd. Praha: Portál. s. 17 – 29 s. 616 s. ISBN 978-80-7367-340-6.

LOVE, Russel J.; Wanda G. WEBB. *Mozek a řeč: neurologie nejen pro logopedy*. 1. vyd. Praha: Portál, 2009. 376 s. ISBN 978-80-7367-464-9.

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

NEUBAUER, Karel. *Neurogenní poruchy komunikace u dospělých*. Praha: Portál, 2007. 216 s. ISBN 978-80-7367-159-4.

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

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

SCHULZ VON THUN, Friedmann. *Jak spolu komunikujeme*. Praha: Grada, 2005. ISBN 80-247-0832-9.

SLOWÍK, Josef. *Speciální pedagogika*. Praha: Grada, 2007. ISBN 978-80-247-1733.

SLOWÍK, Josef. *Komunikace s lidmi s postižením*. 1. vyd. Praha: Portál, 2010. 160 s. ISBN 978-80-7367-691-9.

VITÁSKOVÁ, Kateřina. 2005. Narušení grafické formy řeči. In VITÁSKOVÁ, Kateřina; Alžběta, PEUTELSCHMIEDOVÁ. *Logopedie*. Olomouc: Univerzita Palackého, 2005. 182 s. ISBN 80-244-1088-5.

VYMĚTAL, Jan. *Průvodce úspěšnou komunikací: Efektivní komunikace v praxi*. 1. vyd. Praha: Grada, 2008. 322 s. ISBN 978-80-247-2614-4.

SEZNAM INTERNETOVÝCH ZDROJŮ

FN Brno: Neurologická klinika, Dotazník funkcionální komunikace [online]. c2016, [cit. 6. března 2016] Dostupné z: <<http://www.fnbrno.cz/nemocnice-bohunice/neurologicka-klinika/dotaznik-funkcionalni-komunikace-dfk/t4546>>

HALLÉ, Marie-Christine; Guylaine Le DORZE. Understanding significant others' experience of aphasia and rehabilitation following stroke. In: *Disability and Rehabilitation: An international multidisciplinary journal*. [online]. c2014, [cit. 21. března 2016] Dostupné z:

<<http://eds.a.ebscohost.com/eds/pdfviewer/pdfviewer?sid=7dadb9f4-5704-49b3-a3e5-3c487075080e@sessionmgr4005&vid=5&hid=4105&preview=false>>

KOŠŤÁLOVÁ, Milena. *Screening afázie, MASTcz* [online]. c2016, [cit. 28. února 2016] Dostupné z: <<http://www.fnbrno.cz/nemocnice-bohunice/neurologicka-klinika/screening-afazie-mastcz/t3305>>

KOŠŤÁLOVÁ, Milena; Markéta BEDNAŘÍKOVÁ a Radka MICHALČÁKOVÁ. *Zkouška vizuální pozornosti* [online]. c2016, [cit. 20. března 2016] Dostupné z: <<http://www.fnbrno.cz/nemocnice-bohunice/neurologicka-klinika/zkouska-vizualni-pozornosti/t4083>>

McGill Univerzity: Bilingual Aphasia Test [online]. c2016, [cit. 20. března 2016] Dostupné z: <<http://www.mcgill.ca/linguistics/research/bat>>

Merck Manual: Professional Version. Juebin Huang, Aphasia. [online]. c2016, [cit. 12. března 2016] Dostupné z: <<https://www.merckmanuals.com/professional/neurologicdisorders/function-and-dysfunction-of-the-cerebral-lobes/aphasia>>

Velký lékařský slovník: apalický syndrom [online]. c2016, [cit. 28. února 2016] Dostupné z: <<http://lekarske.slovniky.cz/pojem/apalicky-syndrom>>

Wikipedia: Boston Diagnostic Aphasia Examination [online]. c2015, [cit. 7. března 2016]
Dostupné z: <https://en.wikipedia.org/wiki/Boston_Diagnostic_Aphasia_Examination>

Wikipedia: Carl Wernicke [online]. c2016, [cit. 17. března 2016] Dostupné z:
<https://en.wikipedia.org/wiki/Carl_Wernicke>

