

UNIVERZITA KARLOVA V PRAZE

1. LÉKAŘSKÁ FAKULTA

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

Praha 2008

Zuzana Relichová

UNIVERZITA KARLOVA V PRAZE

1. LÉKAŘSKÁ FAKULTA

ERGOTERAPIE



**Návrh tréninkového materiálu pro reedukaci čtení u pacientů
po poranění mozku**

Training material proposal for reading reeducation in patients after a brain injury

**Role ergoterapeuta při přípravě pacientů po poranění mozku
na reedukaci čtení**

Occupational therapy in preparing of patients after brain injury for reading reeducation

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

Vedoucí práce:

Mgr. Markéta Gerlichová

Autor:

Zuzana Relichová

Praha 2008

PODĚKOVÁNÍ

Chtěla bych poděkovat vedoucí mé bakalářské práce, paní Mgr. Markétě Gerlichové, za vedení, odborné připomínky, podněty a náměty, také bych chtěla poděkovat mé konzultantce ergoterapeutce paní Márii Krivošíkové, MSc. za cenné rady z oblasti ergoterapie a při strukturování obsahu práce.

ČESTNÉ PROHLÁŠENÍ

Prohlašuji tímto, že jsem zadanou bakalářskou práci vypracovala samostatně a uvedla jsem v seznamu literatury veškerou použitou literaturu a další zdroje. Souhlasím také s použitím mé práce ke studijním účelům.

V Praze dne 27. 11. 2008

Podpis studenta

Jméno: Zuzana Relichová

Obor Ergoterapie, rok imatrikulace: 2005

Vedoucí práce: Mgr. Markéta Gerlichová

Oponent : Bc. Kateřina Svěcená

Počet stran: 89

Název bakalářské práce:

Návrh tréninkového materiálu pro reedukaci čtení u pacientů po poranění mozku

Training material proposal for reading reeducation in patients after a brain injury

Role ergoterapeuta při přípravě pacientů po poranění mozku na reedukaci čtení

Occupational therapy in preparing of patients after brain injury for reading reeducation

Abstrakt bakalářské práce:

Bakalářská práce, jejíž téma je „Návrh tréninkového materiálu pro reedukaci čtení u pacientů po poranění mozku“, se zabývá pacienty po poranění mozku, poruchami čtení a rolí ergoterapeuta při jejich nápravě. V teoretické části práce je zpracováno mozkové poranění, rehabilitace u pacientů po poranění mozku, poruchy čtení, jejich diagnostika a náprava. Je zde snaha poukázat na možnost využití ergoterapie při reedukaci čtení a zdůraznit, jak je schopnost číst nepostradatelnou součástí běžného denního života, je důležitá pro kvalitu života a potřebujeme ji při aktivitách všedního dne, při volnočasových aktivitách a také při práci a produktivitě.

Praktická část bakalářské práce obsahuje tréninkový materiál pro reedukaci čtení, ve kterém jsou obsažena cvičení pro terapii kognitivních funkcí, orofaciální stimulaci a cvičení pro počáteční nácvik čtení.

Klíčová slova:

Reedukace, poranění mozku, ergoterapie, tréninkový materiál, čtení, rehabilitace

Abstract of bachelor thesis:

The bachelor thesis with theme „Training material proposal for reading reeducation in patients after a brain injury“ deals with patients after a brain injury, reading defects and the role of occupational therapist during their treatment. The theoretical part of the thesis deals with brain injuries, rehabilitation of patients after a brain injury, reading defects, their diagnostics and rehabilitation. The thesis refers to a possibility how to use occupational therapy during reading reeducation and emphasises how important reading is for daily activities, quality of life, for free time activities and for occupation.

The practical part of the thesis contains training materials for reading reeducation, which includes exercises for therapy of cognitive functions, orofacial stimulation and practice for training of reading.

Keywords:

Reeducation, brain injury, occupational therapy, training materials, reading, rehabilitation

OBSAH

1. ÚVOD	9
1.1. Cíl práce	10
2. TEORETICKÁ ČÁST	11
2.1. Poranění mozku	11
2.1.1. Traumatické poranění CNS	11
2.1.2. Netraumatické poranění CNS	11
2.1.3. Patologické změny po poranění mozku	12
2.1.4. Rozdělení úrazů	13
2.1.5. Následky po poranění mozku	14
2.2. Rehabilitace osob po poranění mozku	15
2.2.1. Specifika rehabilitace pacientů z těžkým poraněním mozku	15
2.2.2. Úkoly jednotlivých členů multidisciplinárního rehabilitačního týmu	16
2.2.3. Principy neurologické rehabilitace	18
2.2.4. Plasticita mozku	18
2.3. Ergoterapie a role ergoterapeuta	19
2.3.1. Kdo je ergoterapeut a čím se zabývá	19
2.3.2. Cíle ergoterapie	20
2.3.3. Ergoterapeutické vyšetření a plánování	20
2.3.4. Význam ergoterapie při reedukaci čtení	21
2.3.5. Ergoterapie u lidí po poranění mozku	22
2.3.6. Návrh terapie	22
2.3.7. Plán terapie	24
2.4. Řečová centra	25
2.5. Afázie	26
2.5.1. Nejčastější typy afázií	27
2.5.2. Další typy afázií	28
2.5.3. Poruchy lexikálních a grafických schopností u afázií	28
2.5.4. Multidisciplinární přístup k poruchám řečové komunikace a jeho vývoj v ČR	28
2.5.5. Uplatnění ergoterapie	29
2.6. Funkce mozku	29
2.6.1. Výkony zrakového systému při čtení	30

2.7. Poruchy lexikálních funkcí	32
2.7.1. Typy alexie	32
2.8. Diagnostika a terapie alexie	34
2.8.1. Nepřímé zdroje diagnostických informací	34
2.8.2. Přímé zdroje diagnostických informací	34
2.8.3. Vyšetřovací metody v diagnostice fatických poruch	35
2.8.4. Terapeutické postupy	35
2.8.5. Uplatnění ergoterapie	37
2.9. Metody čtení	38
2.9.1. Metody syntetické	38
2.9.2. Metody analytické	38
2.9.3. Techniky nácviku čtení	39
3. PRAKTICKÁ ČÁST	40
3.1. Úvod	40
3.2. Orofaciální stimulace	40
3.2.1. Zásady orofaciální stimulace.....	40
3.2.2. Doporučené kompenzační strategie.....	46
3.3. Kognitivní funkce	47
3.4. Nácvik čtení	52
4. DISKUZE	56
5. ZÁVĚR	57
6. REFERENČNÍ SEZNAM	59
7. SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK	62
8. PŘÍLOHY	63
8.1. Seznam příloh	63

1. ÚVOD

Obsah teoretické části práce, jejíž název je „Návrh tréninkového materiálu pro reedukaci čtení u pacientů po poranění mozku“, se zabývá reedukací čtení, poruchami čtení, jejich nápravou a rolí ergoterapeuta při reedukaci čtení.

Z dosud načerpaných zdrojů bylo zjištěno, že ergoterapie v ČR se příliš touto problematikou nezabývá. A také není dostatek materiálů pro nácvik čtení u dospělé populace. Pro dětskou populaci je materiálu poměrně dostatečné množství, ale nikoliv pro dospělé.

Tato problematika je doménou převážně logopedů a speciálních pedagogů, ale když si uvědomíme, čím se zabývá ergoterapie, bylo by možné, aby se také nějakou součástí podílela na procesu reedukace čtení.

Ergoterapie se zabývá soběstačností ve třech oblastech, a to jsou volnočasové aktivity, práce a produktivita a aktivity všedního dne (ADL). Do ADL patří personální aktivity (pADL), kam spadá např. osobní hygiena, sebesycení, oblékání. Dále do ADL patří aktivity instrumentální (iADL), kam se zařazuje mobilita, manipulace s penězi, transport, příprava pokrmů, péče o domácnost, nakupování, péče o pomůcky, zařizování na úřadech a příprava a užívání léků. Také se ergoterapie podílí na zlepšení kvality života, na terapii kognitivních a psychosociálních funkcí a v neposlední řadě na opětovném zařazení člověka do společnosti.

Čtení je nezbytnou součástí pro dosažení kvality života, je to schopnost využívaná dnes a denně. Protože se ergoterapie podílí na dosažení dobré kvality života, myslím si, že by se měla podílet i na procesu reedukace čtení.

Preiss (1998) uvádí, že poruchy kognitivních funkcí mohou komplikovat celkový stav ovlivňující soběstačnost.

Při čtení jsou kognitivní funkce (např. koncentrace pozornosti, paměť, soustředění, schopnost započít a dokončit aktivitu, orientace a mnoho dalších funkcí) nepostradatelné, a nejenom při čtení. Jak je uvedeno výše, tak součást ergoterapie je i trénink kognitivních funkcí, které mohou ovlivňovat soběstačnost, a z toho plyne další možnost, jak využít ergoterapii při nácviku čtení, a to při tréninku kognitivních funkcí, které jsou pro proces čtení nepostradatelné. Při čtení je nutné mít zachovalé funkce mimického a obličejového svalstva, což pacienti po poranění mozku mívají někdy porušené, a oblastí ergoterapie na některých pracovištích, jak jsem se přesvědčila

při praxi, bývá i orofaciální stimulace, která pomáhá omezené funkce mimických svalů zlepšit či napravit. Je to tedy další oblast, na které by se mohla ergoterapie podílet při nácviku čtení.

V praktické části je vypracovaný tréninkový materiál pro reedukaci čtení, ve kterém jsou cvičení na trénink kognitivních funkcí, orofaciální stimulaci a cvičení pro počáteční nácvik čtení.

1.1. CÍL PRÁCE

Stanovit jaká je role ergoterapeuta při reedukaci čtení u dospělých pacientů po poranění mozku a vytvořit tréninkový materiál.

2. TEORETICKÁ ČÁST

2.1. PORANĚNÍ MOZKU

Po celém světě patří mozkové poranění mezi nejčastější příčiny invalidity a smrti. Poranění mozku nyní spadá do zájmu ochrany veřejného zdraví. Ve světě se vedou epidemiologické studie, aby se zabránilo zvýšenému výskytu poranění mozku. (International Brain Injury Association 2005) ¹

Poranění mozku dělíme na **traumatické** a **netraumatické**.

„Traumatické poranění mozku (TBI z anglického Traumatic brain injury), také intrakraniální poranění nebo jednoduše poranění hlavy, je poranění mozku způsobené fyzickým traumatem, které poničí mozek.“ (Wikipedia 2008)²

„Netraumatická poranění mozku, tj. poranění způsobená bez zapříčinění vnější mechanické síly.“ (Wikipedia 2008)³

2.1.1. Traumatické postižení CNS

Úrazy mozku jsou druhou nejčastější příčinou vzniku mnoha poruch. Stále vzrůstá počet dopravních nehod, které mají závažné následky a až 50% všech nehod má za následek poranění mozku, nejčastěji v rámci polytraumat. (Neubauer 2007)

2.1.2. Netraumatické postižení CNS

Mezi nejčastější příčiny netraumatického poškození mozku patří CMP (cévní mozková příhoda).

Cévní mozková příhoda je typické kardiovaskulární onemocnění. Je způsobeno tak, že se krevní sraženinou, či aterosklerotickým plátem uzavře krevní céva, která přivádí do mozku kyslík a živiny. Do této části mozku neproudí okysličená krev a část mozku začíná odumírat. CMP může být způsobena obstrukcí přívodné cévy,

¹ Volný překlad autorky, dostupné z <<http://www.internationalbrain.org/content.php?pages=facts>>

² Dostupné z <http://cs.wikipedia.org/wiki/Traumaticke_poraneni_mozku>

³ Dostupné z <http://cs.wikipedia.org/wiki/Traumaticke_poraneni_mozku>

jak je již uvedeno výše, a nebo také krvácením, kdy dojde k ruptuře krevní cévy a krev proudí do mozkové tkáně, čímž ji narušuje. (American Stroke Association)⁴

Mezi příčiny cévní mozkové příhody patří mozkové infarkty (smrt mozkových buněk z nedokrvení), vysoký krevní tlak, mozková hemoragie (krvácení), malformace krevních cév (porucha struktury), mozkové nádory, úrazy a další. (WHO 2004).

Mozkové infarkty jsou důsledkem dvou patologií:

Trombóza – blokáda mozkové tepny způsobena krevní sraženinou (trombem), vznikajícím v systému cév. (WHO 2004)

Embolie – zablokování způsobené odloučením části krevní sraženiny, která vznikla na jiném místě, a krevním proudem je přenesená do mozku. (WHO 2004)

„Protože každá polovina mozku řídí a kontroluje činnost opačné strany těla, jakékoliv poškození jedné strany mozku povede k invaliditě opačné strany těla. Proto cévní mozková příhoda na levé straně mozku postihuje pravou stranu těla a opačně. (WHO 2004: 13)

U člověka po cévní mozkové příhodě se mohou objevit tyto obtíže:

- Ztráta kontrolovaných pohybů, ztráta normálního svalového tonu na postižené straně
- Obtíže při polykání (dysfagie)
- Inkontinence močového měchýře a střeva
- Senzorické problémy (potíže vnímání a ztráta smyslového rozlišování)
- Psychologické a emocionální problémy
- Problémy s chápáním
- Sociální následky cévní mozkové příhody (WHO 2004)

2.1.3. Patologické změny po poranění mozku

Preiss (1998) rozděluje poškození mozku na **primární** a **sekundární** poškození.

Do skupiny primárního poškození patří difúzní a ložiskové léze vznikající bezprostředně při úrazu. (Preiss a kol. 1998)

⁴ Volný překlad autorky,
dostupné z <<http://www.strokeassociation.org/presenter.jhtml?identifier=3030066>>

Při sekundárním poškození nevznikají změny během úrazu, ale vznikají jako důsledek jiných mechanismů navozených úrazem mozku. (Preiss a kol. 1998)

2.1.4. Rozdělení úrazů

Lehký úraz hlavy (Mild Head Injury)

Lehký úraz hlavy je např. komoče mozková, která je nejčastější v této kategorii. Vykytují se u ní tyto příznaky: krátká ztráta vědomí (bývá obvykle kratší než 20 minut), žádné ložiskové nálezy v objektivním neurologickém vyšetření ani na CT, někdy se vyskytnou drobné neuropsychologické a behaviorální změny. Jako charakteristické příznaky se uvádějí např. bolest hlavy, nevolnost, přechodné zhoršení koncentrace a pozornosti, únava a podrážděnost. GCS bývá 13 a vyšší. (Preiss a kol. 1998)

Středně těžký úraz hlavy (Moderate Head Injury)

Tento typ úrazu patří mezi velmi těžce definovatelnou skupinu poranění. Patří sem lehčí kontuze a nekomplikované epidurální či subdurální krvácení. V objektivním neurologickém nálezu se mohou vyskytovat různé změny. GCS bývá mezi 9 – 12 nebo 10 – 12. (Preiss a kol. 1998)

Těžký úraz hlavy (Severe Head Injury)

Do této skupiny jsou zařazováni pacienti, kteří byli alespoň 6 hodin v bezvědomí. Tito pacienti potřebují nejvíce dlouhodobou rehabilitaci a pobývají nejdéle v nemocničním zařízení a v rehabilitačních ústavech. Do této skupiny patří cca 10% všech pacientů s TBI. GCS je 8 a méně. (Preiss a kol. 1998)

Perzistentní vegetativní stav (PVS)

Preiss (1998) sem zařazuje pacienty, kteří po úrazu nenabudou vědomí a nenavazují kontakt s okolím. Nepracují u nich korové oblasti, ale podkorové struktury jsou dobře zachovány, a proto jsou tyto pacienti schopni přijímat stravu, dělají grimasy a zachovávají rytmus spánku a bdění. Někdy tyto pacienti přežívají řadu let, vzniká u nich tzv. permanentní vegetativní stav a péče o ně se stává závažným etickým problémem. Někteří pacienti nabývají z vegetativního stavu plného vědomí, ale přežívají s různě těžkými následky. (Preiss a kol. 1998)

2.1.5. Následky po poranění mozku

Smrčka (2001) rozděluje následky po poranění mozku na **psychické** a **fyzické**.

Posttraumatické poruchy chování se projevují podrážděností, nezralou formou společenských interakcí, nerealistickým sebehodnocením, sníženým náhledem, podceňováním vlastního psychologického a neurologického stavu, také depresí a sníženou motivací. (Smrčka 2001)

Poruchy zraku vedou ke zhoršení orientace v prostoru. Pacient po TBI může mít jakoukoliv lézi v průběhu zrakové dráhy, může trpět např. diplopií (dvojitým viděním) v důsledku poranění okoohybných nervů. (Preiss a kol. 1998)

Posttraumatickou epilepsií trpí značná část pacientů po TBI. Vyskytují se u nich záchvaty různého typu. Je důležité při terapii s touto skutečností počítat, a také je důležité vědět, že některé léky na léčbu epilepsie (antikonvulsiva), mohou někdy pacienta utlumovat a tím komplikovat rehabilitaci. (Preiss a kol. 1998)

Poruchy řeči patří k nejčastěji se vyskytujícím obtížím po poranění mozku. Pacient může trpět afázií různého typu. Dále může mít postižené hlasivky i z důvodu dlouhodobé intubace, která je nutná pro řízené dýchání. Je důležité, aby byl pacient podrobně vyšetřen logopedem a foniatrem. (Preiss a kol. 1998)

Poruchy mimického a orofaciálního svalstva, kam by patřil podle mé zkušenosti a dosavadní praxe např. povislý koutek, poruchy žvýkacího a polykacího svalstva. Tato problematika se nejvíce vyskytuje u lidí po CMP.

Poruchy kognitivních (poznávacích) funkcí jsou poruchy, které velmi ovlivňují soběstačnost a mohou komplikovat celkový stav. Rehabilitace kognitivních funkcí vychází z toho, že mozek je schopen obnovy poškozených funkcí, ale vše záleží na typu procvičování a stimulace jednotlivých funkcí. Rehabilitace se zaměřuje zejména na trénování pozornosti, paměti, logického myšlení, prostorové orientace a na mnoho dalších funkcí. (Preiss a kol. 1998)

Poruchy hybnosti různého charakteru, kam patří nejčastěji hemiparéze či hemiplegie a později dochází i ke spasticitě (zvýšení svalového tonu), která také omezuje hybnost.

2.2. REHABILITACE OSOB PO PORANĚNÍ MOZKU

Dle WHO: *„Rehabilitace je kombinované a koordinované použití léčebných, sociálních, výchovných a pracovních prostředků pro výcvik anebo přecvičení jednotlivce (jedince k nejvyšší možné funkční schopnosti). Rehabilitace obsahuje všechny prostředky směřující ke zmenšení tlaku, který působí disabilita a následný handicap, a usiluje o společenské začlenění postiženého.“* (Trojan, Druga, Pfeiffer, Votava 2005: 196)

*„**Rehabilitace** (ze středověké latiny, *rehabilitatio* = obnovení) je snaha navrátit poškozeného člověka do předešlého tělesného stavu či sociální a právní pozice, případně úspěšný výsledek této snahy.“*⁵ (Wikipedia)

„Ke stanovení optimálního průběhu rehabilitační péče je důležité správné zhodnocení funkčního stavu pacienta ve všech sledovaných oblastech (somatické, kognitivní, behaviorální, sociální,...).“ (Preiss a kol. 1998: 369)

„Hodnocení by se mělo provádět v určitých časových intervalech a mělo by sloužit nejen ke stanovení rehabilitačního programu, ale i ke sledování vývoje celkového stavu.“ (Preiss a kol. 1998: 369)

2.2.1. Specifika rehabilitace pacientů s těžkým poraněním mozku

Rehabilitace pacientů po poranění mozku je dlouhodobý proces, který se zabývá řešením somatických, kognitivních, osobnostních, behaviorálních a sociálních obtíží. K dobrému průběhu rehabilitace je důležitá koordinace práce mnoha odborníků z různých zdravotnických i nezdravotnických oborů. (Preiss a kol. 1998)

Stádia rehabilitace souvisejí s vyvíjejícím se stavem pacienta. V akutním stádiu bývá hospitalizován na JIP nebo na anesteziologicko – resuscitační oddělení. Poté na lůžkové rehabilitaci, neurologii nebo v rehabilitačních ústavech. Další rehabilitační

⁵ Dostupné z <<http://cs.wikipedia.org/wiki/Rehabilitace>>

péče už pak bývá většinou ambulantní, kam pacient chodí v doprovodu rodiny, pokud nezvládá docházet samostatně. Během průběhu rehabilitace je také důležité včas člověka nasměrovat na předpracovní rehabilitaci. (Preiss a kol. 1998)

V literatuře od Preisse (1998) se také uvádí, že k nejvýraznějšímu zlepšení dochází během prvních 6 měsíců po poranění, pomaleji pokračuje do 2,5 let, ale zlepšování lze pozorovat i 5 let po úraze. V prvních měsících se zlepšují hlavně motorické funkce a v dalších stádiích pak funkce kognitivní a behaviorální. Ke zlepšení nebo nápravě kognitivních funkcí, je nutná třikrát delší doba než ke zlepšení funkcí motorických.