Wikipedia: Western Aphasia Battery [online]. c2015, [cit. 7. března 2016] Dostupné z:
<https://en.wikipedia.org/wiki/Western_Aphasia_Battery>

SEZNAM ZKRATEK

AAT – Aachener Aphasia Test

AAT – BT– Aachener Aphasia Test – Bedside test

aj. – a jiné

AQ - kvocient afázie

AST– Aphasia Schnell Test

BASA - Boston Assessment of Severe Aphasia

BAT –Bilingual Aphasia Test

BDAE - Boston Diagnostic Aphasia Examination

BEST– Bedside Evaluation Screening Test

BNT – Boston Naming Test

CMP – cévní mozková příhoda

CNS – centrální nervový systém

CADL – Communicative Abilities of Daily Living

CAPPA – Conversation Analysis Profile for People with Aphasia

CAT – Comprehensive Aphasia Test

CJI – celkový jazykový index

CQ - kvocient kortikálního narušení

DFK - Dotazník funkcionální komunikace

DgAAA - Diagnostika afázie, alexie a agrafie

FAST – Frenchay Aphasia Screening Test

FN – fakultní nemocnice

ICF – International Classification of Functioning Disability and Health

IP – index produkce

IR – index porozumění

LQ - kvocient jazykového narušení

MAST - Mississippi Aphasia Screening Test

MKN-10 – Mezinárodní statistická klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů, 10. revize