2.2.2. Úkoly jednotlivých členů multidisciplinárního rehabilitačního týmu

Lékaři popisují jednotlivé příznaky a syndromy, které stanovují pomocí anamnézy, vyšetřovacích metod (MRI, CT, EEG, EP a dalších) a objektivního vyšetření. Snaží se určit přesnou diagnózu a podle ní i vhodnou léčbu a medikaci. (Preiss a kol. 1998)

Zdravotní sestry, dle mé zkušenosti, zajišťují pacienty v oblastech své kompetence (pADL, medikace, vyšetření) a dle ordinace lékaře.

Fyzioterapeuti zhodnotí změny konfigurace končetin, poruchy hybnosti, spasticitu, rigiditu, ataxii, apraxii, poruchy čítí a senzomotorický systém. U pacientů v akutní fázi poranění, když jsou upoutáni na lůžko nebo v bezvědomí, se fyzioterapeut stará o správné polohování pacientů, aby se zabránilo případným kontrakturám a dekubitům. V dalších fázích se stará o obnovení hybnosti, svalové síly a nácvik lokomoce. (Preiss a kol. 1998)

Ergoterapeuti hodnotí senzomotorické schopnosti, kognitivní funkce, sociální aktivity, zvládání běžných denních činností a reedukují pacienty. Na základě analýzy ADL (běžných denních činností) stanoví stupeň disability a sepiší terapeutický plán, podle kterého pak vedou nácvik zvládání všedních denních činností a zkouší s pacienty používání vhodných kompenzačních pomůcek, o kterých také pacienta reedukují. (Preiss a kol. 1998)

Neuropsycholog se zabývá vyšetřením pozornosti, koncentrace, bdělosti a schopností pacienta vytvářet vlastní úsudek. Měl by zhodnotit čtení, psaní, počítání, další fatické funkce, smyslové vnímání, paměť a další kognitivní funkce. (Preiss a kol. 1998)

Psycholog vyšetřuje výkonové funkce a osobnost. Měl by také zjistit i premorbidní strukturu osobnosti, která často hraje klíčovou roli v zaměření psychoterapie. Dále psycholog pomáhá ostatním členům týmu vysvětlit příčiny neadekvátního chování pacienta a doporučí jim postup k získání pacientovy motivace pro jednotlivé činnosti. Kromě práce s klientem je důležité i spolupracovat s rodinou a dávat jim případně rady. (Preiss a kol. 1998)

Klinický logoped by měl spolu s foniatrem určit příčiny případných poruch řečových funkcí a určit postup terapie. Pro dobrou spolupráci je nutné, aby pacient zvládal komunikovat se členy rehabilitačního týmu a s rodinou. (Preiss a kol. 1998)

Protetik spolupracuje při výběru a někdy i výrobě vhodné protetické pomůcky a pomáhá při nácviku jejich používání. (Preiss a kol. 1998)

Sociální pracovnice bývá od počátku ve spojení s rodinou pacienta, sleduje sociálně ekonomické podmínky rodiny a poskytuje poradenství rodině v sociálních oblastech a dávkách. Její spolupráce je také velmi důležitá v okamžiku zapojování pacienta zpět do pracovního procesu. (Preiss a kol. 1998)

Speciální pedagog je člen multidisciplinárního týmu, který se zabývá komplexním rozvojem osobnosti a vzdělávacími potřebami v oblasti fyzické, psychické i sociální. Zabývá se diagnostikou a nápravou specifických poruch učení a také poradenstvím týkající se vzdělávání osob se specifickými poruchami učení. Zabývá se výchovně – vzdělávacím procesem a napomáhá procesu vzdělávání. (Psychologicko – pedagogická poradna)⁶

Dnes více častěji přežívají pacienti i s těžkým, dříve smrtelným, poraněním mozku, a to díky značnému pokroku v přednemocniční neodkladné péči a intenzivní

⁶ Dostupné z < <http://www.husiti.cz/poradna-psyche/specialni-pedagog.html> >

lékařské péči. Pacienti, kteří přežijí, mívají těžké funkční následky, a proto je základním požadavkem, aby dosáhli po ukončení akutní lékařské péče co nejvyšší kvality života a soběstačnosti, která je důležitá pro opětovné nalezení místa ve společnosti. (Lippertová – Grünerová 2005)

Kvalita života pacientů po poranění mozku závisí na rychlém zahájení neurorehabilitace, ihned po ukončení intenzivní lékařské péče. Rehabilitace pacienty provází od akutní péče, až po lůžkovou a ambulantní péči, a také je doprovází v sociální, rodinné a pokud možno i pracovní oblasti. (Lippertová – Grünerová 2005)

Důležitou složkou rehabilitace je psychoterapie, zvláště u pacientů, kteří mají po úraze narušeny kognitivní či behaviorální funkce. Provádí se individuální či skupinová psychoterapie. Skupinová terapie podněcuje proces socializace a klient se zde učí vycházet s druhými lidmi a se svojí rodinou. Klient se může po úraze cítit izolovaný od společnosti také díky dlouhodobé hospitalizaci. Skupinová psychoterapie mu opět pomáhá navázat alespoň nějaké společenské vztahy a klient se zde učí např. „zapomenutým“ sociálním situacím. (Fraser, Clemmons 2000)⁷

2.2.3. Principy neurologické rehabilitace (viz. příloha č. 5)

Další důležitou složkou moderní rehabilitace, neurorehabilitace, je využívání plasticity mozku.

2.2.4. Plasticita mozku

Plasticita mozku je schopnost mozku obnovit poškozené tkáně či převzít funkce z poškozené oblasti do oblasti jiné.

První hypotézy o plasticitě mozku popsal fyziolog Herman Munk v roce 1877. Popsal možnost, že funkci zničených či poškozených areálů mozku převzme sousedící areály mozkové kůry. Tato hypotéza byla dále zkoumána a potvrzena, ale také zpochybněna.

S rozvojem moderní rehabilitace a neurorehabilitace začal být pozitivnější přístup k mozkovým zraněním. S přibývajícimi znalostmi mozkové regenerace došlo ke změně prognózy mozkového poškození. V moderní rehabilitaci patří

⁷ Volný překlad autorky

k nejdůležitějším cílům právě optimální využití spontánní regenerace a neuronální plasticity. Vychází se z toho, že průběh neuronální plasticity může být ovlivněn stimuly z okolí, např. stimuly akustickými, taktilními nebo vizuálními, způsobujícími změnu v neuronální struktuře a tím ovlivňujícími nebo obnovujícími funkce poškozených mozkových oblastí. Tyto poznatky jsou důležitým podkladem moderní rehabilitace, která využívá aplikaci multisenzorických stimulů, převážně při stimulaci v akutním stádiu zdravotního stavu pacienta a využitím neuronální plasticity usiluje a reorganizaci poškozených mozkových oblastí. (Lippertová – Grünerová 2005)

2.3. ERGOTERAPIE A ROLE ERGOTERAPEUTA

„Ergoterapie je profese, která prostřednictvím smysluplného zaměstnávání usiluje o zachování a využívání schopností jedince potřebných pro zvládnutí běžných denních, pracovních, zájmových a rekreačních činností u osob jakéhokoli věku s různým typem postižení (fyzickým, smyslovým, psychickým, mentálním nebo sociálním znevýhodněním). Podporuje maximálně možnou participaci jedince v běžném životě, přičemž respektuje plně jeho osobnost a možnosti.“ (Česká asociace ergoterapeutů 2008)⁸

2.3.1. Kdo je ergoterapeut a čím se zabývá

Ergoterapeut je absolvent studia ergoterapie, které vystudoval na střední, vyšší odborné nebo na vysoké škole. A pracuje v ambulantním či lůžkovém zařízení v sociální nebo zdravotnické oblasti. Náplň práce ergoterapeuta je provádět ergoterapeutické vyšetření, provádět hodnocení a nácvik běžných denních činností, sestavovat dlouhodobý a krátkodobý plán terapie, aplikovat individuální i skupinové ergoterapeutické metodiky a postupy, zabývat se rehabilitací kognitivních funkcí a nácvikem komunikačních a sociálních dovedností. Dále také doporučuje a učí používat technické a kompenzační pomůcky (pomůcky, které kompenzují a usnadňují provádět postrádající funkci) nebo se zabývá poradenstvím a instruktáží prevence vzniku komplikací, adaptace a kompenzace poruch, adaptace a úpravy domácího prostředí, a také se podílí na ergodiagnostickém (tj. pracovně diagnostickém) vyšetření a předpracování rehabilitaci. **Pracuje nejen s pacientem, ale i s jeho rodinou.** (Krivošíková, Jelínková 2007)

⁸ Dostupné z <<http://ergoterapie.cz/Page.aspx?PageID=1>>

2.3.2. Cíle ergoterapie jsou:

- prostřednictvím smysluplné činnosti podporovat duševní i fyzickou pohodu jedince
- poskytnout pomoc při zlepšování narušených schopností důležitých pro běžný život jedince (z oblasti běžných denních aktivit, pracovních aktivit a aktivit volného času), zde v tomto cíli by se mohla nejvíce uplatnit role ergoterapeuta, který by v rámci dosažení tohoto cíle s klientem pracoval i na nácviku čtení
- umožnit jedinci naplnění jeho sociálních rolí
- napomáhat jedinci k zapojení do jeho sociálního prostředí, přičemž je nutné zvládat schopnost číst, tato schopnost je součástí různých sociálních situací a prostředí
- používat terapii zacílenou na klienta, který se aktivně účastní terapie (podílí se na plánování a procesu terapie), pokud klient bude mít za cíl naučit se v rámci terapie číst, pak je zapotřebí, aby mu v tom byl ergoterapeut nápomocen
- posilovat klienta v získání, udržení či obnovení kompetencí důležitých k zvládnutí nároků sociálního i fyzického prostředí
- snažit se o zachování příležitosti být součástí aktivit každodenního života všem osobám bez ohledu na zdravotní postižení jedince či jeho znevýhodnění (Krivošíková, Jelínková 2007)

2.3.3. Ergoterapeutické vyšetření a plánování

Metody ergoterapeutického vyšetření se zaměřují hlavně na výkon činností každodenního života a na identifikaci problému v provádění aktivit. (Krivošíková, Jelínková 2007)

„Ergoterapeutická intervence je založena na pochopení klienta jako osoby s jedinečnou historií aktivit, zvyklostmi v provádění každodenních činností, osobitými zájmy a hodnotami.“ (Krivošíková, Jelínková 2007: 8)

Do tohoto vyšetření spadá posouzení oblastí výkonu (ADL – aktivity všedního dne, volnočasové a pracovní aktivity), součástí výkonu (např. svalová síla, interpersonální dovednosti, paměť) a kontext výkonu, kam spadají např. faktory fyzického a sociálního prostředí a také věk jedince. (Krivošíková, Jelínková 2007)

Konkrétně se ergoterapeut zabývá vyšetřením ADL (personálních a instrumentálních), psychosociálních a kognitivních funkcí. Do kognitivních funkcí patří třeba paměť, pozornost, orientace, koncentrace a další funkce. Pacienti po poranění

mozku mívají obvykle tyto funkce porušené a z tohoto důvodu mívají poruchu při čtení, při komunikaci, při psaní, počítání a při dalších schopnostech.

Při vyšetření se používají standardizované i nestandardizované procedury, pozorování klienta v různých situacích a prostředí a také se dělá rozhovor s klientem i jeho rodinou či blízkými lidmi. (Krivošíková, Jelínková 2007)

Pro vstupní, kontrolní i výstupní vyšetření se může použít např. standardizovaný test Funkční index samostatnosti (FIM), tento test je poměrně často využívaný na většině kvalitních pracovištích, hodnotí se v něm soběstačnost, sociální adaptabilita a také komunikace, ve které se vyšetřuje chápání a vyjadřování, což se čtením poměrně souvisí.

Po provedeném hodnocení (sběru dat z vyšetření) ergoterapeut sestaví krátkodobý a dlouhodobý plán terapie, a spolu s pacientem, pokud používá přístup zaměřený na klienta, sestaví cíle u o obou plánů a dohodnou se na průběhu terapie. Během terapie se provádí průběžné kontrolní hodnocení a na konci celé terapie se provádí závěrečné výstupní hodnocení, zhodnotí se zda bylo dosaženo cíle a zda je potřeba pokračovat v terapii či nikoliv.

2.3.4. Význam ergoterapie při reedukaci čtení

„Lidé s dyslexií – poruchou analýzy textu, jeho čtení a pochopení – mohou ve společnosti, která klade tak velký důraz na plynulé čtení, velice trpět.“ (Sternberg 2002: 168 – 169)

Schopnost číst, psát a počítat je předpoklad dalšího vzdělávání a schopnosti a možnosti chápat a orientovat se ve společnosti i ve světě, a také je to součást běžného denního života. (Pokorná 2001)

Z načerpané literatury a ze zkušeností se ještě více potvrdilo, jak je čtení nepostradatelnou součástí života, běžných denních aktivit, zaměstnání, vzdělání a také volného času. A proto je možné a skoro i nutné, aby se ergoterapie touto problematikou více zabývala.

A je mnoho dalších situací, kde je čtení nepostradatelné, ale pro běžného člověka, který nemá se čtením a s komunikací žádné potíže, jsou tyto situace nepodstatné, a natož aby se zabýval jejich nácvikem a trénováním, a proto běžný člověk těžko ocení, jak je schopnost umět číst nepostradatelná a důležitá součást našeho plnohodnotného života.

2.3.5. Ergoterapie u lidí po poranění mozku

U lidí po poranění mozku se ergoterapeut zabývá všemi oblastmi, které má v kompetenci (návčik všedních denních aktivit, práce a produktivita a volnočasové aktivity). Nejvíce se však věnuje oblastem, které jsou pro pacienta nejvíce obtížné a on sám se jimi chce zabývat, pokud používáme ergoterapeutický přístup zaměřený na klienta. Také se terapie a její postup přizpůsobuje aktuálnímu stavu klienta a tomu, zda je stále v akutní fázi po poranění či nikoliv.

Ergoterapeutické úkoly při neurorehabilitaci

- Senzomotorická funkční terapie (terapie hemiplegie, trénink jemné a hrubé motoriky, trénink koordinace, trénink grafomotoriky, zabezpečení a individuální adaptace pomůcek), sensorická stimulace
- Trénink kognitivních funkcí (koncentrace, pozornost, psychomotorické tempo, vytrvalost při zátěži, paměť a další)
- Trénink soběstačnosti v denním životě (osobní hygiena, oblékání, jídlo a pití, činnosti v domácnosti, trénink orientace)
- Trénink v domácím prostředí (návštěva vlastní domácnosti v doprovodu terapeuta, poradenství při plánování její případné přestavby) (Lippert – Grünerová 2005)

2.3.6. Návrh terapie

Pro terapii zaměřenou na reedukaci čtení u pacientů po poranění mozku bych zvolila tyto ergoterapeutické metody :

Humanistický rámec vztahů, jehož zakladatelem je C. Rogers. V tomto rámci vztahů se uplatňuje holistický přístup. Tento rámec je přijímán jako základní filozofie ergoterapie. Jedinec zde má právo osobního rozhodování a má možnost v co největší míře řídit terapii, je to přístup zaměřený na klienta, kdy terapeut působí jako facilitátor a nabízí možnosti, aby se klient mohl rozhodnout, co sám chce. (Kolembusová 2005)

Je ho možné využít u všech skupin klientů a pozitivně klienty motivuje. Z tohoto rámce vztahů bych použila poradenství pro klienta, pro rodinu. Dále bych využila možnost vzdělávání, které bych používala při reedukaci čtení.

Je velmi důležité vědět, zda je klient schopen sám o sobě rozhodovat, protože tento přístup je nedirektivní.

Při multidisciplinární spolupráci se o klientovi radí celý tým pečujícího personálu, a pokud je zjevné, že klient není schopen sám o sobě rozhodovat, z důvodu

např. kognitivní poruchy, poté je vhodné zvážit, zda by nebylo vhodnější využít při terapii direktivní přístup, kdy je klient v submisivní roli a terapeut dává rady a návody. (Kohoutová 2006)

Dále by zde bylo vhodné použít **senzorickou stimulaci** z Neurovývojového rámce vztahů. Opírá se o vývojové teorie a klade důraz na postup terapie. (Kolembusová 2005)

Pomocí této stimulace se dá stimulovat více smyslů. Tento přístup by bylo možné využít při nácviku písmen a číslic, kde by byly pacientovi předčítány nahlas, dále by se na ně díval a také by je držel v ruce (molitanové či plastové tvary písmen a číslic). Také je možné využít taktilního cití, kdy pacientovi čísla a písmena píšeme na hřbet či dlaň ruky, nebo využijeme hlubokého cití a pacientovým prstem pravé či levé ruky, dle dominance, můžeme symboly znázorňovat na podložku.

Kognitivně–percepční rámec vztahů, který se zabývá kognitivními procesy a percepcí, což je proces, který zahrnuje identifikaci a interpretaci senzorických informací mozkiem. Tato metoda je však časově náročná a ke správné interpretaci je potřeba mnoho zkušeností z této oblasti. (Kolembusová 2005)

Z tohoto rámce by se mohl použít přístup zaměřený na obnovu poškozené funkce, např. intenzivní cvičení a opakování naučených dovedností a schopností, dále pak plasticita mozku, kdy je mozek schopen obnovit funkci poškozené části, nebo využít rezervní kapacitu nepostižené části mozku, tento proces je zdlouhavý, ale bývá úspěšný, podmínkou je opakované učení a včasný začátek terapie. Schopnost generalizace, je další přístup, který lze využít, je to schopnost převést naučené dovednosti do jiné situace, např. to co budeme s klientem trénovat při terapii, aby byl schopen využít i při běžných denních činnostech. Při terapii je vhodné využít také kompenzační přístup, kam patří funkční reorganizace, kdy je mozek schopen přebrat schopnosti a dovednosti z poškozené části do nepoškozené části mozku. Z kompenzačního přístupu můžeme využít i kompenzační techniky, což jsou různé plánky, nápovědy, barevná odlišení a mnemotechnické pomůcky, které lze využít při reedukaci čtení.

Také by zde bylo možné se zaměřit na adaptaci a stupňování. Tento přístup je základní přístup při reedukaci čtení u pacientů po poranění mozku, kde se postupuje

od jednoduchých cviků ke složitějším. Stupňují a adaptují (přizpůsobují) se aktivity, cvičení a prostředí.

2.3.7. Plán terapie

Při terapii s pacientem s poruchou čtení bych navrhovala začít s tréninkem kognitivních funkcí, pokud by bylo třeba, tak by se u klienta prováděla orofaciální stimulace a nácvik komunikace. Doporučuji se také zaměřit na trénink hlubokého a povrchového čítí z důvodu možnosti využití čítí při nácviku čtení.

Spolupráci a průběh terapie je nutné konzultovat s dalšími členy multidisciplinárního týmu, převážně s logopedem a speciálním pedagogem.

Při trénování iADL, např. při sestavení seznamu nákupu, bych doporučovala využít při nácviku komunikace, tudíž i čtení, globální metodu čtení, kde se pracuje pomocí obrázků a celých slov.

Pokud by už klient zvládal základy čtení, trénovala bych s ním modelové situace, které jsou nepostradatelné pro běžný život, jako např. nákup v obchodě, dále také orientaci v jízdnicích řádech a mapách nebo pouhé přečtení novin či přečtení si návodu na použití nějaké věci. Také orientace v telefonním seznamu nebo kalendáři je důležitou součástí běžného života. Přečtení si lékařské zprávy, návodu na použití léků, složení potravin nebo receptu v kuchařce patří mezi běžné denní činnosti. Při nástupu do zaměstnání je nutné si přečíst pracovní smlouvu a orientovat se v ní a také v bezpečnostních pravidlech na pracovišti či rozpisu služeb.

Terapie o které jsem se dosud zmiňovala byla spíše individuální. Lze však využít i skupinovou terapii při nácviku komunikace, u lidí s afázií, nebo při trénování modelových situací. Klienti se zde lépe naučí komunikovat, spolupracovat a přizpůsobovat se okolí. Je důležité aby ergoterapeut měl terapii připravenou a zhodnotil všechna rizika, dokázal skupinu zkorigovat, pokud by to bylo třeba, a navrhl náhradní způsob komunikace (komunikační tabulky, obrázky, různé předměty, psací potřeby a papír) pro lidi z afázií. Při skupinových terapiích se dají trénovat různé sociální situace, které jsou uměle či přirozeně navozené. Každý klient však pro skupinovou terapii není vhodný, je důležité předem zvážit všechna pro a proti.

2.4. ŘEČOVÁ CENTRA

Mozek se vyvíjí ze třech navzájem spojených váčků, které se vyvinou na kraniální konci neurální trubice. První váček se nazývá **prosencephalon** a tvoří základ pro přední mozek. Další váček, latinským jménem **mesencephalon**, je základem pro tzv. střední mozek a poslední třetí váček, který se latinsky nazývá **rhombencephalon**, tvoří zadní mozek.