MTDDA - Minnesota Test for Differential Diagnosis of Aphasia

např. – například

NTM - nestandardizovaný testový materiál

OANB - Object and Action Naming Battery

PALPA – Psycholinguistic Assessment of Language Processing in Aphasia

PC – počítač

PICA - Porch Index of Communication Ability

popř. - popřípadě

TPO – Test pojmenování obrázků

tzn. – to znamená

tzv. – takzvané

VFF – Vyšetření fatických funkcí

WAB - Western Aphasia Battery

ZVP – Zkouška vizuální pozornosti

SEZNAM OBRÁZKŮ

Obrázek č. 1 Úrovně komunikace

Obrázek č. 2 Komunikační model

SEZNAM TABULEK

Tabulka č. 1 Dělení afázií dle Bostonské klasifikace

Tabulka č. 2 Dělení afázií dle Lurijovy klasifikace

Tabulka č. 3 Dělení afázií dle Hrbkovy klasifikace

Tabulka č. 4 Dělení afázií dle Kimlovy klasifikace

Tabulka č. 5 Hodnocené oblasti MAST

Tabulka č. 6 Hodnocené oblasti BEST

Tabulka č. 7 Hodnocené oblasti MTDDA

Tabulka č. 8 Hodnocené oblasti AAT - BT

Tabulka č. 9 Hodnocené oblasti Lurijova přístupu k diagnostice afázie

Tabulka č. 10 Hodnocené oblasti DgAAA

Tabulka č. 11 Hodnocené oblasti BASA

Tabulka č. 12 NTM – hodnocení části č. 1

Tabulka č. 13 NTM – hodnocení části č. 2

Tabulka č. 14 NTM – hodnocení části č. 4

Tabulka č. 15 NTM – hodnocení části č. 5

Tabulka č. 16 Anamnestické informace klientů

Tabulka č. 17 Vyhodnocení NTM, část č. 1, klient č. 1

Tabulka č. 18 Vyhodnocení NTM, část č. 2, klient č. 1

Tabulka č. 19 Vyhodnocení NTM, část č. 3, klient č. 1

Tabulka č. 20 Vyhodnocení NTM, část č. 4, klient č. 1

Tabulka č. 21 Vyhodnocení NTM, část č. 1, klientka č. 2

Tabulka č. 22 Vyhodnocení NTM, část č. 2, klientka č. 2

Tabulka č. 23 Vyhodnocení NTM, část č. 3, klientka č. 2

Tabulka č. 24 Vyhodnocení NTM, část č. 4, klientka č. 2

Tabulka č. 25 Vyhodnocení NTM, část č. 1, klient č. 3

Tabulka č. 26 Vyhodnocení NTM, část č. 2, klient č. 3

Tabulka č. 27 Vyhodnocení NTM, část č. 3, klient č. 3

Tabulka č. 28 Vyhodnocení NTM, část č. 4, klient č. 3

Tabulka č. 29 Vyhodnocení NTM, část č. 1, klientka č. 4

Tabulka č. 30 Vyhodnocení NTM, část č. 2, klientka č. 4

Tabulka č. 31 Vyhodnocení NTM, část č. 3, klientka č. 4

Tabulka č. 32 Vyhodnocení NTM, část č. 4, klientka č. 4

Tabulka č. 33 Vyhodnocení NTM, část č. 1, klientka č. 5

Tabulka č. 34 Vyhodnocení NTM, část č. 2, klientka č. 5

Tabulka č. 35 Vyhodnocení NTM, část č. 3, klientka č. 5

Tabulka č. 36 Vyhodnocení NTM, část č. 4, klientka č. 5

SEZNAM GRAFŮ

Graf č. 1 Úspěšnost v testových úkolech, klient č. 1

Graf č. 2 Úspěšnost v testových úkolech, klientka č. 2

Graf č. 3 Úspěšnost v testových úkolech, klient č. 3

Graf č. 4 Úspěšnost v testových úkolech, klientka č. 4

Graf č. 5 Úspěšnost v testových úkolech, klientka č. 5

Graf č. 6 Srovnání úspěšnosti v testu – mluvené x psané instrukce

Graf č. 7 Úspěšnost v jednotlivých oblastech testového materiálu

Graf č. 8 Celková úspěšnost v testovém materiálu

SEZNAM PŘÍLOH

- Příloha č. 1** Pracovní list: Oblast léčebný režim – porozumění psaným instrukcím, instrukce č. 3
- Příloha č. 2** Pracovní list: Oblast léčebný režim – porozumění psaným instrukcím, instrukce č. 4
- Příloha č. 3** Pracovní list: Oblast nakládání s penězi, nakupování – porozumění psaným instrukcím, instrukce č. 8
- Příloha č. 4** Pracovní list: Oblast nakládání s penězi, nakupování – porozumění psaným instrukcím, instrukce č. 9
- Příloha č. 5** Pracovní list: Oblast domácí spotřebiče – porozumění psaným instrukcím, instrukce č. 11
- Příloha č. 6** Pracovní list: Oblast domácí spotřebiče – porozumění psaným instrukcím, instrukce č. 12
- Příloha č. 7** Pracovní list: Oblast domácí spotřebiče – porozumění psaným instrukcím, instrukce č. 13
- Příloha č. 8** Pracovní list: Oblast čisticí prostředky – porozumění psaným instrukcím, instrukce č. 15
- Příloha č. 9** Pracovní list: Oblast čisticí prostředky – porozumění psaným instrukcím, instrukce č. 16
- Příloha č. 10** Pracovní list: Oblast čisticí prostředky – porozumění psaným instrukcím, instrukce č. 17

Příloha č. 1

Přečtěte si text a následně odpovzte na stanovené otázky.

Vždy užívejte přípravek přesně v souladu s příbalovou informací nebo podle pokynů svého lékaře nebo lékárníka. Dávkování: užívá se třikrát denně 1 – 2 potahované tablety přípravku. Potahované tablety se užívají nerozkousané, společně s malým množstvím tekutiny. Přípravek se užívá v pravidelnou denní dobu po jídle. Pro půlení tabletu položte na tvrdou podložku zářezem vzhůru a mírně na ni přitlačte palcem (Příbalový leták, Gingio tablety).

Otázky k textu:

„Jak často se přípravek užívá?“

- a) dvakrát denně jedna tableta
- b) třikrát denně jedna až dvě tablety
- c) jedenkrát až dvakrát týdně tři tablety

„Je potřeba tablety užívat s malým množstvím tekutiny a rozkousané?“

- a) ano
- b) ne

„Kdy se přípravek používá?“

- a) používá se nepravidelně
- b) používá se pravidelně před jídlem
- c) používá se pravidelně po jídle

Příloha č. 2

Přečtěte si text a následně odpovězte na stanovené otázky.

Podobně jako všechny léky může mít tento přípravek nežádoucí účinky, které se ale nemusí vyskytnout u každého. Přípravek se obvykle dobře snáší, někdy se však mohou objevit určité nežádoucí účinky. Ohledně četnosti nežádoucích účinků během užívání nelze dát žádné určité informace, protože tyto nežádoucí účinky jsou známy z ojedinělých hlášení lékařů, lékárníků nebo pacientů. Mohou se objevit následující nežádoucí účinky: krvácení, alergický šok, zarudnutí kůže a svědění, bolesti hlavy a závratě (Příbalový leták, Gingio tablety).

Otázky k textu:

„Mohou se při užívání přípravku vyskytnout nežádoucí účinky?“

- a) při užívání přípravku se mohou vyskytnout nežádoucí účinky
- b) při užívání přípravku se vyskytnou nežádoucí účinky
- c) při užívání přípravku se nevyskytnou nežádoucí účinky

„Objevují se nežádoucí účinky pravidelně?“

- a) ano
- b) ne

„V případě, že se vyskytne svědění a zčervenání kůže, je to projev nežádoucích účinků léku?“

- a) ano
- b) ne

Příloha č. 3

Přečtěte si text a odpovězte na otázky.

Jdete nakupovat. V obchodě mají slevu padesát procent na všechno zboží v oddělení „zelenina“ a „alkohol“.

Otázka č. 1:

„Kupujete půl kila banánů. Bude se na ně vztahovat sleva padesát procent?“

- a) ne
- b) ano

Otázka č. 2:

„Kupujete papriky a rajčata. Bude se na ně vztahovat sleva padesát procent?“

- a) ano
- b) ne

Otázka č. 3:

„Na jaké zboží se vztahuje sleva šedesát procent?“

- a) na zeleninu
- b) na zeleninu a alkohol
- c) na alkohol
- d) na žádné z uvedených

Příloha č. 4

Zaznačte všechna tvrzení, která jsou správná.

Hodnota bankovky je padesát korun.



- a) ano
- b) ne

Hodnota bankovky je pět set korun.



- a) ano
- b) ne

Hodnota bankovky je sto korun.



- a) ano
- b) ne

Hodnota mince je deset korun.



- a) ano
- b) ne

Hodnota mince je dvě koruny.



- a) ano
- b) ne

Hodnota mince je dvacet korun.



- a) ano
- b) ne

Příloha č. 5

Přečtěte si text a odpovězte na otázky.

Podle tabulky určete, na jakém materiálu můžete ohřívat potraviny v mikrovlnné troubě.

Otázka č. 1:

„Můžete v mikrovlnné troubě ohřívat potraviny na skle s kovovými ozdobami?“

- a) ano
- b) ne

Otázka č. 2:

„Můžete v mikrovlnné troubě ohřívat potraviny v papírovém kelímku?“

- a) ano
- b) ne

Otázka č. 3:

„Můžete v mikrovlnné troubě ohřívat potraviny v kovovém pekáči?“

- a) ano
- b) ne

Materiál	Nádobí	Mikrovlny
Keramika a sklo	Značka Corning ware	✓ ¹⁾
	Žárovzdorné sklo	✓
	Sklo s kovovými ozdobami	✗
Porcelán	Olovnatý křišťál	✗
	Bez kovových ozdob	✓
Kamenina a keramika ²⁾		✓
Plast	Žárovzdorné nádobí vhodné do mikrovlnné trouby	✓
	Plastový obal	✓
Kov	Pekáč	✗
	Hliníková fólie ³⁾	✓
Papír	Kelímky, tácky, ubrousky	✓
	Voskovaný papír	✓
Dřevo		✗

Příloha č. 6

Přečtěte si text a odpovězte na otázky.

Níže je obrázek a popis spotřebiče (mikrovlnná trouba), odpovězte na otázky.