V pokračujícím vývoji se první a třetí mozkový váček dále rozdělují kraniokaudálně a vznikne tzv. **telencephalon** – koncový mozek, **diencephalon** – mezimozek a **mesencephalon** – střední mozek. (Čihák 1997)

Dále se mozek dělí na dvě hemisféry a každá hemisféra se rozděljuje na 4 laloky, lobus frontális, lobus temporális, lobus parietális a lobus occipitális (lalok čelní, lalok spánkový, lalok temenní a lalok týlní). Mozková tkáň se skládá z kůry a dřeně. (kolektiv autorů, Praha, Lidské tělo 1996: 229)

Pro tvoření řeči, čtení a mluvení jsou nepostradatelná centra řeči (Wernickeova oblast, gyrus anguláris a Brocova oblast), která se nachází v levé mozkové hemisféře.

Wernickeova oblast je umístěna na vrcholu temporálního laloku, nazývá se podle profesora psychiatrie Karla Wernicke 1848 – 1905. Tato oblast nám dovoluje porozumět řeči. Pokud slyšíme slovo, jeho zvuk přechází nejprve do primární sluchové oblasti mozkové kůry a poté do sousední Wernickeovy oblasti, kde se člení do srozumitelných vzorců. Poškození Wernickeovy oblasti vede k tomu, že řeč má sice normální rytmus, ale obsahuje některé zcela nesmyslné slabiky či slova. (kolektiv autorů, Praha, Lidské tělo 1996: 247, 249)

Brocova oblast se nazývá podle pařížského chirurga Paula Broca, který ji v 19. století objevil. Tato součást mozkové kůry, vyskytující se v dolní levé oblasti frontálního laloku, kontroluje pohyby našich rtů, jazyka i hlasivek a řídí proud slovních signálů z mozku k ústům. Díky této oblasti můžeme do okolí vyslat až 300 perfektně synchronizovaných slov za minutu. Při postižení Brocovy oblasti nemocný doslova ztratí řeč. Nemocný hovoří jakoby telegrafickým způsobem a slova se nemohou prodat ven a nebo při horším postižení nehovoří vůbec, popřípadě vydává jen určitá slova a zvuky. (kolektiv autorů, Praha, Lidské tělo 1996: 247)

Třetí jazyková oblast se nazývá gyrus anguláris, je to obloukovitý závit umístěný mezi Wernickeovou oblastí a vizuální kůrou v zadní části occipitálního laloku v levé hemisféře. Přemostuje mezeru mezi slovy, kterým nasloucháme, a slovy, která čteme či píšeme. Transformuje vizuální podobu slov, kterou vnímáme zrakem, do podoby zvukové, kterou dovede mozek interpretovat a naopak, např. při psaní diktátu. (kolektiv autorů, Praha, Lidské tělo 1996: 247)

„Řečová centra v mozku koordinují naše schopnosti mluvit, číst a psát, tedy užívat slov podle přesně daných pravidel. Avšak všechna užívaná slova a jejich významy, stejně jako gramatická pravidla, musejí být uložena v paměti.“ (kolektiv autorů, Praha, Lidské tělo 1996: 247)

Vysvětlení mluveného a psaného slova v praxi (příloha č. 6: obrázky 1 – 2)

„Lidský mozek je možno říci nadměrný, až předimenzovaný a podle různých autorů se skládá z mnoha miliard neuronů (gangliových buněk), které by stačily na více životů každého člověka. Nemůžeme je však využít, protože časově stačíme jen na omezený výkon, limitovaný délkou a intenzitou našeho života.“ (Pfeiffer 2007: 78)

„Relativní přebytek mozkové tkáně u člověka umožňuje velkou plasticitu. Pojem plasticita mozku je oprávněným zdrojem značného optimismu v rehabilitaci nervově nemocných, což zvláště platí pro pacienty mladšího věku. Plasticita mozku dává možnost přesouvat některé získané funkce z jedné části mozkové tkáně do jiné, pokud původní výkonná tkáň byla porušena. Jde o tkáň mozkových laloků a jejich nejdůležitějších partií mozkové kůry. Tak je možno u pacientů až do věku 20 let (někdy i více) přesunout i tak náročné funkce, jako jsou funkce řečové, z dominantní hemisféry do opačné.“ (Pfeiffer 2007: 78 – 79)

2.5. AFÁZIE

Afázie je úplná nebo částečná neschopnost zpracovávat symbolické kódy mluvené nebo psané řeči v závislosti na jednostranném poškození mozku. (Kulišťák a kol. 1997)

Afázie vzniká na bázi poškození CNS (centrální nervový systém), je to porucha individuálních jazykových schopností. Ovlivňuje mnoho dalších funkcí (lexikální,

verbálně – mnestické, percepce mluveného projevu a grafické dovednosti). Nejvíce z narušených funkcí převažuje nemožnost se srozumitelně verbálně vyjádřit, neschopnost chápat význam slov, nedostatky při sestavování souvislých vět, obtížné vyhledávání adekvátních výrazů a gramatických jevů. (Neubauer 2007)

„Nejčastějšími specifickými symptomy této poruchy jsou dysnomie a parafrázie.“
(Neubauer 2007: 53)

„Dysnomie – obtíže v pojmenování určitého pojmu na základě obtíží ve výběru ze sémantické⁹ jazykové sítě, nikoli primárně na základě amnestického syndromu; nejde o ztrátu paměťové informace, ale o obtíže v jejím vybavování.“
(Neubauer 2007: 53)

*„Parafrázie – náhrady určitého pojmu na základě obtíží a poruch ve vybavování pojmu z jazykového systému. Existují **fonemické parafrázie** – záměny fonémů, hlásek (dům – dým) a **sémantické parafrázie** – záměny v pojmovém okruhu (židle – stolička). Slovní bezesmyslné tvary či novotvary jsou označovány jako **neologismy**¹⁰, často však jde spíše o nesrozumitelné záměny – **slovní parafrázie**.“* (Neubauer 2007: 53)

2.5.1. Nejčastější typy afází:

Broccova (motorická) afázie

U tohoto typu afázie je dominantní porucha v expresivní složce a v plynulosti řeči. Postižený relativně dobře rozumí, ale má narušenou produkci řeči. Mluví málo, s velkým úsilím, ale má jasný komunikační záměr. Během vývoje příznaků postižení může přejít do transkortikální, konduktivní nebo anomické afázie, viz. dále. Porucha lexikálních a grafických schopností se u tohoto typu afázie projevuje dysfluentním (neplynulým) čteným a psaným projevem s poruchami rozpoznávání hlásek a s poruchou analýzy a syntézy slov. (Neubauer 2007)

⁹ Sémantická síť – není vázána na prostor a čas, obsahuje významy pojmů, termínů, fakta, znalosti a vědomosti.

¹⁰ Neologismy jsou nová slova, novotvary.

Wernickeova (senzorická) afázie

Pacienti s tímto typem afázie špatně rozumí, pojmenovávají a opakují. V jejich řeči se vyskytují verbální parafrázie. Neuvědomují si vlastní poruchu řeči, ale plynulost řečového projevu je dobrá. Čtený a psaný projev je plynulý, ale se závažnými záměnami od hlásek až po celé víceslovné obraty, které si pacient neuvědomuje a neopravuje, pokud jde o závažnější typ poruchy. Někdy se tento typ afázie může mylně diagnostikovat jako psychiatrické onemocnění. (Neubauer 2007)

Globální (totální) afázie

Tato afázie je velmi těžké postižení s poruchou všech fatických funkcí. Vyskytuje se špatná plynulost projevu, neschopnost sdělit jakoukoliv obsahovou informaci a významné narušení plynulosti verbálního projevu. Slovní produkce je významně narušena, bývá omezena na opakování jednoho slovního výrazu, často stereotypních spojení či expresivní nadávky. (Neubauer 2007)

2.5.2. Další typy afázie jsou: kondukční (centrální) afázie, transkortikální senzorická (acholalická, asémantická) afázie, transkortikální motorická (echolaliacká, adynamická) afázie a anomická amnestická afázie (viz. příloha č. 7). (Neubauer 2007)

2.5.3. Poruchy lexikálních a grafických schopností u afázií

„Poruchy v oblasti čtení a psaní provázejí jako součást syndromu afázie každý z typů fatické poruchy, především v oblasti subakutních stavů a závažnějších projevů fatické poruchy.“ (Neubauer 2007: 57)

2.5.4. Multidisciplinární přístup k poruchám řečové komunikace a jeho vývoj v ČR

Vývoj v poznávání příčin a projevů poruch řečové komunikace, které jsou na neurogením podkladě, je proces, který se neobejde bez spolupráce a aplikace poznatků hraničních oborů. Je zde snaha o propojení jazykovědných, psychologických a medicínských pohledů. Jako přínos víceoborového přístupu je to, že dochází k působnosti mnoha humanitních oborů. (Neubauer 2007)

„Vývoj názorů na možnosti diagnostiky a terapie neurogenních poruch řečové komunikace v České republice procházel a prochází v jistém smyslu méně plynulým vývojem než v řadě jiných vyspělých států, především anglicko – amerického jazykového okruhu. Poměrně malý rozsah odborné literatury prezentující nové poznatky z oblasti péče o osoby s neurogenními poruchami řečové komunikace je zapříčiněn tím, že problematika poruch řečové komunikace jazykovědných a medicínských oborů zůstává stále na okraji zájmu a také jistými limity rozvoje rehabilitačních oborů v této oblasti.“ (Neubauer 2007: 27 – 28)

V posledním desetiletí došlo k výrazné změně situace. Na tom má zásluhu rozvoj zdravotnických zařízení věnujících se víceoborové komplexní rehabilitační péči o dospělé, a také přenášení moderních afaziologických poznatků ze zahraničí. V rámci ucelené rehabilitace zdravotně postižených osob vytváří nadějnou strukturu rozvoj rehabilitačních center, který má vliv i na dynamizaci intenzivní péče o osoby s afáziemi a dalšími neurogenními poruchami řečové komunikace. (Neubauer 2007)

2.5.5. Uplatnění ergoterapie

Z mé zkušenosti se ergoterapie u lidí s fatickou poruchou uplatňuje v oblasti komunikace, hledá řešení a pomůcky, jak s klienty komunikovat, a podílí se na terapii poruch komunikace tím, že nacvičuje komunikační dovednosti, provádí orofaciální stimulaci podstatnou pro funkci mluvidel a také se podílí na hledání náhradních způsobů komunikace.

2.6. FUNKCE MOZKU

V této části by se autorka chtěla zabývat funkcí obou mozkových hemisfér při čtení.

Bakker píše o existenci předpokladu, že pro většinu lidí je levá hemisféra specializovaná na řečové schopnosti a pravá hemisféra na směry a tvar. Dále má levá hemisféra několik dalších specializovaných funkcí, jako např. analýzu zvuků řeči, jejich uspořádání v čase a významovou analýzu. Při čtení se však zapojují obě hemisféry, protože čtení je spojeno s řečí, kde je aktivní levá hemisféra, a také u toho sledujeme tvar písmen a postupujeme směrem zleva doprava, tudíž se zde aktivuje i hemisféra pravá. Nezapojují se však vždy obě stejným dílem. (Pokorná 2001)

Pro čtení je také důležitý rozdíl mezi levým a pravým zorným polem. Pokud si dáme před obličej např. špičatý předmět, umístíme ho zhruba do výše očí a pohled zaměříme na jeho špičatý vrchol, získáme tím bod, který dělí obě zorná pole. Je samozřejmé, že zorná pole (levé a pravé) nejsou totožná s tím, co vidí levé a pravé oko. Při propojení s mozkovými centry je obecně levý okraj levého zorného pole propojen z pravou hemisférou a naopak. Pro příklad - pokud se v levém zorném poli objeví nějaké slovo, např. bota, je toto slovo zpracováno pravou hemisférou. Písmena z pravého či levého zrakového pole se promítnou do vizuálních oblastí mozkové kůry protilehlé hemisféry, a proto při čtení obvyklého textu oběma očima získáme obraz čteného současně do vizuálních oblastí mozkové kůry obou hemisfér. Při aktivaci vizuálních oblastí obou hemisfér se aktivuje celý mozek. Některé části mozku jsou však více aktivnější než jiné. Levá hemisféra se více aktivuje u zkušeného čtenáře při běžném nebo zábavném čtení, kdežto pravá hemisféra se více angažuje např. při čtení cizojazyčných textů, při učení nových písmen u nezkušeného čtenáře nebo u neobvyklých tvarů písmen v reklamách a na letácích. (Pokorná 2001)

Podle britského neurologa Jacksona pacienti s lézí levé hemisféry rozumějí praktickému užití jazyka, ale jednotlivé jazykové elementy jim dělají problémy. Kdežto pacienti s lézí pravé hemisféry nemají narušené ovládání jazykových jednotek, ale nezvládají je použít v kontextu konverzace. (Kulišťák 2003)

2.6.1. Výkony zrakového systému při čtení:

Při sledování nějakého předmětu, patří sem tedy i písmo při čtení, vidíme ostře jen ty části obrazu, které dopadají do „žluté skvrny“ na sítnici. Žlutá skvrna je veliká asi 1 až 2 mm². Průměr úhlu vidění odpovídající této ploše ostrého vnímání je asi jeden až dva stupně, a proto je s ním totožná i velikost oblasti ostrého vnímání. Snadněji se to dá vysvětlit v praxi, kde při čtení knihy vzdálené asi 30 cm od očí je plocha, kterou vidíme, ostře velká asi 1 cm². A když máme knihu vzdálenou 5 cm od očí, pak velikost ostře viděné plochy bude 16 cm. (Pokorná 2001)

Při sledování očních pohybů čtenáře můžeme spatřit střídání okamžiku klidu (fixace obrazu) s okamžiky pohybů, které směřují vpřed, zleva doprava a nebo ojedinele i s pohyby nazpět, směřujícími zprava doleva, tzv. regresní pohyby. Při prvním vizuálním kontaktu s textem se oči vědomě zaměří na popsanou plochu,

ale při samotném čtení pouze přeskakují ze slova na další slovo, někdy i zpět, tzv. sakadické pohyby. Sakády jsou krátké a rychlé a jsou prováděny oběma očima zároveň asi 4 x za sekundu. Mimo těchto sakadických pohybů se vyskytují pohyby mikrosakadické, které jsou kratší a rychlejší, a i přesto že nejde o pohyby náhodné, nelze je ovlivnit vůlí, jsou to pohyby řízené z mozku a vyskytují se především při fixaci obrazu. (Pokorná 2001)

Jošt (1994), kterého Pokorná (2001) ve své knize parafrázuje, píše o výzkumu očních pohybů, který má značný význam pro diagnostiku a nápravu dyslexie. Podle amerických výzkumů si při čtení každý tvoří asymetrické zorné pole, které obsahuje od středu asi 14 písmen napravo a 7 písmen nalevo. Při pozorování např. výtvarného projevu normálního čtenáře maluje 87% lidí zleva doprava a u lidí z dyslexií je to jen zhruba polovina.

Guski (1989), kterého Pokorná (2001) ve své knize překládá, uvádí, že všechny oční pohyby mají 3 funkce, i když se zdají být na první pohled chaotické. Prvním úkolem očních pohybů je vyhledávat na oční sítnici stále nová místa pro možnost získávat stále nové vizuální informace i při únavě některé z využívaných lokalit. Dalším úkolem sakadických pohybů je rozšíření zorného pole ostrého vidění na „žluté skvrně“.

„Proces čtení tedy zahrnuje: vědomé zaměření na text, který chceme dešifrovat, přenos grafických znaků do mozku, jejich dekódování, sestavení do slov, uložení do (zprvu krátkodobé) paměti, konfrontaci s kontextem, zpracování pomocí programů hledajících smysl čteného textu s přihlédnutím k dosud zachycenému slovníku příslušného jazyka a k informacím, které mohou umožnit porozumění následujícím znakům a slovům, eventuálně je předvídat. (Gillet a Temple, 1989, s.16)“ (Pokorná 2001: 106)

2.7. PORUCHY LEXIKÁLNÍCH FUNKCÍ

Lexikální funkce (čtení) patří mezi fatické funkce. Při čtení je velmi důležitý i zrak a zrakové vnímání. (Pfeiffer 2007)

Proces čtení obsahuje senzorický vstup, na něj navazuje porozumění, poté se získaná informace v mozku zpracuje a na řadě je exprese (vyjádření, výběr vhodných slov), pak začíná řízení motorického plánování (kontrola volných pohybů vhodných k vyjádření) a nakonec dojde k vyjádření přečtené informace (při čtení nahlas), čemuž se říká tzv. motorický výstup. (Neubauer 2007)

Schopnost umět číst je spojena i s dosaženou úrovní vzdělání. Při čtení je mimo jiné i velmi důležité prostorové vnímání. Např. pacient, který má porušené prostorové vnímání, není schopen najít začátek řádku nebo správný řádek a z toho vyplývá, že není schopen text přečíst a nechápe jeho obsah, aniž by měl narušenou schopnost číst. Tato mechanická porucha při čtení může být zaměněna s alexií. (Mumenthaler, Mattle 2001)

2.7.1. Typy alexie

Alexie – porucha porozumění čtenému, obvykle bývá přidružená k afázii.

(Kulišťák 2003)

Alexie bez agrafie (čistá alexie)

Tento typ alexie se nevyskytuje spolu s agrafií (ztráta schopnost psát). Zůstávají zde zachované řečové funkce a schopnost psát, př. diktát. Postižený je někdy schopen číst jednotlivá písmena, ale není schopen přečíst celá slova. (Kulišťák 2003)

V oblasti získaných poruch čtení je přítomnost fatické poruchy dominujícím prvkem. „Alexie bez agrafie=čistá alexie“ spadá spíše do oblasti optických agnózií. Z důvodu nejasné diagnostiky a rehabilitace čisté alexie převládá pojetí, že získaná porucha čtení je součástí syndromu poruch fatických funkcí. Další poznatky v oblasti vzniklé alexie bez primární souvislosti s afázií se týkají především oblasti neuro–psychologické rehabilitace optických agnózií. (Neubauer 2007)

Alexie s agraphií

Je zde porušeno jak čtení, tak psaní. Tento typ bývá často přidružen u afázie se znaky akalkulie (narušená schopnost chápat matematické vztahy a základní početní operace). (Kulišťák 2003)

Afatická alexie

Ve většině případů tento typ alexie doprovází afázii. (Kulišťák 2003)

Hemialexie

Obtíže se čtením se objevují při čtení textu v levém zorném poli. Vzniká při poškození zadní části corpus callosum. Mohou se vyskytnout i jedinci, kteří chápou slova pravou hemisférou a vyberou správně dotazovaný předmět zobrazovaný do levého zorného pole levou rukou. U těchto lidí je možnost, že prodělali v dětství poškození mozku, které umožnilo pravé hemisféře získat některé funkce, které dominantně provádí levá hemisféra. (Kulišťák 2003)

Pseudoalexie

Benson a Geschwind (1969) zahrnují do tohoto typu alexie potíže lidí s Brocovou a kondukční afázií, kdy je zachováno rozumění čtenému při hlasitém čtení. (Kulišťák 2003)

Unilaterální paralexie

Tento typ alexie byl vydělen Kinsbournem a Warringtonovou (1962). U tohoto typu je nesprávně čtena část slov ve větě, podobně jako u neglektu levého zorného pole u poškození pravé mozkové hemisféry. Postižení dokážou přečíst bez chyby v nepoškozeném zorném poli vertikálně položený text. (Kulišťák 2003)

Termínu paralexie se užívá ve smyslu alexie i při percepčních potížích, např. při hemianopsii (výpadek poloviny zorného pole), u očních potíží při sledovacích pohybech nebo při zrakovém neglektu. (Kulišťák 2003)

2.8. DIAGNOSTIKA A TERAPIE ALEXIE

Pokorná (2001) uvádí, že znalost vývoje a poruch jednotlivých percepčních a kognitivních funkcí je důležitou součástí pro správnou diagnostiku i nápravu specifických poruch učení. A že náprava a diagnostika poruch učení se často provádí izolovaně na jednotlivé výkony smyslového vnímání.

2.8.1. Nepřímé zdroje diagnostických informací

Mezi nepřímé zdroje patří rozhovor s rodiči, popřípadě z dalším ošetřujícím personálem a v neposlední řadě s pacientem samotným. (Pokorná 2001)

2.8.2. Přímé zdroje diagnostických informací

Patří sem různé vyšetřovací metody, speciální zkoušky a testy.

Při **vyšetření poruchy čtení** se zaměřujeme na hodnocení výkonu ve čtení, kde se hodnotí rychlost čtení, porozumění čtenému textu a slovům, analýza chyb a chování při čtení. (Pokorná 2001)

Dále je důležité vyšetřit i ostatní funkce, které by se na poruše čtení mohly také podílet.

Vyšetřuje se **psaný projev** pacienta a analyzují se chyby v písemném projevu, např. diakritická znaménka, měkké a tvrdé slabiky, atd. Další složka, kterou je nutné vyšetřit, je **sluchové rozlišování řeči** (sluchová analýza a syntéza řeči – rozklad slova na hlásky a opětovné sestavení slova z hlásek, vyšetření sluchového rozlišování měkkých a tvrdých slabik, rozlišení délky samohlásek), také se vyšetřuje **zraková percepce tvarů, lateralita, vnímání prostorové orientace** (vyšetření kinestetického vnímání, vyšetření představy prostorové orientace), **vnímání časové posloupnosti** v oblasti vizuální, akustické a v oblasti chování, **koncentrace pozornosti** a na závěr nesmíme opomenout vyšetřit **paměť**. (Pokorná 2001)

Použití tohoto vyšetření je velmi individuální, závisí na psychické vyspělosti, věku, vzdělání, současném stavu, chování, pocitech, schopnostech a dalších aspektech člověka, který je testován. Je důležité si všimnout během vyšetření všech okolností, rušivých elementů a chování pacienta, což pak zahrneme do závěru při vyhodnocování vyšetření. (Pokorná 2001)

2.8.3. Vyšetřovací metody v diagnostice fatických poruch

Zobrazovací metody – k zobrazovacím metodám využívaným k vyšetření fatických poruch patří počítačová tomografie a magnetická rezonance, které detekují anatomickou lézi. Dále se využívají funkční zobrazovací metody, kam patří pozitronová emisní tomografie a emisní jednofotonová tomografie.

Někdy se léze na mozku pacientů nachází tam, kde se podle klinického obrazu očekává, ale není tomu tak vždy. Mechanismy, kterými by se vysvětlily důvody odlišné lokalizace léze, jsou většinou neznámé. (Neubauer 2007)

Logopedické vyšetření

Provádí se komplexní klinické logopedické vyšetření, které zahrnuje všechny zásadní oblasti pro zhodnocení komunikačního procesu. Pouze v akutním stádiu, kdy je pacient snadno unavitelný, se dělá pouze orientační vyšetření fatických funkcí důležitých pro počátek terapeutického procesu. (Neubauer 2007)

V současnosti v diagnostické praxi neexistuje validizovaný materiál, který by jednoznačně sloužil ke stanovení fatické poruchy. Používají se diagnostické škály jako je Lurijovo neuropsychologické vyšetření a Pražské afaziologické vyšetření, jehož autorky jsou Budínová–Smělá a Mimrová. Dále se využívá kvalitní klinické vyšetření fatických funkcí (viz.příloha č. 1), jehož představitelem je Vyšetření fatických funkcí – VFF, jehož autory jsou Cséfalvay, Košťálová, Klimešová. Toto vyšetření je orientované na určení typu afázie a složek jazykového systému, které se účastní realizace porozumění a produkce slov, dále také čtení a psaní. (Neubauer 2007)

Při vyšetření postupujeme dle toho, na jaké úrovni se pacient nachází. Je důležité identifikovat, zda je alexie izolovaná porucha, nebo je–li součástí většího souboru komunikačních defektů. (Kulišťák a kol. 1997)

2.8.4. Terapeutické postupy

Při terapii poruch čtení je nezbytná spolupráce několika odborných pracovníků (logoped, ergoterapeut, speciální pedagog, lékař). Pokud je terapie alexie součástí ucelené rehabilitace, pak je velmi důležitou složkou při terapii spolupráce multidisciplinárního týmu, pokud to rehabilitační zařízení umožňuje.

Při terapii je důležité dodržovat několik strategických zásad, kam patří:

- Zaměřit terapii na individuální problém každého pacienta
- Psychologicky analyzovat celkovou situaci klienta
- Co nejpřesněji diagnostikovat obtíže klienta
- Stanovit obtížnost jednotlivých úkolů dle stavu klienta
- Důležité je motivovat klienta
- Při terapii postupovat pomalu, aby klient vše zvládal a měl pocit úspěchu
- Pracovat pravidelně, motivovat klienta a poučit rodinu, aby se trénovalo i doma
- Dbát na to, aby klient procházel cvičení s porozuměním
- Soustředěnost klienta
- Počítat s tím, že terapie bude dlouhodobá
- Trénovat s klientem určitou dovednost, dokud není zautomatizována
- Používat přirozené metody a techniky, které respektují situaci, v níž by se klient měl zlepšit
- Strukturovat práci a cvičení, vše by mělo mít určitou strukturu, aby se to snáze klientovi zapamatovalo a poté vybavovalo (Pokorná 2001)

Pokud pacient nečte vůbec, ani nepoznává jednotlivá písmena, zkusíme s pacientem identifikaci písmen a číslic mezi grafickými symboly, které jsou písmenům a číslicím podobné (viz. příloha č. 2). Pokud pacient toto zvládá, trénujeme třídění a čtení běžných písmen. (Kulišťák a kol. 1997)

Pokud pacient výše uvedené nezvládá nebo není ve cvičeních úspěšný, opouštíme grafické symboly a identifikujeme pouze obecné tvary, kde klient rozeznává stejné nebo opačné, odlišné, tvary (viz. příloha č. 3 a 4). (Kulišťák a kol. 1997)

Dále můžeme při terapii používat půlené obrazy, obrazy komplikovaněji dělené, nebo používáme kostky, s nimiž je snadnější manipulace a můžeme tím stupňovat nárok na rozlišovací schopnosti pacienta, kdy je nutné zvolit jednu ze šesti stran kostky, abychom sestavili obrazec. Při stupňování aktivity jako nejvyšší stupeň použijeme puzzle s více dílky. (Kulišťák a kol. 1997)

Při další terapii můžeme použít sirky nebo špejle, ze kterých pacient skládá písmena a číslice, nejprve podle předlohy a později podle slovního diktátu. Dále zkusíme odlišení nacvičených písmen z narůstajícího množství ostatních písmen a číslic, pokud možno malou i velkou abecedu. (Kulišťák a kol. 1997)

Pokud má pacient zachovalou kineziolexii a dermolexii (citlivost kůže pro grafické znaky, písmo a číslice), tak ji využijeme tím, že např. tupým předmětem píšeme na hřbet ruky písmena a na dlaň čísla a kineziolexii (citlivost na pohyb) využijeme tak, že uchopíme prst pacientovy ruky a píšeme jí na podložku, pokud možno s vyloučením zraku, a pokud pacient nemá zachovalé čítí, tak vše provádíme se zrakovou kontrolou. (Kulišťák a kol. 1997)

Jako další cvičení lze použít vyškrtávání procvičených či určených písmen v textu nebo poznávání nesprávných písmen a číslic. (Kulišťák a kol. 1997)

Současně se provádí nácvik čtení metodou, která je pro daného klienta nevhodnější, dle jeho problematiky a schopností s postupně se zvyšující náročností. Při použití analyticko–syntetické metody je obtížné nacvičit syntézu slov ze slabik a natrénovat odhad umístění slabik ve slově. K tomu se používá např. skládání slov ze slabik nejprve s předlohou, poté bez ní, a nakonec z nadbytečného počtu slabik s požadavkem vlastní volby nebo diktát. Poté se procvičuje skládání vět ze slov, kdy je velké písmeno na začátku a tečka na konci věty, nebo sestavení příběhu z jednotlivých vět či sestavení příběhu z částí vět. (Kulišťák a kol. 1997)

2.8.5. Uplatnění ergoterapie

Ergoterapie a ergoterapeut se při nácviku čtení může podílet např. při vyšetření a tréninku kognitivních funkcí a všech kognitivních a percepčních složek, které jsou pro schopnost a vůbec pro samotný nácvik čtení nezbytné. Sem spadá např. pozornost, koncentrace, prostorová orientace, orientace v čase, paměť, čítí (hluboké i povrchové při využití dermolexie a kineziolexie), koordinace oko – ruka a v neposlední řadě při nácviku soběstačnosti a při začleňování pacienta do společnosti, kde je schopnost číst nepostradatelnou součástí.

2.9. METODY ČTENÍ¹¹

V této kapitole jsou uvedeny příklady některých metod, které se v ČR používají.

2.9.1. Metody syntetické

Metoda písmenková je metoda, při které se člověk učí nejprve název písmen (abecedu), poté je spojuje do slabik a slabiky do slov. Tato metoda je velmi náročná, protože zprvu čtenáři uniká smysl čteného textu.

Metoda hláskovací užívá jako přípravnou fázi ke čtení sluchového rozkladu. Nejprve se učí samohlásky a poté souhlásky ve skupinách. Nečte se název písmene, ale hláska, kterou písmeno označuje.

Slabikovací metoda souhlásková je metoda, kde se nespojuje souhláska se všemi samohláskami, ale samohláska se všemi souhláskami. Poté se čtou slabiky s jednou samohláskou. Používají se zde nápovědné obrázky.

Metoda normálních slabik je metoda, kdy se postupuje od čtení obrázků, dále čtení po slabikách, poté čtení izolované slabiky a nakonec z poznaných slabik se tvoří jiné slovo. Opět se zde využívají nápovědné obrázky při vyvozování slabik.

Metoda fonetická vychází z utváření mluvidel při vyslovování hlásek a jejich pozorování.

Metoda genetická vychází z několika základních jevů (používání hůlkového písma, zkracování jmen pomocí tečky a čtení s pochopením). K četbě se používají texty se schématickými obrázky. Nejprve se čte slovo spolu s obrázkem.

2.9.2. Metody analytické:

Metoda globální, jejíž základem je tvarová psychologie, vychází z celku (z věty či slova). Častým opakováním si má člověk zapamatovat tištěnou podobu slova s využitím pomocných obrázků, a poté přečíst slovo bez znalosti jednotlivých písmen.

¹¹ Lucie Kocmanová, autorka diplomové práce, vychází z knihy od Santlerové (1995)

Hlavní cíl je porozumění čtenému textu. Dále se pak přechází k analýze slov na slabiky, hlásky a písmena. V dalším období se opět slova skládají dohromady.

Metoda analyticko–syntetická je nejrozšířenější metoda využívána v ČR. Vychází se z mluveného slova, vyvodí se náslovná hláska, ke které je přiřazeno písmenko. Nejprve se odvozují samohlásky a poté souhlásky, s nimiž dochází ke spojování se samohláskami a ke tvorbě prvních slabik. (Kocmanová 2004/2005)

2.9.3. Techniky nácviku čtení:

Čtení s okénkem – tato metoda je velmi rozšířená a používá se u klientů, kteří čtou s velkými obtížemi. Při této metodě, jak již napovídá její název, se používá tzv. okénko (příloha č. 8: obrázek 3). Je to kartička s vystřiženým otvorem, ve kterém si ukazujeme řádek nebo slovo, které právě čteme. Je to výhodné v tom, že je vidět čtený text a jsou zakryty ostatní řádky textu, který by mohl čtenáře rušit a rozptylovat zbytečně jeho pozornost. Při používání této metody je důležité dodržovat několik zásad (viz. příloha č. 8). (Pokorná 2001)

Metoda dublovaného čtení – tato metoda se používá u lidí, kteří již mají rozvinutou dovednost čtení, ale čtou nepřesně a chybují. Pomocí této metody se zlepšuje přesnost a rychlost čtení. Základ metody je v tom, že čte terapeut společně s klientem. Rychlost čtení je přizpůsobena možnostem klienta, který text pozorně sleduje. Terapeut dělá během čtení tzv. kontrolní chyby. Chybou je záměna slova za slovo podobného významu, nebo se slovo vynechá. Může se použít podložka pod řádek pro lepší orientaci v textu. Tato metoda by se měla procvičovat denně, nejlépe 3 – 4 minuty a opakovat po krátkých přestávkách dvakrát až třikrát za sebou. (Pokorná 2001)

Metoda globálního čtení – používá se u lidí, kteří sledují jen jednotlivá písmena, setrvávají na nich a nejsou schopni postřehnout celé slovo, shluk písmen. Provádí se tak, že se klientovi dá přečíst určitá krátká část textu, klient si jí přečte několikrát za sebou, ale neměl by se jí učit nazpaměť. Poté se mu dá ta samá část textu, kde jsou vynechaná jednotlivá písmena ve slovech. Poté, co to klient zvládne přečíst v této podobě, se mu dá opět ten samý text, kde jsou již vynechána celá slova. Tuto metodu je nutné také používat delší čas, alespoň dva měsíce, aby byla účinná. (Pokorná 2001)

3. PRAKTICKÁ ČÁST

3.1. ÚVOD

V praktické části bakalářské práce jsou uvedeny příklady praktických cvičení, které je možné použít při terapii s klienty. Jsou zde uvedena některá cvičení, která lze využít při orofaciální stimulaci, při tréninku kognitivních funkcí a také při počátečním nácviku čtení.

Je zde snaha vše koncipovat pro užití a potřeby ergoterapie se zaměřením na problematiku reedukace čtení u pacientů po poranění mozku. Je však možnost tyto materiály využít i jinými odbornostmi.

Během sběru potřebných dat k vytvoření bakalářské práce se potvrdilo, že není dostatkem materiálu na reedukaci čtení pro dospělé pacienty. Pro dětskou populaci je materiálu velké množství, ale pro dospělé nikoli. Proto je zde snaha alespoň malým množstvím tréninkového materiálu přizpůsobeného pro dospělé jedince přispět do ne příliš bohaté sbírky.

Každé cvičení má své zadání, pokud není klient dosud schopen si zadání přečíst sám, tak mu terapeut dopomůže nebo mu zadání přečte.

3.2. OROFACIÁLNÍ STIMULACE

Orofaciální stimulace nebo také faciální stimulace je dnes nedílnou součástí rehabilitace a podílí se na ní několik odborníků z multidisciplinárního týmu (převážně logoped a ergoterapeut). Zabývá se stimulací svalů obličeje, úst, polykacích svalů. Ústa mají pro člověka velký význam. Přijímáme jimi potravu a komunikujeme. Jsou intimní zónou těla. V perorální oblasti je nejvyšší počet sensorických receptorů z celého těla. (Lippert – Grüner 2005)

3.2.1. Zásady orofaciální stimulace:

- dotyk v oblasti úst by měl pacient snášet bez obranných reakcí, měl by si na ně zvyknout
- při orofaciální stimulaci je potřeba zabezpečit symetrickou polohu hlavy k tělu už na lůžku, upřednostňována je poloha s podložením horní části těla při terapii vleže

- poloha vsedě s udržení postavení hlavy symetricky k tělu je potřebnou facilitační součástí terapie
- motorická a taktilní stimulace – ťukání, kroužení a klepání na rty, jazyk a obličej – podpoří hybnost svalů po zvládnuté hypersenzitivě (zvýšená citlivost)
- asimetrie v poloze hlavy a její záklon spojený s otevřením úst ztěžuje polknutí a hybnost mluvidel, pevný závěr rtů je základní prvek rozvoje orofaciální motoriky
- často se používá kruhová masáž mluvidel spojená s užitím zvuků „ú“ nebo „hú“, snaha je o vytvoření motorického jevu spojeného se zvukovým a obsahovým doprovodem. Od pasivních masáží se přechází k aktivním a k napodobování artikulačních pohybů se zrakovou, sluchovou a taktilní zpětnou vazbou. K faciálním svalovým oblastem se přidává stimulace dásní, plochy jazyka a tvrdého patra formou opakovaných tahů či kruhových masáží, které se nejčastěji provádí prstem (Neubauer 2007)

Stimulace se nejčastěji provádí:

- kruhovými masážemi – v oblasti mluvidel, malá kolečka, 5 – 10 x v jednom cvičení
- tappingem – rychlé, důrazné poťukávání
- tahem - v oblasti rtů a při stimulaci uvnitř úst
- vibrací
- užitím štětečku či vatové tyčinky v oblasti úst a tváří (Neubauer 2007)

Cvičení je vhodné provádět symetricky na obou stranách obličeje.

Orofaciální stimulace¹²

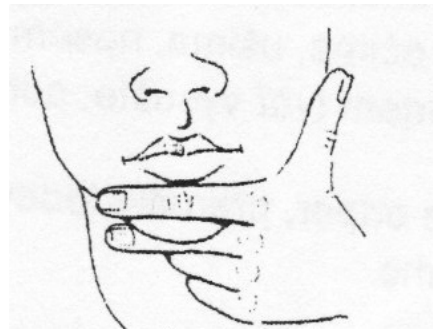
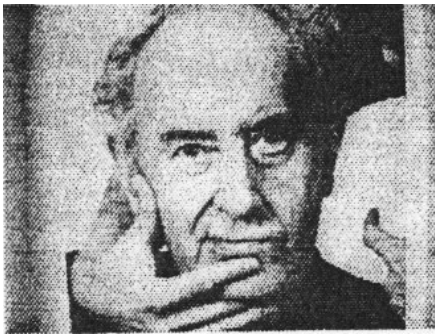
Začíná se již ve stádiu bezvědomí. Při terapii je důležité dbát na **postavení hlavy** (korekce hyperextenze krční páteře), **na aktivaci mimických svalů** (taktilní, termická, vibrační a kinestetická stimulace) a na **terapii dutiny ústní** (zabránit senzoričné deprivaci a připravit na případnou pozdější terapii poruch polykání a řeči).

Pomůcky: přenosné zrcadlo, žínka, plochý měkký kartáček, zubní kartáček (nejlépe elektrický), gumové rukavice, ubrousky na obličej, špachtle, vatové štětičky, zubní nit, laryngeální zrcátko, gáza, korkové zátky, různé druhy látek, malý měkký míček, ledová lízátko, kostka ledu a gumové bonbóny.

¹² Použito z přednášek Bc. O. Kolembusové (Novákové), 2006, Neurovývojové přístupy

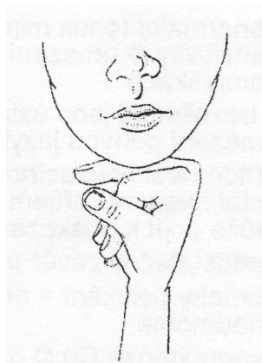
Korekce postavení hlavy

První typ držení (obrázek 1) se používá, pokud pacient neudrží postavení hlavy. Terapeut stojí z boku.



Obrázek 1. Korekce postavení hlavy (Kolembusová 2006)

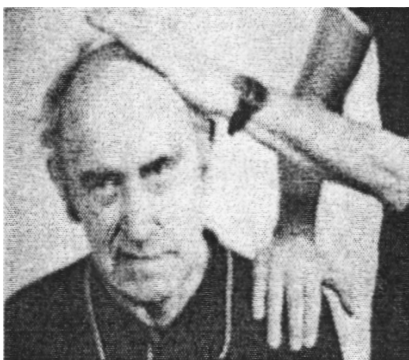
Druhý typ držení (obrázky 2,3) se používá, pokud pacient sám drží správné postavení hlavy. Terapeut sedí zředu.