Otázka č. 1:

„Když budete chtít otevřít mikrovlnnou troubu, zmáčknete tlačítko číslo 2?“

- a) ano
- b) ne

Otázka č. 2:

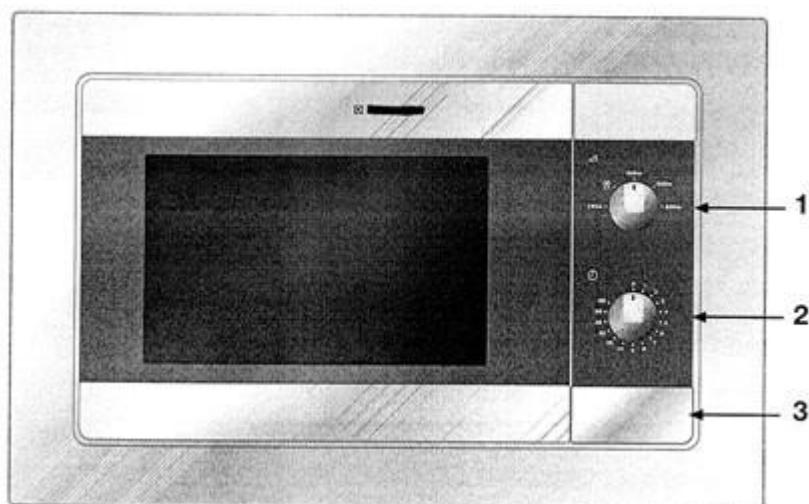
„Když budete chtít nastavit čas ohřívání jídla, otočíte kolečkem číslo 2?“

- a) ano
- b) ne

Otázka č. 3:

„Když budete chtít nastavit výkon ohřívání, otočíte kolečkem číslo 1?“

- a) ano
- b) ne



1. Volič výkonu ohřívání
2. Časovač
3. Otvírání dvířek

Příloha č. 7

Přečtěte si text a následně odpovězte na stanovené otázky.

Mikrovlnná trouba je určena k ohřívání, vaření jídel nebo rozmrazování jídel. Nezapínejte prázdnou troubu. Jestliže do trouby nevložíte jídlo nebo vodu, které absorbují mikrovlnnou energii, magnetronová trubice se může poškodit. Neukládejte spotřebič venku. Nepoužívejte ho v blízkosti vody.

Otázka k textu:

„K čemu je určena mikrovlnná trouba?“

- a) k ohřívání a rozmrazování jídel
- b) k ohřívání, rozmrazování a vaření zeleniny
- c) k ohřívání, rozmrazování a vaření jídel

Otázka k textu:

„Můžeme mikrovlnnou troubu zapínat, i když do trouby nevložíme jídlo nebo vodu?“

- a) ano
- b) ne

Otázka k textu:

„Můžeme spotřebič skladovat venku?“

- a) ano
- b) ne

Příloha č. 8

Přečtěte si text a následně odpovězte na stanovené otázky.

Krtek – čistič odpadů. Pokyny pro první pomoc.

Při styku s kůží – zasaženou kůží rychle opláchnout dostatečným množstvím vody. Odstranit nasáklý oděv, obuv, ponožky, hodinky, ozdoby. Důkladně, avšak bez velkého mechanického dráždění omýt vlažnou vodou. Oplachovat vlažnou vodou po dobu 10 – 15 min.

Otázka k textu:

„Pokud by při používání přípravku došlo k zasažení kůže, omyjeme zasažené místo horkou vodou?“

- a) ano
- b) ne

Otázka k textu:

„Pokud by při používání přípravku došlo k zasažení kůže, oplachujeme deset až patnáct minut vlažnou vodou?“

- a) ano
- b) ne

Otázka k textu:

„Pokud by při používání přípravku došlo k zasažení kůže, oplachujeme kůži až po uplynutí 10 – 15 min.?“

- a) ano
- b) ne

Příloha č. 9

Přečtěte si text a následně odpovzte na stanovené otázky.

Přípravek je vhodný na čištění podlah, laminátu a jiných velkých omývatelných ploch.

NÁVOD K POUŽITÍ:

Ředěný: Přidejte 3 víčka přípravku do 5 litrů vody. Neoplachujte.

Neředěný: Nalijte na houbičku anebo aplikujte přímo na znečištěný povrch. Poté opláchněte.

Otázka k textu:

„Na co přípravek budete používat?“

- a) na čištění WC
- b) na čištění podlah
- c) na čištění umyvadel

Otázka k textu:

„Když budete chtít s využitím přípravku vytřít podlahu, jak přípravek připravíte?“

- a) nalijete pět víček přípravku do pěti litrů vody
- b) nalijete tři víčka přípravku do tří litrů vody
- c) nalijete tři víčka přípravku do pěti litrů vody

Otázka k textu:

„Když budete chtít přípravek aplikovat přímo na znečištěný povrch, budete jej poté oplachovat?“

- a) ano
- b) ne

Příloha č. 10

Přečtěte si text a následně odpovězte na stanovené otázky.