Obrázky 2, 3. Korekce postavení hlavy (Kolembusová 2006)

Pasivní pohyby krku a hlavy

Provádějí se pro snížení hypertonu a korekce postavení hlavy (obrázek 4). Je lépe cvičení provádět vleže na zádech. (Kolembusová 2006)



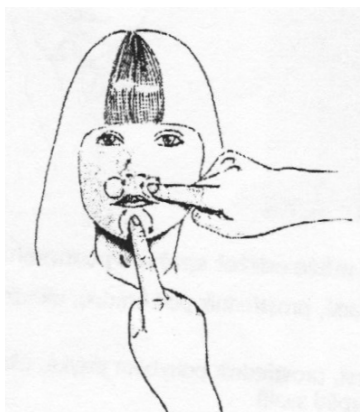
Obrázek 4. Pasivní pohyby krku a hlavy (Kolembusová 2006)

Taktilní stimulace

Začíná se v oblasti čela (obrázek 5), dále v oblasti periorbitální (okolo očnice) a temporální, přes oblast tváří a žvýkacích svalů, poté postoupíme do oblasti periorální (okolo úst), kde se využívá povrchová stimulace (obrázek 6) a stimulace vnitřní dutiny ústní. (Kolembusová 2006)



Obrázek 5. Taktilní stimulace (Kolembusová 2006)

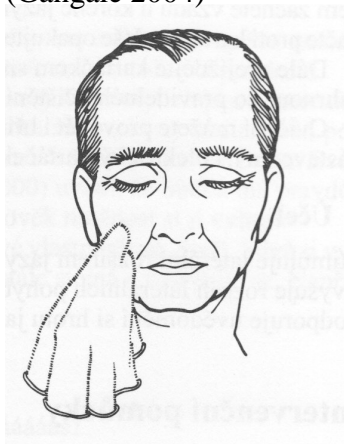


Obrázek 6. Taktilní stimulace v periorální oblasti (Kolembusová 2006)

Stimulace v oblasti obličeje

Pasivní forma stimulace vhodná u pacientů, kteří nejsou schopni sledovat pokyny. Využívá se např. **štetčkování tváří** (rychlé pohyby pomocí většího jemného plochého štětce po tvářích směrem vzhůru), **stimulace tváří kostkou ledu** (od koutků úst k ušním lalůčkům, tvář od ledu vždy osušíme ubrouskem a pohybem směrem vzhůru, **štípání tváří** (jemně stiskneme svalovinu tváře mezi ukazovák a palec, pohyb vedeme od koutků úst), také můžeme použít **stimulaci žínkou** (obrázek 7). Tento způsob stimulace protahuje svalstvo a zlepšuje tonus obličeje. Začínáme masáží celého

obličej suchou žínkou, obličej otíráme a poté hned poklepem prsty. Dále provádíme lehké štípání kůže obličej pomocí žínky, kterou držíme mezi palcem a ukazovákem. Poté pokračujeme štípáním navlhčenou žínkou, střídáme teplou a studenou. Masáž nesmí trvat déle než 10 minut. Při masáži se vyhýbáme očím a nosním dírkám. (Gangale 2004)



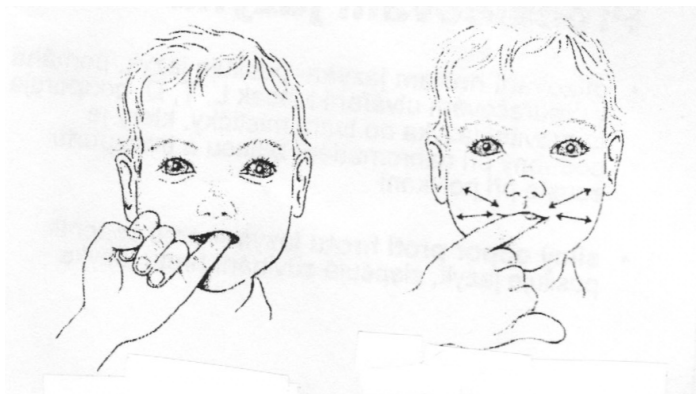
Obrázek 7. Stimulace žínkou (Gangale 2004)

Terapie dutiny ústní:

Při terapii dutiny ústní se provádí taktilní stimulace svalstva obličej, viz výše, dále pak masáž dásní, pasivní a aktivní mobilizace jazyka v dutině ústní i mimo ni a také ústní hygiena (péče o zuby a dásně). (Kolembusová 2006)

a) Normalizace svalového napětí

Normalizace dosáhneme krouživým masírováním dásní. Masáž dásní (obrázek 8) provádíme malíčkem či ukazovákem (použijeme gumové rukavice), dále stimulujeme tváře rychlými tahy opačnou stranou elektrického kartáčku (vibrace), a ukážeme pacientovi cviky, kde převalujeme vzduch v ústech z jedné strany na druhou. (Kolembusová 2006)



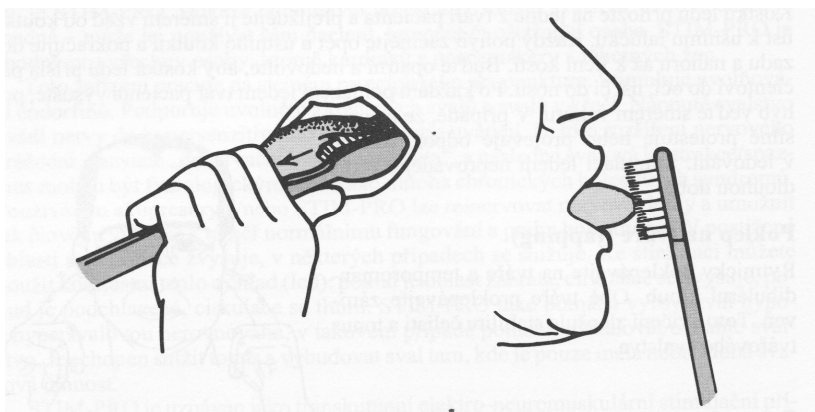
Obrázek 8. Masáž dásní (Kolembusová 2006)

b) Pohyby jazyka

Provádíme tak, že pacient tlačí špičku jazyka proti dřevěné špachtli, dále se pak dotýká jazykem horního patra, terapeut dopomůže dřevěnou špachtlí, poté pacient stimuluje měkké patro tím, že vyfukuje bubliny pomocí brčka. Také nacvičujeme artikulaci souhlásek B,P a samohlásek. Při pasivní terapii terapeut drží špičku klientova jazyka v kousku gázy a pohybuje s ním pasivně podle výše uvedených cviků. Další procvičování jazyka je, kdy pacient trénuje plazení jazyka, terapeut dopomáhá s pohybem tím, že jazyk drží v gáze, dále se provádí hlazení jazyka kartáčkem odzadu dopředu, což uvolňuje jazyk, poté pacient trénuje olizování hrotem jazyka nebo překonává silný odpor, který je kladen proti jeho jazyku, poté tlačí jazyk vzhůru nebo překonává odpor tlaku na laterální stranu jazyka. Pro další cvik použijeme vibraci, kdy opačnou stranou elektrického kartáčku vyrovnáváme a uvolňujeme jazyk pacienta. (Kolembusová 2006)

c) Stimulace v dutině ústní

Provádíme pomocí zubního kartáčku (obrázek 9). Ke stimulaci používáme kartáček s měkkými štětinkami, stimulaci začínáme vzadu na jedné straně u kořene jazyka a postupujeme směrem k jeho hrotu, klient tlačí mírně jazyk proti kartáčku, vše opakujeme i na druhé straně jazyka, dále také provádíme tento pohyb i v opačném směru, od hrotu jazyka k jeho kořeni. (Gangale 2004)



Obrázek 9. Stimulace v dutině ústní pomocí zubního kartáčku (Gangale 2004)

Dále stimuluje vnitřní stranu tváří tím, že po ní přejíždíme pomocí vatové štětičky, pohyb provádíme směrem dozadu po tvrdém patře a postupně prodlužujeme stimulaci až k měkkému patru, ale záleží na reakci pacienta, jak bude stimulaci snášet.

Pacient může mít v ústech zvýšenou citlivost a stimulací dosáhneme snížení nepříjemného pocitu při přijímání potravy. U snížené citlivosti v dutině ústní zase dopomůžeme stimulací ke zlepšení příjmu potravy a k lepší artikulaci. (Kolembusová 2006)

Při terapii redukce nadměrného slinění provádíme výše uvedené cviky, doporučíme žvýkání žvýkačky, pokud u pacienta nehrozí aspirace, a trénujeme s pacientem uvědomování chování a ovládání slinění na výzvu a poté spontánně. (Kolembusová 2006)

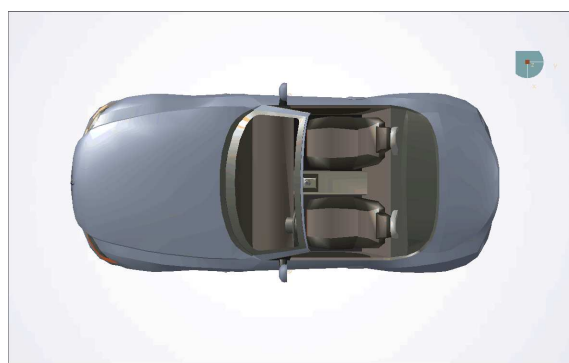
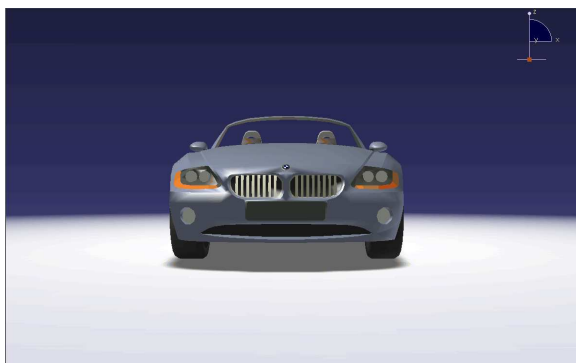
3.2.2. Doporučené kompenzační strategie

Rotace hlavy při polykání způsobí přesunutí sousta v ústech na opačnou stranu, než je hlava rotována. U lidí po CMP rotace hlavy k hemiparetické straně slouží jako ochrana dýchacích cest při polykání sousta a sekretu slinných žláz. (Kolembusová 2006)

3.3. KOGNITIVNÍ FUNKCE

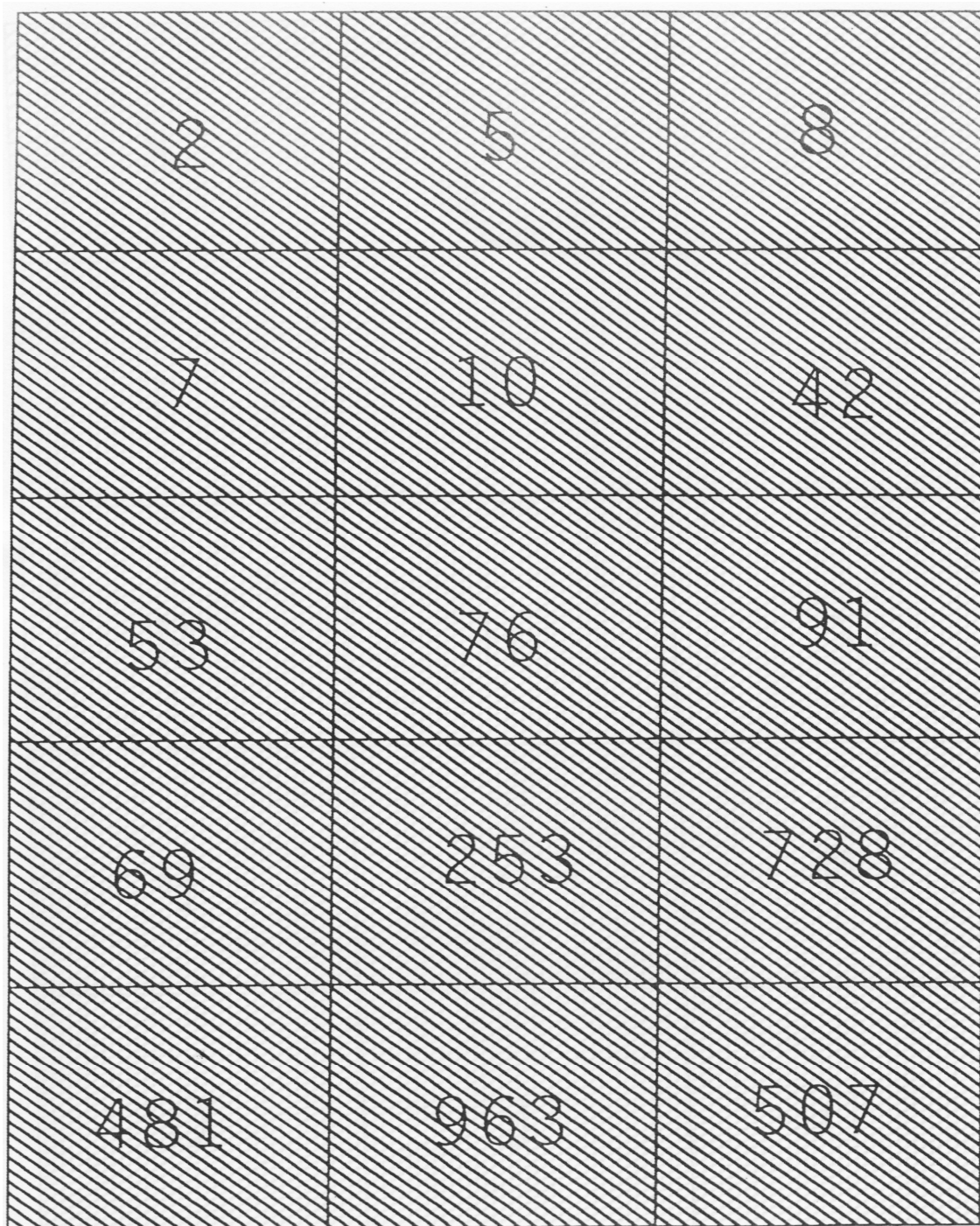
Cvičení pro nácvik prostorové orientace

Zadání: Určete, z jakého úhlu pohledu jsou níže uvedené obrázky auta, např. pohled shora, pohled z boku atd.



Cvičení na prostorovou orientaci, rozeznávání čísel a perspektivu¹³

Zadání: Určete jaká čísla se nachází v každém vyšrafovaném políčku.



¹³ Použito z materiálů z přednášek předmětu Ergoterapie a rehabilitace kognitivních poruch (Nováková 2008)

Cvičení pro rozvoj komunikace a pochopení významu textu ¹⁴

(Také lze použít pro nácvik posloupnosti dějů, pokud se obrázky klientovi ukáží v přeházeném pořadí a on je pak rovná do správného pořadí)

Zadání: Vyprávějte příběh podle obrázků, popište co se na každém z obrázků děje.



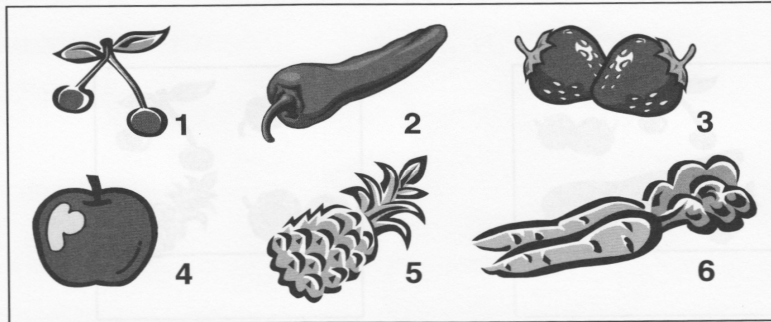
¹⁴ Didaktické pomůcky a hry, použito z karet COLOR CARDS – Steps for adults

Cvičení na koncentraci pozornosti¹⁵

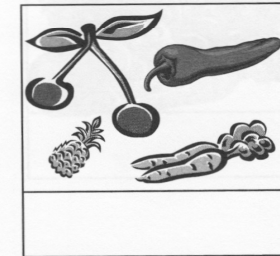
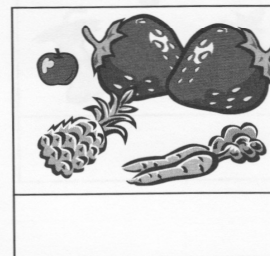
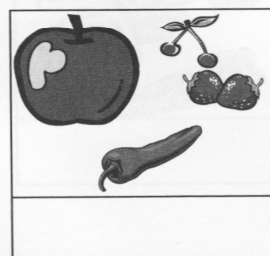
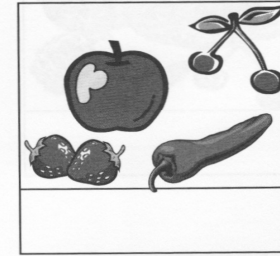
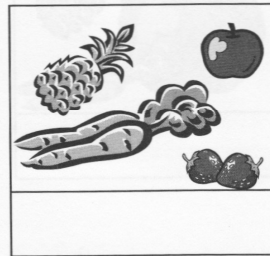
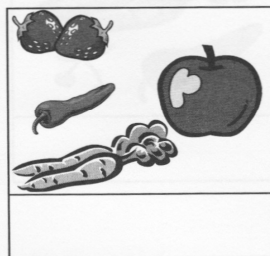
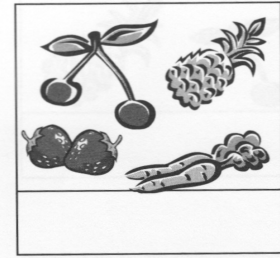
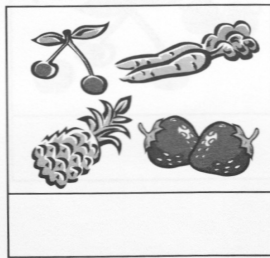
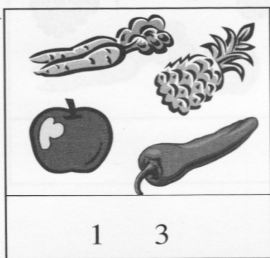
Zadání: Vypracujte cvičení podle níže uvedeného návodu.

CO CHYBÍ?

Zde je 6 předmětů:



V každém rámečku dole chybí dva z nahoře nakreslených předmětů. Urči, které to jsou a napiš jejich čísla pod rámeček.



¹⁵ Použito ze souboru pracovních listů Koncentrace pozornosti (Rezková, Zelinková, Tumpachová 2004)

Cvičení krátkodobé paměti¹⁶

Zadání: Zkuste si pomocí své krátkodobé paměti zapamatovat tento nákupní lístek ve dvaceti sekundách. Čtěte položky dvakrát a pokuste se vše zapamatovat.

1 kg brambor	1 kg mouky	pečicí papír
250 g másla	prací prášek	játrovku
1 svazek ředkviček	krmivo pro kočku	
16 vajec	1 tabulku čokolády	

Přikryjte si text a napište na tyto řádky co nejvíce slov, která jste si zapamatovali, v libovolném pořadí.

.....

.....

.....

.....

Je možno využít i další příklady cvičení (viz. příloha č. 9) pro trénink kognitivních funkcí

¹⁶ Čerpáno z [www. stránek](http://knihy.cpress.cz/DataFiles/Book/00003250/Download/KZ0069_kapitola.pdf), dostupných z http://knihy.cpress.cz/DataFiles/Book/00003250/Download/KZ0069_kapitola.pdf

3.4. NÁCVIK ČTENÍ¹⁷

Cvičení pro nácvik čtení, orientace a pozornosti¹⁸

Zadání:

ŽE podtrhni ČERVENĚ.

UŽ podtrhni ŽLUTĚ.

ON podtrhni MODŘE.

NA podtrhni ZELENĚ.

už	na	on	že	on	na	on	na	že	on	už	na
že	na	že	on	on	ne	že	už	už	on	že	na
už	on	na	že	už	na	on	na	že	on	že	už
na	že	na	že	na	on	že	na	už	on	že	on
už	na	že	on	už	že	už	on	na	už	na	že

MASO podtrhni ROVNĚ.

SAMA podtrhni VLNOVKOU.

MÍSA ZAKROUŽKUJ.

MUSÍ PŘEŠKRTNI.

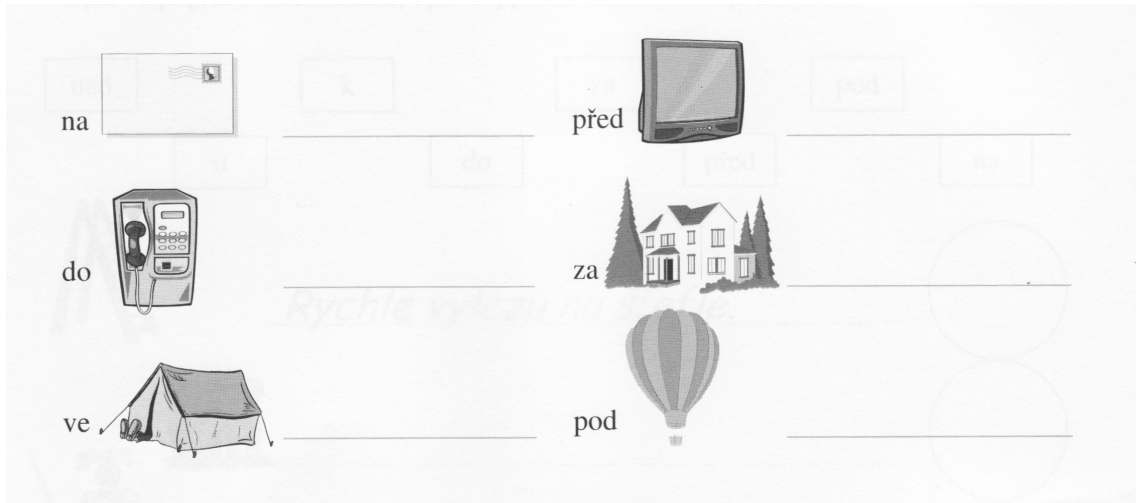
mísa	sama	musí	maso	musí	mísa	sama	mísa
maso	musí	mísa	sama	mísa	musí	maso	mísa
musí	maso	musí	mísa	sama	sama	maso	musí
mísa	sama	maso	mísa	sama	musí	maso	mísa
sama	mísa	musí	maso	maso	maso	musí	mísa

¹⁷ Zde je uveden pouze stručný přehled cvičení, která lze použít pro nácvik čtení. Další příklady + obrázková abeceda (viz. příloha č. 10: obrázek 4) jsou uvedeny v příloze č. 10.

¹⁸ Použito ze souboru pracovních listů Koncentrace pozornosti (Rezková, Zelinková, Tumpachová 2004)

Práce s předložkou¹⁹

Zadání: Přečtěte a запиšte.