Jar a Pur jsou prostředky na umývání nádobí, Krtek a Hydroxid jsou prostředky na čištění odpadů.

Otázka k textu:

„Na co budete používat přípravek Pur?“

- a) na čištění odpadů
- b) na umývání nádobí
- c) na umývání podlah

Otázka k textu:

„Jsou přípravky Krtek a Jar určeny na umývání nádobí?“

- a) ano
- b) ne

Otázka k textu:

„Které přípravky budete používat na čištění odpadů?“

- a) Jar a Krtek
- b) Hydroxid a Pur
- c) Hydroxid a Krtek

ANOTACE

Jméno a příjmení:	Mgr. Markéta Adamcová
Katedra:	Ústav speciálněpedagogických studií
Vedoucí práce:	PhDr. Renata Mlčáková, Ph.D.
Rok obhajoby:	2016

Název práce:	Analýza porozumění verbální složce komunikace u osob s afázií
Název v angličtině:	The Analysis of the Comprehension in the Verbal Communication at Clients with Aphasia
Anotace práce:	Diplomová práce se zaměřuje na analýzu porozumění verbální složce komunikace u klientů s afázií. Autorka se zaměřuje na teoretické vymezení oblastí jako jsou – komunikace, verbální komunikace, porozumění v komunikaci a vybrané oblasti z problematiky afázií. V této části shrnuje současné poznatky o terminologii, etiologii, klasifikaci, symptomatologii, popisuje jednotlivé syndromy afázie a věnuje se také možnostem diagnostiky. Praktická část práce se zabývá analýzou porozumění verbálním instrukcím prostřednictvím vlastního návrhu nestandardizovaného testového materiálu.
Klíčová slova:	komunikace, porozumění v komunikaci, verbální komunikace, afázie
Anotace v angličtině:	The thesis focuses on analysis of understanding the verbal component of communication of clients with aphasia. The author focuses on the theoretical definition of areas such as: communication, verbal communication, understanding of communication and selected areas of aphasia problems. In this section she summarizes the current knowledge of the terminology, etiology, classification, symptomatology, she describes the various syndromes of aphasia and focuses on the diagnostic capabilities. The practical part of the thesis deals with analysis of understanding verbal instructions by author's scheme for a non-standardized test material.

Klíčová slova v angličtině:	communication, comprehension in the communication, verbal communication, aphasia
Přílohy vázané v práci:	<p>Příloha č. 1 Pracovní list: Oblast léčebný režim - porozumění psaným instrukcím, instrukce č. 3</p> <p>Příloha č. 2 Pracovní list: Oblast léčebný režim – porozumění psaným instrukcím, instrukce č. 4</p> <p>Příloha č. 3 Pracovní list: Oblast nakládání s penězi, nakupování – porozumění psaným instrukcím, instrukce č. 8</p> <p>Příloha č. 4 Pracovní list: Oblast nakládání s penězi, nakupování – porozumění psaným instrukcím, instrukce č. 9</p> <p>Příloha č. 5 Pracovní list: Oblast domácí spotřebiče – porozumění psaným instrukcím, instrukce č. 11</p> <p>Příloha č. 6 Pracovní list: Oblast domácí spotřebiče – porozumění psaným instrukcím, instrukce č. 12</p> <p>Příloha č. 7 Pracovní list: Oblast domácí spotřebiče – porozumění psaným instrukcím, instrukce č. 13</p> <p>Příloha č. 8 Pracovní list: Oblast čistící prostředky – porozumění psaným instrukcím, instrukce č. 15</p> <p>Příloha č. 9 Pracovní list: Oblast čistící prostředky – porozumění psaným instrukcím, instrukce č. 16</p> <p>Příloha č. 10 Pracovní list: Oblast čistící prostředky – porozumění psaným instrukcím, instrukce č. 17</p>
Rozsah práce:	89 s.
Jazyk práce:	Český jazyk