Procvičování „e“ – „ě“²⁰

Zadání: Podtrhněte, co je správně.

kvetina	–	kětina	–	kvjetina	–	květina
bědovat	–	bedovat	–	běbovat	–	bjedovat
veneček	–	vjeneček	–	věňček	–	věneček
penkava	–	pěnkava	–	penkáva	–	pěknava
oběvit	–	odjevit	–	objevit	–	obevit
vjenovat	–	věmovat	–	věnovat	–	venovat

¹⁹ Použito ze souboru pracovních listů Specifické poruchy učení, (Černá, Tumpachová 2007)

²⁰ Použito ze souboru pracovních listů Specifické poruchy učení (Černá, Tumpachová 2007)

Procvičování měkkých a tvrdých souhlásek

Zadání: Najděte a zakroužkujte měkké a tvrdé souhlásky. Tvrdé (hy, chy, ky, ry, dy ty, ny) souhlásky zakroužkujte modře a měkké (ži, ši, či, ři, ci, ji, di, ti, ni) červeně.

hy di chu ti ta to po ky bo dy vo tu zo ko chy ty ti ni ji ži ši ci ny ry či hu
ci bl op ji jo ju di to ty ti ni go py ji by fy li my pi sy vi zy bi fi sy vy zi
zy ny ni li ky ly dy do by ci sy vi zy ky hy di ni mi vy ji di ty ti si bi ry
ny mi ři lu hy fi pi sy vi ji ty si vy dy ti zi hy ži chy di ni hu by fy ny chy
ti dy ry ři ši di ni hy dy ty ky ry fi ly si ny chy ži či ry di ti ny ci di ty
by chy di ty ji ni my si ry ři li ky si vy my či

Oprava chybného textu

Zadání: Opravte chyby v textu. Celkový počet chyb by měl být 11.

Když se Země v pradávnicích bodách zvolna ochlazovala, zmenšování jejího objemu způsobovalo v zemské kůře posuni, zlomi a trhliny. Naše chodba byla právě takovou trhlinou, kterou kdysi vytékala žhavá žula. Na tisíce jejíh zákrutú vytvářelo v prahorních vrstvách opravdové bludiště.²¹

Zadání: Doplňte chybějící slabiky

„Bylo nám sou_no poznat je poz_ji. Ale po prohlíd_ Olsenyovy mapy jsem viděl, že cestou podle křivolakého pobřeží se jim vyh_me. Nej_nějši sopečné projevy se skutečně soustřeďují ve vnitro_mí ostrova. Tam se táhnou vo_rovne vrstvy nakupených skal, na_vané ve skandinávských jazycích „trapps“.“

Text pro kontrolu správnosti

„Bylo nám souzeno poznat je později. Ale po prohlídce Olsenyovy mapy jsem viděl, že cestou podle křivolakého pobřeží se jim vyhneme. Nejsilnější sopečné projevy se skutečně soustřeďují ve vnitrozemí ostrova. Tam se táhnou vodorovné vrstvy nakupených skal, nazývané ve skandinávských jazycích „trapps“. „(Verne 1992)

²¹ Verne, J. *Cesta do středu Země*, Praha: Albatros, 1992, ISBN 80 – 00 – 00178 – 0

Cvičení pro pochopení významu a orientaci v textu

Zadání: Rozdělte slova ve spojeném textu svislými čarami a poté text přečtěte.

„Žilabylababaježibaba.Bylojítisíceroků,alenevypadalananě.ŘíkalosejíApolena.Žilavlesevdoměna kuřínoze.Narameninosilasovu,tajiradila.Apolenachodilamezilidi,koupalasevjezeře,vařilamedicínunanemocearádačarovala.Pečovalavleseomaléhady,laněakolouchy,pořádalezávodyzajícůušáků,sušilabylinynavoňavěčajje.Atakélétalamezilidizanocín apometle.Lidéjírádimezisebouviděli,dokázalajimporadit,jakédělajíchyby.Zatojídávalimakovékoláče,Apolenamělapěčenétuzeráda.“²²

Opravený text

„Žila byla baba ježibaba. Bylo jí tisíce roků, ale nevypadala na ně. Říkalo se jí Apolena. Žila v lese v domě na kuří noze. Na rameni nosila sovu, ta jí radila. Apolena chodila mezi lidmi, koupala se v jezeře, vařila medicínu na nemoce a ráda čarovala. Pečovala v lese o malé hady, laně a kolouchy, pořádala závody zajíců ušáků, sušila byliny na voňavé čaje. A také létala mezi lidmi za noci na pometle. Lidé jí rádi mezi sebou viděli, dokázala jim poradit, jaké dělají chyby. Za to jí dávali makové koláče, Apolena měla pečené tuze ráda.“ (Michalová 2005: 69)

²² Použito z čítanky pro děti se specifickými poruchami učení od Michalové Věry

4. DISKUZE

Před započítím práce jsem si mnohokrát kladla otázku, zda je téma mé práce relevantní pro ergoterapii. Ale jednou jsem si téma vybrala, tak bylo mým úkolem ho zpracovat. Dlouho jsem přemýšlela, jak téma vůbec pojmut a jak ho zpracovat z ergoterapeutického hlediska. Protože při sběru materiálů jsem nenašla nic, kde by se psalo o ergoterapii přímo v souvislosti s reedukací čtení. Jednou však bylo téma vypsáno a schválené pro obor ergoterapie, tak nebylo možné se vymlouvat, že se ergoterapie netýká. Záleží však na tom, jak na téma pohlédneme. Při podrobnějším zamýšlení nad obsahem tématu, nad čtením samotným, nad jeho významem a nad rolí ergoterapeuta jsem postupně více a více přicházela na to, že spolupráce ergoterapeuta s ostatními členy, kteří se na nácviku čtení podílejí, je nezbytnou součástí. A hlavně pak tehdy, když jsem si uvědomila a nastudovala v literatuře, jak je čtení důležitou součástí běžného života, běžných denních aktivit, volnočasových aktivit a práce, které jsou náplní oboru ergoterapie. Ergoterapie se také mimo jiné zabývá vyšetřením a terapií kognitivních funkcí, které jsou pro čtení důležité, a zde byl další bod, ze kterého jsem vycházela.

Také jsem si uvědomila a ověřila na praxi a v literatuře, že ergoterapeut se může podílet při rehabilitaci orofaciální oblasti, což patří mezi první kroky při nácviku čtení.

Poté jsem přemýšlela, jak zpracovat praktickou část. Nastudovala jsem dětské čítanky a knížky, které se používají pro výuku čtení. Materiálů pro dospělé na výuku čtení jsem našla jen opravdu málo. Přemýšlela jsem, jak to vše skloubím dohromady tak, aby to nevypadalo jako cvičení ze speciální pedagogiky, ale jako ergoterapeutická cvičení. Proto jsem se zaměřila na oblasti, kterými by byl ergoterapeut při procesu nácviku čtení prospěšný.

V praktické části je tedy zpracován stručný návod, jak provádět orofaciální stimulaci, navazovala jsem na to, co jsem zpracovávala v teoretické části o možnosti uplatnění ergoterapie při reedukaci čtení. Dále je v této části cvičení pro trénování kognitivních funkcí a v poslední části jsou příklady cvičení, která lze využít při samotné reedukaci čtení. Tuto poslední část jsem takto zpracovala, abych dostála požadavkům, které byly uvedeny spolu s tématem (zpracovat materiál pro reedukaci čtení). Nevím, zda jsem vše správně pochopila, ale domnívám se, že ano.

Také jsem přemýšlela jak práci utřídit a jak jednotlivé kapitoly na sebe navázat. Zpracovávání této práce bylo pro mě tak trochu bádání v neznámu a poznávání nového.

Při tvoření práce se také vyskytl problém při dodržení počtu stran čistého textu. Nejprve jsem měla pocit, že ani maximálního povoleného počtu stran čistého textu nedosáhnu, ale nakonec jsem ho o jednu takový počet přesáhla a vyvstal tím pro mě problém, co vymazat a co zkrátit.

Po dopsání jsem došla k názoru, že se o tomto tématu dá napsat ještě mnoho a mnoho dalších informací, mohl by to také být předpoklad pro další podrobnější a hlubší rozpracování tohoto tématu.

Bylo by vhodné vše vyzkoušet v praxi, a teprve poté se dá téma ještě lépe rozpracovat, či se přesvědčit, zda je téma zpracované dostatečně. Já jsem zatím tuto možnost neměla, ale ráda bych si materiál sama při terapii s klientem v budoucnu vyzkoušela.

Některé kapitoly pojednávají o méně ergoterapeutických tématech, ale když je práce zaměřená na lidi po poranění mozku a reedukaci čtení, tudíž i na jeho poruchy, nemohu toto opomenout, a proto jsou v práci zpracované kapitoly i o další problematice, a ne jen čistě o té ergoterapeutické.

Jako cíl práce jsem si stanovila určit roli ergoterapeuta při reedukaci čtení a vytvořit tréninkový materiál a myslím, že jsem cíle dosáhla. Domnívám se však, že by bylo vhodné roli ergoterapeuta ještě více a podrobněji rozpracovat. Myslím si, že by to klidně mohlo být téma pro další závěrečnou práci.

5. ZÁVĚR

Cílem této práce bylo stanovit roli ergoterapeuta při reedukaci čtení a vytvořit tréninkový materiál pro reedukaci čtení u pacientů po poranění mozku.

Teoretická část práce pojednává o pacientech po poranění mozku, o rehabilitaci, o poruchách čtení a v neposlední řadě o roli ergoterapeuta při reedukaci čtení. Problematikou čtení se zabývají spíše logopedi či speciální pedagogové, snažila jsem se zde vyzdvihnout i potřebu a nutnost spolupráce ergoterapeuta při reedukaci čtení. Také je zde snaha přemýšlet o čtení jako o nepostradatelné dovednosti důležité pro dosažení kvality života a pro zařazení do běžné sociální společnosti, na čemž se ergoterapie podílí. Bylo velmi těžké zpracovávat dané téma, protože v oblasti ergoterapie zatím není příliš známé. I při zpracování literatury bylo zřejmé, že se touto oblastí příliš ergoterapie nezabývá, ale při bližším seznámení s poruchami čtení,

se samotným principem čtení a s prvky reedukace čtení vyplynulo, že i ergoterapie zde má své velmi důležité místo.

V praktické části jsou zpracovány materiály pro reedukaci čtení, které jsou zaměřené na intervenci ergoterapeuta, ale také je možno je využít dalšími profesemi zabývajícími se touto problematikou. Materiály se týkají orofaciální stimulace, tréninku kognitivních funkcí, což je pro nácvik čtení nezbytné, a příklady cvičení pro samotný nácvik čtení. Z názvu bakalářské práce může vyplývat, že by materiály měly být koncipovány pouze na samotnou reedukaci čtení, ale protože samotný nácvik čtení je oblastí převážně logopeda či speciálního pedagoga, jak je již uvedeno výše, a práce se má týkat ergoterapie a je také zpracovávána studentkou ergoterapie, proto je praktická část koncipována pro použití ergoterapeutem.

Snažila jsem se práci zpracovat tak, aby cíle bylo dosaženo. Domnívám se, že jsem tento cíl splnila.

6. REFERENČNÍ SEZNAM

- ABZ.cz: *slovník cizích slov* [online]. 2005-2006 [cit. 2008-11-05]. Dostupný z [www: <http://slovník-cizich-slov.abz.cz>](http://slovník-cizich-slov.abz.cz).
- American Stroke asociation: *What is stroke?* [online]. 2008 , 15.11. 2008 [cit. 2008-11-18]. Dostupný z [www: <http://www.strokeassociation.org/presenter.jhtml?identifier=3030066>](http://www.strokeassociation.org/presenter.jhtml?identifier=3030066).
- ČERNÁ, Lenka, TUMPACHOVÁ, Lucie. *Specifické poruchy učení: Soubor pracovních listů*. Praha : Pražská pedagogicko-psychologická poradna, spol. s.r.o, 2007. 51 s.
- Česká asociace ergoterapeutů: *Co je ergoterapie* [online]. 2008 , 25.7. 2008 [cit. 2008-11-01]. Dostupný z [www: <http://ergoterapie.cz/Page.aspx?PageID=1>](http://ergoterapie.cz/Page.aspx?PageID=1).
- ČIHÁK, Radomír. *Anatomie 3*. 1997. vyd. Praha : Grada Publishing, a.s, 1997. 672 s. ISBN 80-7169-140-2.
- Didaktické pomůcky a hry, soubor karet COLOR CARDS – Steps for adults
- FRASER, Rober, CLEMMONS, David. *Traumatic brain injury rehabilitation*. U.S.A : CRS Press LLC, 2000. 250 s. ISBN 0-8493-3315-6.
- GANGALE, Debra C. *Rehabilitace orofaciální oblasti*. 1. vyd. Praha : Grada Publishing, a.s, 2004. 229 s. ISBN 80-247-0534-6.
- International Brain Injury Association : *Brain injury facts* [online]. 2005 , 27.10. 2008 [cit. 2008-10-29]. Dostupný z [www: <http://www.internationalbrain.org/content.php?pages=facts>](http://www.internationalbrain.org/content.php?pages=facts).
- KOČMANOVÁ, Lucie. *Srovnání metod elementárního čtení vzhledem k teorii a praxi*. [s.l.], 2004. 21 s. Univerzita Karlova v Praze, Pedagogická fakulta Katedra pedagogické a školní psychologie. Diplomová práce.
- KOHOUTOVÁ, Monika. Přednáška z předmětu *Psychosociální přístupy*. Praha: Univerzita Karlova. 1. lékařská fakulta, 2006
- KULIŠŤÁK, Petr, a kol. *Afázie*. 1. vyd. Praha : Triton, 1997. 229 s. ISBN 80-85875-38-1.
- KULIŠŤÁK, Petr. *Neuropsychologie*. 1. vyd. Praha : Portál, 2003. 327 s. ISBN 80-7178-554-7.
- KOLEKTIV AUTORŮ. *Lidské tělo*. 1. vyd. Praha : Cesty, 1996. 336 s. ISBN 80-7178-093-2.
- KOLEMBUSOVÁ (Nováková), Olga. Přednáška z předmětu *Teorie ergoterapie*. Praha: Univerzita Karlova. 1. lékařská fakulta, 2005

- KOLEMBUSOVÁ (Nováková), Olga. Přednáška z předmětu Neurovývojové přístupy. Praha: Univerzita Karlova. 1. lékařská fakulta, 2006
- KRIVOŠÍKOVÁ, Mária, JELÍNKOVÁ, Jana. *Koncepce oboru ergoterapie*, 2007. 16 s. Dostupný z www: <http://ergoterapie.cz/files/koncepce_oboru_ergoterapie.pdf>.
- LIPPERT-GRÜNER, Marcela. *Neurorehabilitace*. 1. vyd. Praha : Galén, 2005. 350 s. ISBN 80-7262-317-6.
- MICHALOVÁ, Zdena. *Základy čtení 1 : Čítanka pro práci z dětmi se specifickými poruchami učení*. 2. vyd. Havlíčkův Brod : Tobiáš, 2005. 83 s.
- MUMENTHALER, Marco, MATTLE, Heinrich. *Neurologie*. Praha : Grada Publishing, a.s, 2001. 649 s. ISBN 80-7169-545-9.
- NEUBAUER, Karel. *Neurogenní poruchy komunikace u dospělých*. 1. vyd. Praha : Portál, 2007. 227 s., 16. ISBN 978-80-7367-159-4.
- NOVÁKOVÁ (Kolembusová), Olga. Ergoterapie a rehabilitace kognitivních poruch. Praha: Univerzita Karlova. 1. lékařská fakulta, 2008
- Psychologicko pedagogická poradna : *Speciální pedagog* [online]. 2002, datum aktualizace neuveden [cit. 2008-10-02]. Dostupný z www: <<http://www.husiti.cz/poradna-psyche/specialni-pedagog.html>>.
- PFEIFFER, Jan. *Neurologie v rehabilitaci*. 1. vyd. Praha : Grada Publishing, a.s, 2007. 351 s. ISBN 978-80-247-1135-5.
- POKORNÁ, Věra. *Teorie a náprava vývojových poruch učení a chování*. 3. rozš. vyd. Praha : Portál, 2001. 333 s. ISBN 80-7178-570-9.
- PREISS, Marek, a kol. *Klinická neuropsychologie*. Praha : Grada Publishing, a.s, 1998. 406 s. ISBN 80-7169-443-6.
- REZKOVÁ, Vlasta, ZELINKOVÁ, Olga, TUMPACHOVÁ, Lucie. *Koncentrace pozornosti : Soubor pracovních listů*. 6. vyd. Praha : Pražská pedagogicko-psychologická poradna, spol. s.r.o, 2004. 35 s.
- SMRČKA, Martin, a kol. *Poranění mozku*. Praha : Grada Publishing, a.s, 2001. 272 s. ISBN 80-7169-820-2.
- STEMBERK, Robert. *Kognitivní psychologie*. 1. vyd. Praha : Portál, 2002. 636 s. ISBN 80-7178-376-5.
- TROJAN, Stanislav, a kol.. *Fyziologie a léčebná rehabilitace motoriky člověka*. 3. přepracované a doplněné vyd. Praha : Grada Publishing, a.s, 2005. 237 s. ISBN 80-247-1296-2.

- VERNE, Jules. *Cesta do středu země*, Praha: Albatros, 1992. 266 s. ISBN 80-00-00178-0
- WHO. *Rehabilitace po cévní mozkové příhodě*. 1. vyd. Praha : Grada Publishing, a.s, 2004. 199 s. ISBN 80-247-0592-3.
- Wikipedia : Otevřená encyklopedie, *Rehabilitace* [online]. 2002 , 23.10. 2008 [cit.2008-10-01]. Dostupný z www: <<http://cs.wikipedia.org/wiki/Rehabilitace>>.
- Wikipedia : Otevřená encyklopedie, *Traumatické poranění mozku* [online]. 2002 , 5.5. 2008 [cit. 2008-11-03]. Dostupný z www: <http://cs.wikipedia.org/wiki/Traumaticke_poraneni_mozku>
- www stránky o paměti, datum poslední revize a datum vzniku stránek neuveden [online] [cit. 2008-11-20] dostupný z www: <http://knihy.cpress.cz/DataFiles/Book/00003250/Download/KZ0069_kapitola.pdf>

7. SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK

ADL – activities of dayli living (i/p ADL, instrumentální/ personální ADL)

atd. – a tak dále

cca – cirka, okolo, přibližně

CMP – cévní mozková příhoda

CNS – centrální nervový systém

CT – Computer tomography (počítačová tomografie)

ČR – Česká republika

EEG – elektroencefalografie

EP – evokované potenciály

GCS – (Glasgow Coma Scale) stupnice pro hodnocení bezvědomí a jeho hloubky

JIP – jednotka intenzivní péče

MRI – magnetická rezonance

např. – například

TBI – (traumatic brain injury) traumatické poranění mozku

tj. – to jest, to je

tzv. – takzvaný, takzvaně

USA – (United States of America) Spojené státy americké

WHO – World Health Organization (Světová zdravotnická organizace)

8. PŘÍLOHY

8.1. Seznam příloh

Příloha č. 1: Vyšetření fatických funkcí.....	64
Příloha č. 2: Identifikace písmen a číslic mezi grafickými elementy.....	67
Příloha č. 3: Identifikace obecných tvarů.....	67
příloha č. 4: Identifikace obecných tvarů.....	68
Příloha č. 5: Principy neurologické rehabilitace.....	69
Příloha č. 6: Vysvětlení mluveného a psaného slova v praxi.....	69
Příloha č. 7: Další typy afázií.....	71
Příloha č. 8: Zásady pro použití metody s okénkem.....	72
Příloha č. 9: Další příklady cvičení pro trénink kognitivních funkcí.....	74
Příloha č. 10: Další příklady cvičení pro nácvik čtení.....	83

Příloha č. 1: Vyšetření fatických funkcí (Kulišťák a kol. 1997)

Jméno:

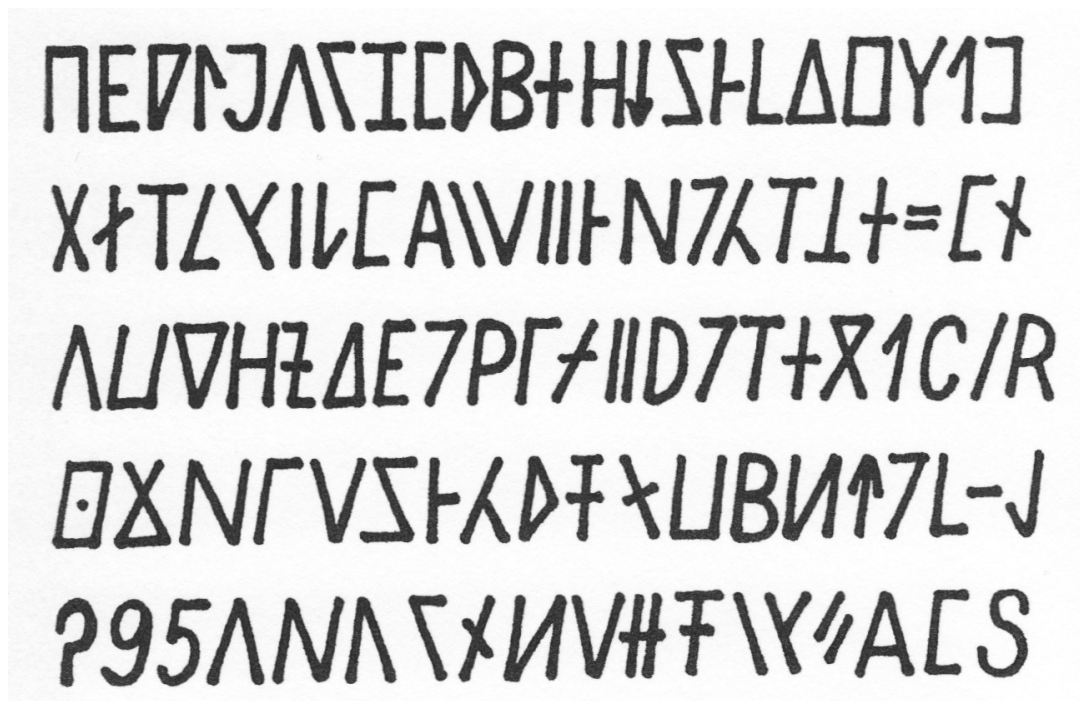
rok narození:

Datum			
1) Spontánní řeč: A - PL - LM			
a) úplná ztráta řeči			
b) rudimenty, ojedinělá slova			
c) stálé poruchy při možném dorozumění, parafázie			
d) poruchy vybav. slov			
e) ojedinělé obdobné poruchy			
f) bez poruch			
2) Opakování: A - P L - LM			
a) samohlásky: a o u e i			
b) souhlásky: m b t d r l k g h ch			
c) slabiky: pe, la, vla, pro, bě, nos, ber, krk, prst			
d) slova dvouslabičná: kolo, pivo, topol, papír, hrdlo			
e) slova tříslabičná: dědeček poleno, Hradčany, květina,			
f) slova čtyřslabičná: nemocnice televize, početnice			
g) slova víceslabičná: podnikatelský, mateřídouška			
h) zdvojená slova: národní škola měst. doprava, státní dráha			
i) narůstání řady slov: nemocnice, fak. nemocnice, odd. fak. nemocnice, interní oddělení fakultní nemocnice			
j) složená věta: V divadle, kam odešli otec a matka, hráli Prodanou nevěstu.			
3) Rozumění mluvenému: A - PL - M			
a) výzva k činnosti: zavřete oči; podejte mi ruku; připažte;			
b) nemluvte, ukažte, co Vám řeknu levé koleno, stůl, tužku výběr slovně označeného předmětu ze souboru 10 obrázků: potraviny, prac. nářadí, oděvy, dopravní prostředky, zvířata			

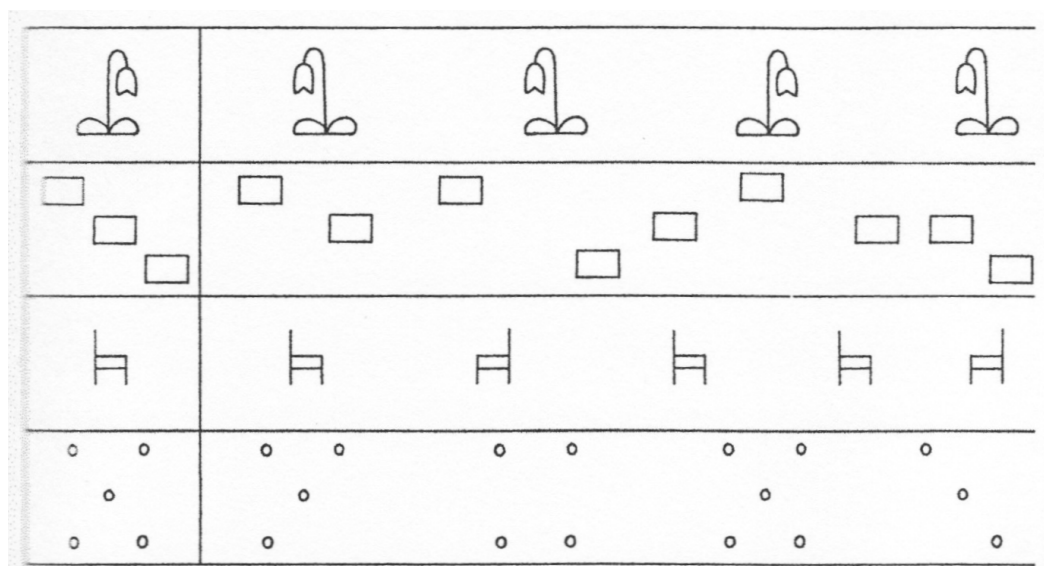
Datum			
c) nemluvte a vyberte, co Vám určím: (z téhož souboru)			
podle barvy – co je červené			
podle účelu – něco k jídlu, k práci			
k oblékání, k jízdě, něco živého			
podle materiálu – co je z mouky, ze dřeva, z kovu, z textilu			
d) ukažte, co Vám řeknu:			
(činnosti, jevy) – kdo jí,			
kdo má kabát, kdo kope,			
kdo řídí automobil			
e) ukažte: (abstrakta)			
co je hezké a co je ošklivé, účelné, neúčelné, dobré, špatné			
f) Gramatické struktury:			
ukážte tužkou klíč,			
klíč tužkou, brýle klíčem, apod.			
co je na pravo, nalevo od tužky,			
co je větší, tmavší			
Je správná věta: Točí se			
Země kolem Slunce ? nebo			
Slunce se točí kolem Země?			
4) Pojmenování: O – PL – LM			
podle skutečných předmětů			
– 10 pojmů: tužka, kapesník,			
postel, knoflík, vlasy, oči,			
pravá ruka, rádio, strom,			
pyžamo,			
5) Automatické řady: A – PL – LM			
početní řada – vzest. i sest.			
dny v týdnu – vzest. i sest.			
měsíce – vzest. i sest.			
text písně			
6) Zpěv: A			
a) poznání známé melodie s textem			
b) poznání známé melodie bez textu			
c) vyfukání písně zpívané terapeutem			
d) zpívání s pomocí terapeuta			
e) zpívání samostatně			

Datum			
7) Čtení: O – PL – LM – PG			
a) izolovaná písmena			
tiskací, psací, slabiky			
dvouslabičná slova			
b) jednoduché příkazy, vykonání –			
– zavřete oči, podejte mi ruku			
c) složité příkazy –			
podejte mi ruku a stiskněte,			
dotkněte se špičky nosu			
d) souvislý text (bajka)			
e) reprodukce textu			
8) Počítání: A – PL – LM			
ústní			
a) odhad množství do pěti			
b) vztah čísllice k předmětu			
c) sčítání a odečítání do 10			
d) základní mechanické řady,			
násobilka			
e) základní početní výkony			
9) Počítání: O – PG – GM			
písemné			
a) odhad množství do pěti			
b) vztah čísllice k předmětu			
c) sčítání a odečítání do 10			
d) základní mechanické řady,			
násobilka			
e) základní početní výkony			
10) Kreslení: O – PG – GM			
a) podle předlohy: m a l			
b) podle předlohy:			
○ □			
c) podle předlohy opis věty			
d) na příkaz „panáka“			
e) spontánní projev			
11) Psaní: O – PL – PG – GM			
a) podpis			
b) adresa			
c) diktát slov			
d) diktát vět			
e) spontánní písemný projev			
POZNÁMKA:			
Z Á V Ě R :			

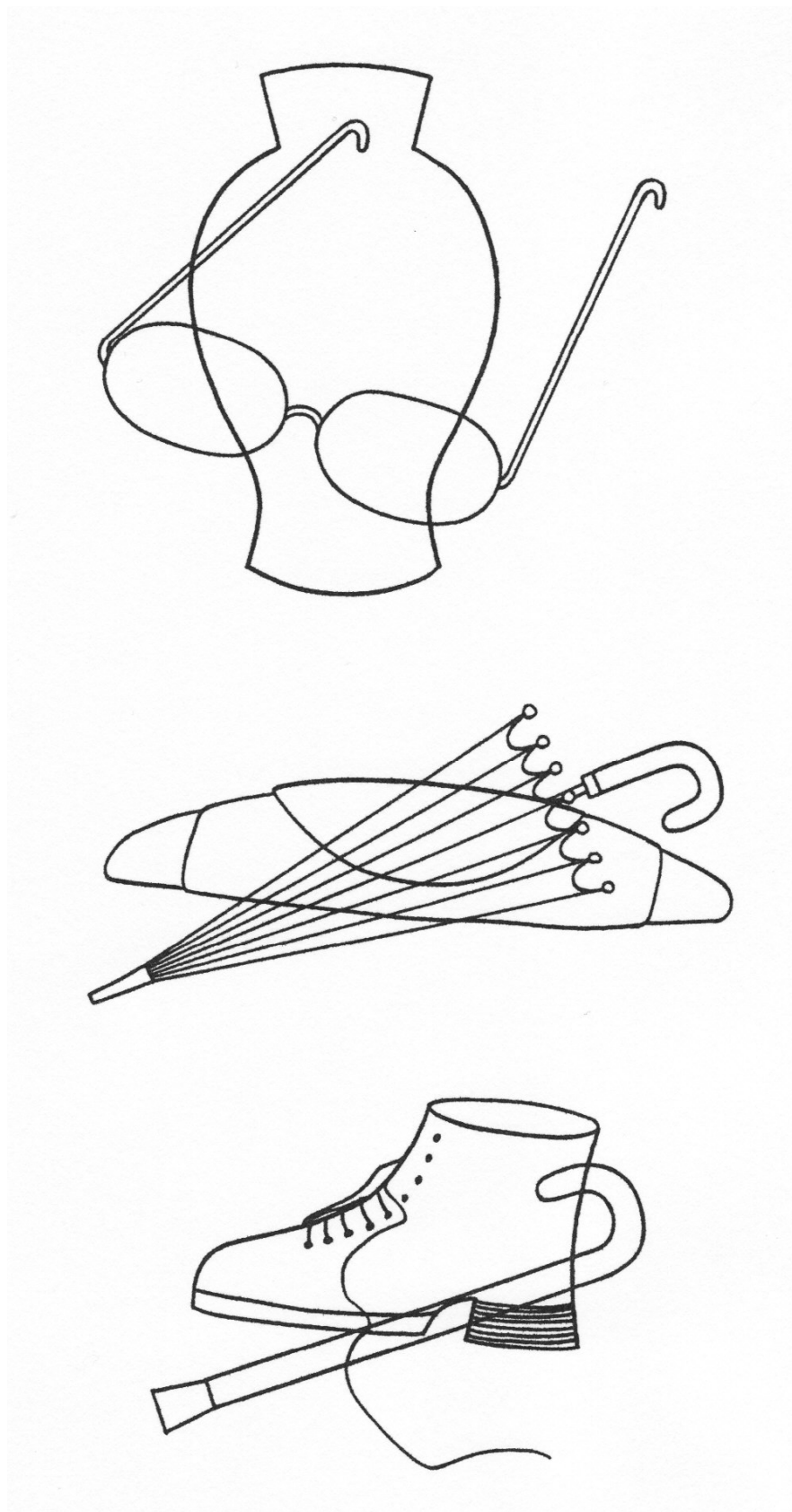
Příloha č. 2: Identifikace písmen a číslic mezi grafickými elementy (Kulišťák a kol. 1997)



Příloha č. 3: Identifikace obecných tvarů (Kulišťák a kol. 1997)



Příloha č. 4: Identifikace obecných tvarů (Kulišák a kol. 1997)



Příloha č. 5: Principy neurologické rehabilitace (Lippert – Grüner 2005)

Princip celistvosti – rehabilitace musí obsáhnout celou osobnost pacienta včetně životní situace a sociálního zázemí a nezaměřovat se jen na funkční deficity. (Lippertová – Grünerová 2005)

Princip včasnosti a dlouhodobosti – je důležité začít s rehabilitací co nejdříve, nejlépe již v akutní fázi hospitalizace. Rehabilitace je dlouhodobý proces, který trvá týdny, měsíce a někdy i roky nebo po celý život rehabilitanta. (Lippertová – Grünerová 2005)

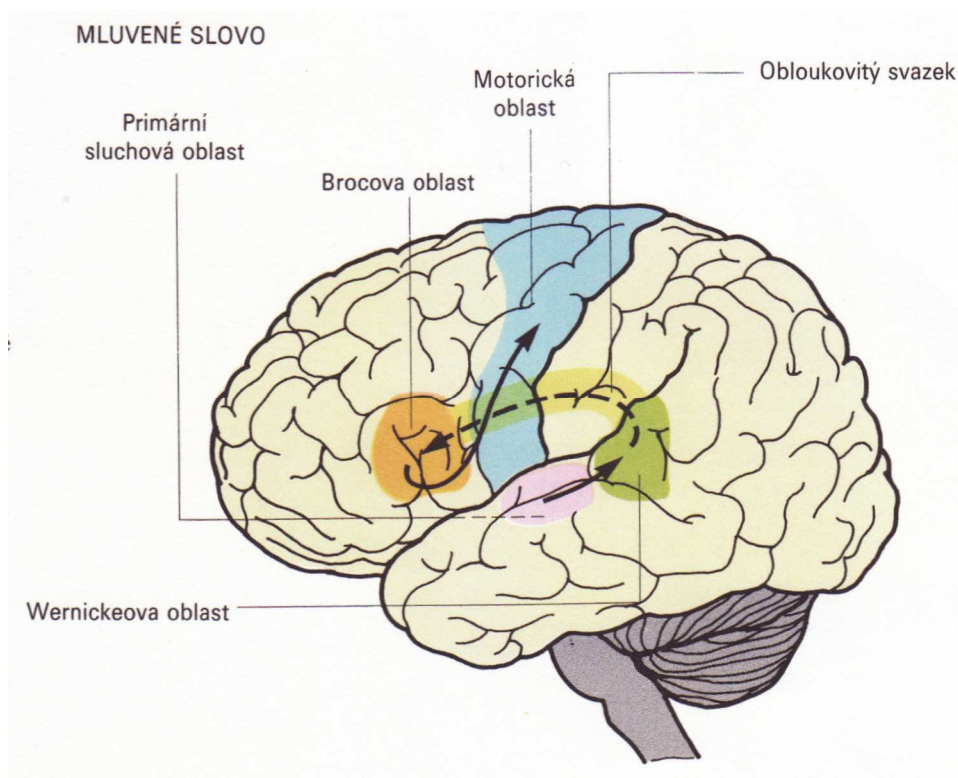
Princip týmové práce – v popředí terapie je princip týmové práce a převládá nad hierarchií organizační struktury akutní medicíny. (Lippertová – Grünerová 2005)

Princip interdisciplinarity a multidisciplinarity – vzhledem ke komplexnosti funkcí, které jsou onemocněním CNS narušeny, je důležité vytvořit specializované komplexní terapeutické koncepty. (Lippertová – Grünerová 2005)

Princip přijetí občanů se zdravotním postižením společností – *„Dlouhodobý úspěch rehabilitace závisí v rozhodující míře na tom, podaří-li se zabránit sociální izolaci občanů se zdravotním postižením a do jaké míry se následně znovu zařadí do společnosti.“* (Lippertová – Grünerová 2005: 24)

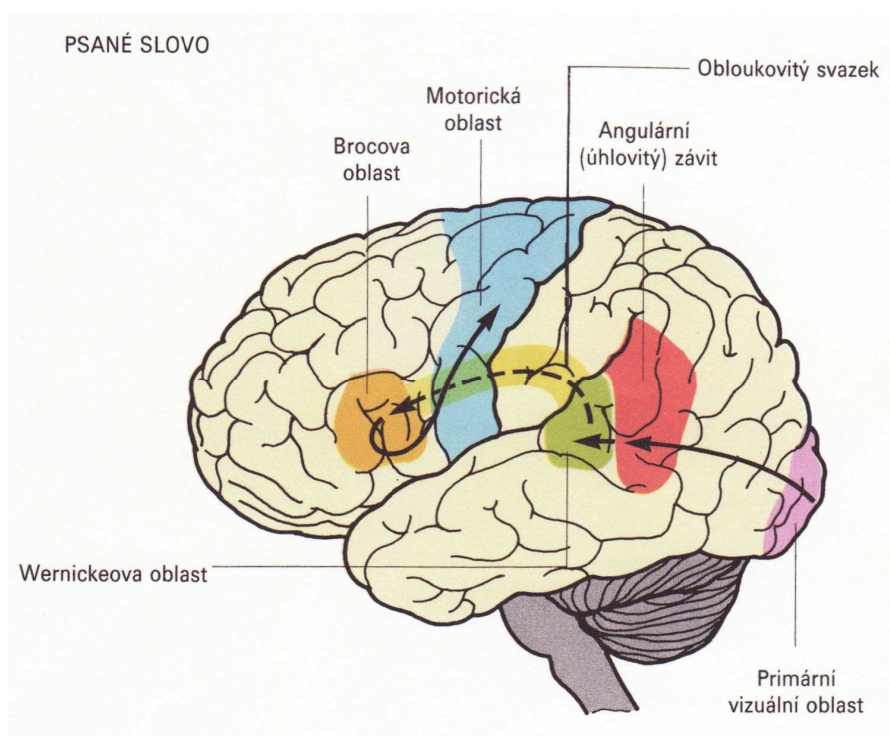
Příloha č. 6: Vysvětlení mluveného a psaného slova v praxi (kolektiv autorů, Praha, Lidské tělo 1996: 245)

Když se nás třeba někdo zeptá: „Jak se jmenuješ?“ Je to běžná otázka, o které moc nepřemýšlíme, ale přesto příprava odpovědi vyvolá v našem mozku sérii vzájemně propojených a okamžitých aktivit (obrázek 1). Otázka se v primární sluchové oblasti zaregistruje a vzápětí už se zpracovává a strukturuje v sousední Wernickeově oblasti. Vzniklé impulsy putují přes obloukovitý svazek vláken do Brocovy oblasti, odtud nakonec do oblasti motorické, která dá svalům úst a hrdla instrukce umožňující na otázku odpovědět. (kolektiv autorů, Praha, Lidské tělo 1996: 245)



Obrázek 1. Reakce mozkových center na mluvené slovo (kolektiv autorů, Praha, Lidské tělo 1996: 245)

Když pohlédneme na větu: „Přečti nahlas tento titulek.“ Inicuje v našem mozku odlišnou sérii dějů, než předchází otázka (obrázek 2). Už při prohlížení a zaznamenávání jednotlivých slov procházejí nervové impulsy, vznikající na sítnici, zrakovými nervy do primární zrakové oblasti uložené v occipitálním laloku. Signály putují do angulárního závitu, kde se zorganizují, a poté jdou už podobnou cestou jako signály zvukové. Přes obloukovitý svazek do Brocovy oblasti, přes kterou jdou dále do motorické kůry, která opět aktivuje řečové svaly, a vy začnete nahlas vyslovovat slova napsaná v titulku. (kolektiv autorů, Praha, Lidské tělo 1996: 245)



Obrázek 2. Reakce mozkových center na psané slovo (kolektiv autorů, Praha, Lidské tělo 1996: 245)

Příloha č. 7: Další typy afázií (Neubauer 2007)

Kondukční (centrální) afázie

Tento typ se vyznačuje fonematickými parafráziemi (opisování významu slova) a špatným opakováním, ale je zde dobré rozumění verbálnímu projevu a plynulost. Zde se vyskytují méně závažné poruchy dysgrafie a dyslexie, spíše se objevují častěji mírné poruchy výkonnosti. (Neubauer 2007)

Transkortikální sensorická (echolická, asémantická) afázie

Postižený má plynulý řečový projev s dobrým opakováním slov a víceslovných sdělení. Je zde však porušené rozumění. Chybí i porozumění opakovanému a odpovědi na otázky postrádají obsahovou informaci. Poruchy dyslexie a dysgrafie jsou podobné jako u sensorické afázie. (Neubauer 2007)

Transkortikální motorická (echolalická, adynamická) afázie

Osoba trpící tímto typem afázie velmi málo spontánně hovoří, řeč je chudá s krátkými odpověďmi na otázky, navíc často chybí přísudek. Opakování je dobré pro víceslovné krátké obraty a porozumění je celkem dobře zachováno. Podobné projevy grafických a lexikálních funkcí jako u motorické afázie. (Neubauer 2007)

Anomická amnestická afázie

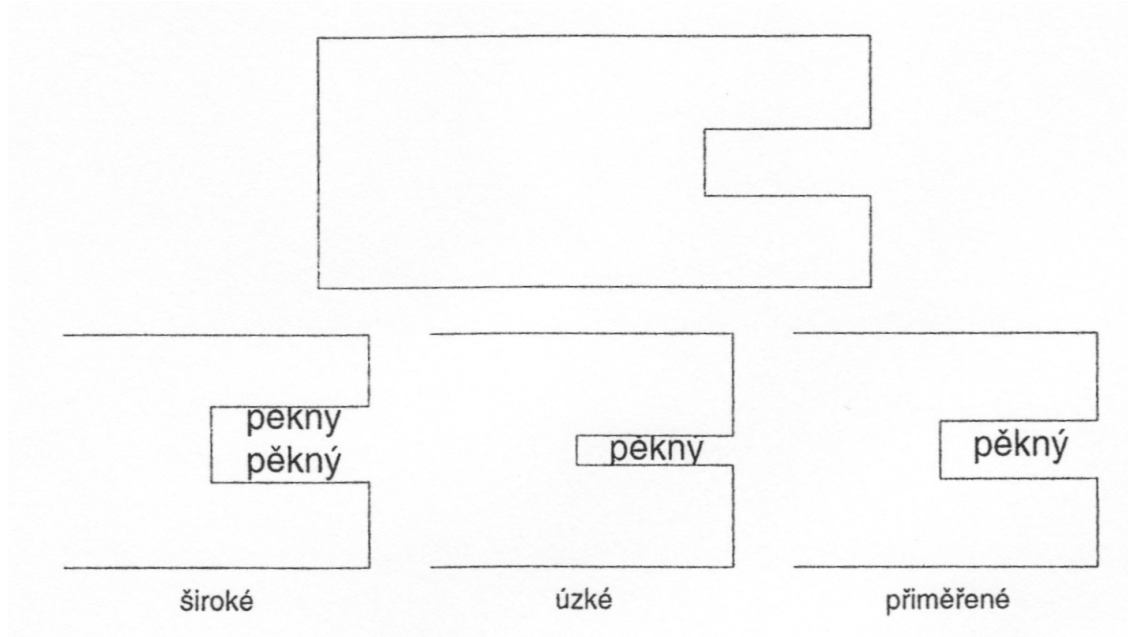
Postižený má plynulou mluvu přerušovanou tzv. anomickými pauzami. Největší obtíže dělá pojmenování předmětů a činností, převládá tu porucha nalézt vhodná slova z vlastní slovní zásoby. Porozumění bývá dobré. U tohoto typu afázie se vyskytují poruchy výkonnosti v oblasti čtení a psaní. (Neubauer 2007)

Příloha č. 8: Zásady pro použití metody čtení s okénkem (Pokorná 2001)

- Velikost okénka musí odpovídat velikosti čteného písma. Nejlepší je, když v okénku nad písmeny i pod nimi je asi 1 milimetr široký okraj papíru. (Pokorná 2001)
- Kartičkou s okénkem by měl pohybovat terapeut. (Pokorná 2001)
- Pohyb kartičkou je nutné přizpůsobit čtenářským možnostem klienta, pomáhá to dodržovat tempo čtení a plynulost. (Pokorná 2001)
- Pokud klient stále nerozumí obsahu textu, necháme ho číst monotónně a bez intonace. Spíše se soustředíme, aby čtení bylo pomalé a klidné. (Pokorná 2001)
- Není dobré, aby si klient nejprve četl potichu a pak nahlas (tzv. dvojí čtení) a dáváme pozor, aby pomalu a klidně slabikoval (protáhnout souhlásku a přidat k ní samohlásku) a slabiky nevyrážel. (Pokorná 2001)
- U lidí s dyslexií dochází k tzv. regresivním pohybům očí (ulpívání na čtených písmenech nebo slabikách), často nedokážou předem zrakem text rozpoznat a nedívat se konkrétně na písmena, tak jak to zvládá běžný čtenář. Abychom zvládli nácvik plynulého čtení, posouváme okénko těsně předtím, než klient čtenou slabiku vysloví, tím slabiku zakryjeme. Je důležité klienta o našem počínání poučit a vysvětlit mu, proč tak činíme, aby neměl pocit, že po něm vyžadujeme rychlé tempo čtení, to je při používání této techniky nežádoucí. (Pokorná 2001)
- Je důležité vkládat do terapie časté krátké přestávky, aby se klient vydržel soustředit. Při této krátké přestávce můžeme chvíli předčítat my (čteme pomalu

a klidně a klademe důraz na vyslovování a srozumitelnost) a klient nám může naslouchat. (Pokorná 2001)

- Pokud chceme dosáhnout kladných výsledků, je důležité tuto metodu čtení procvičovat velmi intenzivně, nejlépe každý den asi 20 minut vcelku nebo 2 x 10 minut. Proto je dobré zaškolit někoho z rodiny, kdo bude s klientem pracovat i v domácím prostředí. (Pokorná 2001)



Obrázek 3. Čtecí okénko (Pokorná 2001)

Příloha č. 9: . Další příklady cvičení pro trénink kognitivních funkcí

Cvičení pro rozvoj komunikace a pochopení významu textu ²³

(Také lze použít pro nácvik posloupnosti dějů, pokud se obrázky klientovi ukáží v přeházeném pořadí a on je pak rovná do správného pořadí)

Zadání: Vyprávějte příběh podle obrázků, popište, co se na každém z obrázků děje.



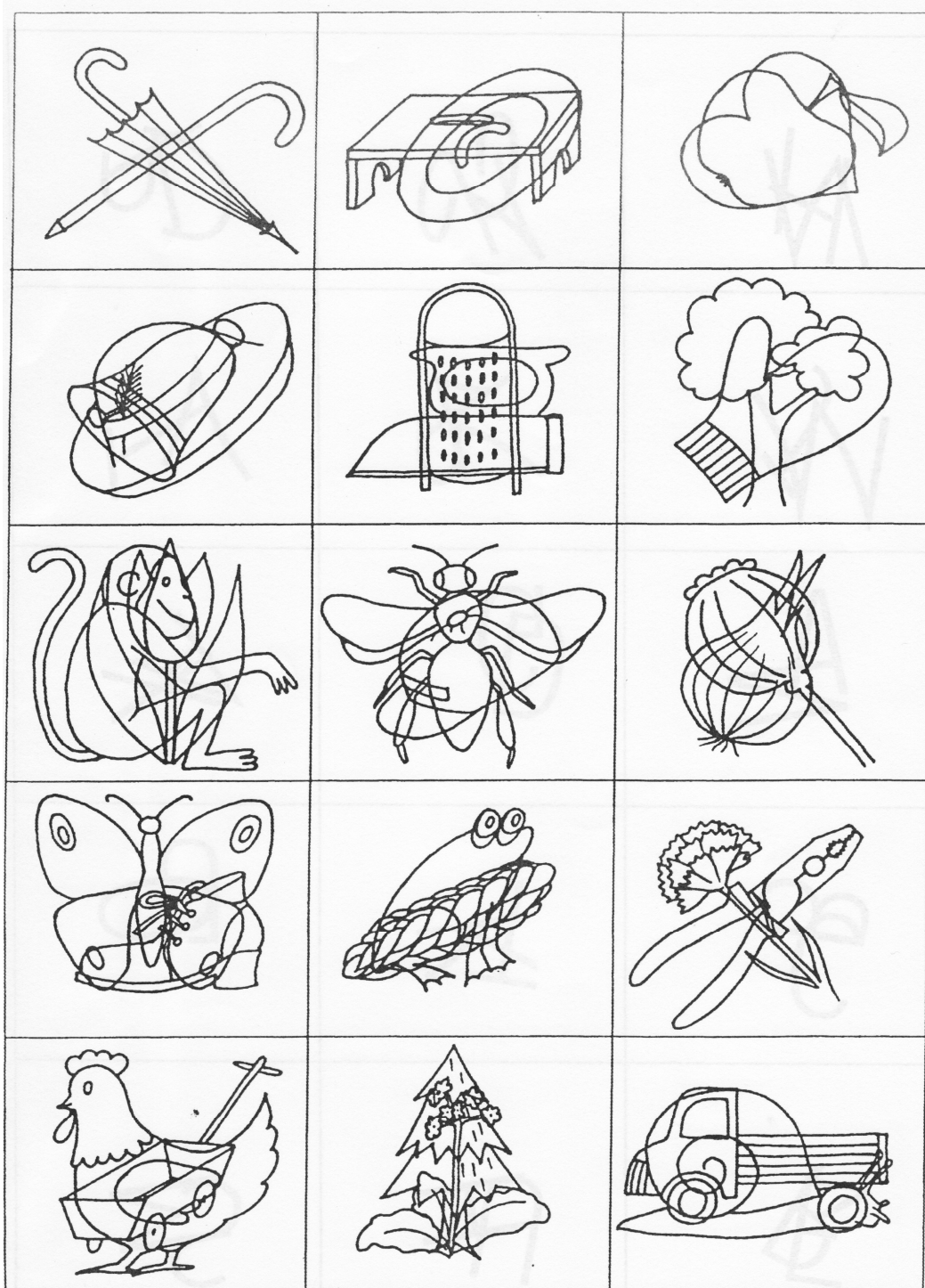
²³ Didaktické pomůcky a hry, použito z karet COLOR CARDS – Steps for adults





Cvičení na prostorovou orientaci, výkon zrakového systému a pozornost²⁴

Zadání: Určete všechny předměty, jaké se nacházejí v jednotlivých políčkách.
















































































































²⁴ Použito z materiálů z přednášek předmětu Ergoterapie a rehabilitace kognitivních poruch (Nováková 2008)

Cvičení na koncentraci pozornosti²⁵

Zadání: Vybarvěte obrázky podle níže uvedeného návodu.

Vybarvi obrázky:

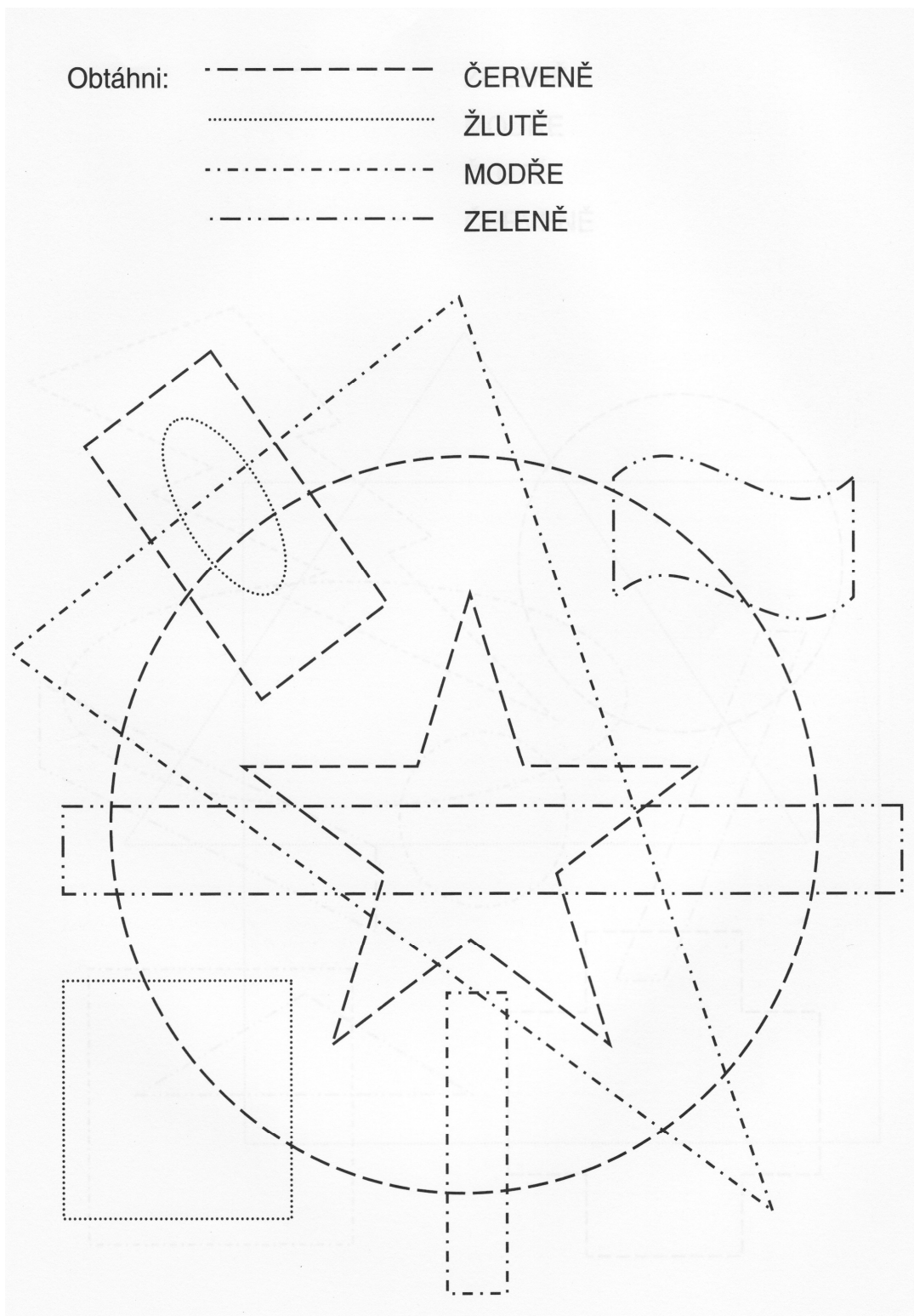
	ČERVENĚ		ZELENĚ
	ŽLUTĚ		ČERNĚ
	MODŘE		

²⁵ Použito ze souboru pracovních listů Koncentrace pozornosti (Rezková, Zelinková, Tumpachová 2004)

Cvičení na koncentraci pozornosti a grafomotoriku²⁶

Zadání:



²⁶ Použito ze souboru pracovních listů Koncentrace pozornosti (Rezková, Zelinková, Tumpachová 2004)

Cvičení pro nácvik orientace a pozornosti²⁷

Zadání:

Podtímní:	BBPP červeně	A a	PŘEŠKRTNI	BP zeleně	PPBB žlutě
		C c	PODTRHNI		
		P p	ZAKROUŽKUJ		

s d a i p c u v k s m a s d g j w t n j u a c f e o p t r c p w m a
r b p d c r e t h z a s r z p c u i a n h p s k o p a c f s e q n g
e w t z u a s d x y p z c b s v p h j l s u p c h k l a s w g l c p
c z u s i d a k h y p k b m e n a t s d o z p h k t i w e p p b y c
k r a p o s b t e a m c j h e p d c y l o s e j f g a x a e w p u i

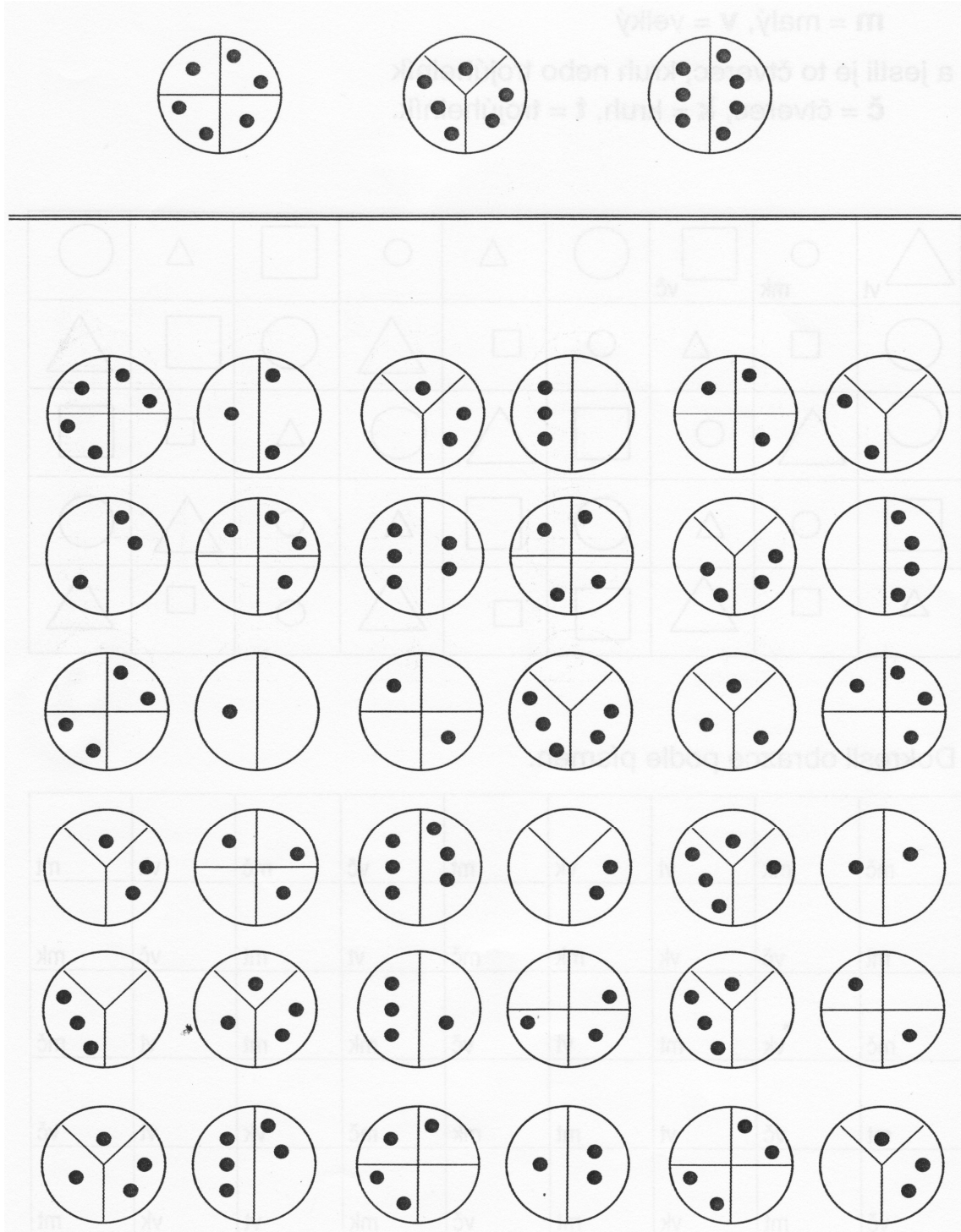
S F T H J U L P O C N D A E R N K M A X E D A V X P D R T Z C D H G
L U A S C V B R F G P L K J I A N A Y X T P D F R T I O J G D H L P
G S A R E P L T I K P G P S B G T A X Y T H W K A F G Z U I A C B N
C H U V E S A R T E V D P H U J K C V B E C T P A E W G D C I P O L
A S Z O F I F N L C L O A J K P D G J W Q V T A J A D R T Z B N A F

D f N I O f R b J p D t S h K p E c H p J u P j B v A v T g H p B r
n R e A x D w B a T h S c P c A r H j P k B t E c X g D w U j l b A
K s L p D f R e P s H a J v E d C n R t Z c A w G z P l B e D a L v
h U g A l T u P n A g S t C l Y o A n J p X r T c V z N a K p Q d J
U k P b K d C x R z P a J s B e C t l p L m A r J n E k C a L r P k

²⁷ Použito ze souboru pracovních listů Koncentrace pozornosti (Rezková, Zelinková, Tumpachová 2004)

Cvičení na koncentraci a schopnost vizuální paměti²⁸

Zadání: Doplňte správný počet bodů podle vzoru.



²⁸ Použito z materiálů z přednášek předmětu Ergoterapie a rehabilitace kognitivních poruch (Nováková 2008)

Cvičení pro trénink krátkodobé paměti²⁹

Zadání: Pan Marek vypráví o své cestě vlakem po Evropě. Přečtete si o jeho cestě a poté si levý sloupec zakryjte a napište věty ve správném pořadí na připravené řádky vpravo.

1. Nejprve jsme jeli do Holandska,
2. dvě noci jsme byli v Amsterdamu,
3. potom ještě krátce v Notterdamu,
4. potom napříč Belgií a Francií,
5. pak náhle nočním vlakem
6. do Španělska, nejprve do Madridu,
7. potom do Barcelony
8. podívat se na Sagrada Familia,
9. potom pár dnů na Costa Brava,
10. potom podél moře na Cote d'Azur,
11. nakonec ještě do Itálie,
12. až do Florencie a Pisy.
13. Potom nám došly peníze,
14. proto jsme jeli nočním vlakem
domů,
15. překvapeni tímto nezapomenutelným zážitkem!









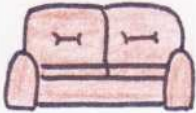

Zakryjte si levý sloupec. Napište ve správném pořadí, jak probíhala Markova cesta:













1.
2.
3.
4.
5.
6.
7.
8.
9.
10.
11.
12.
13.
14.
15.
-

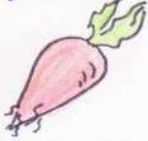


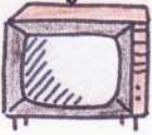




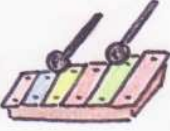



²⁹ Čerpáno z [www. stránek, dostupných z <http://knihy.cpress.cz/DataFiles/Book/00003250/Download/KZ0069_kapitola.pdf>](http://www.stránek,dostupných,z<http://knihy.cpress.cz/DataFiles/Book/00003250/Download/KZ0069_kapitola.pdf>)

Příloha č. 10: Další příklady cvičení pro nácvik čtení

Obrázek 4. Obrázková abeceda

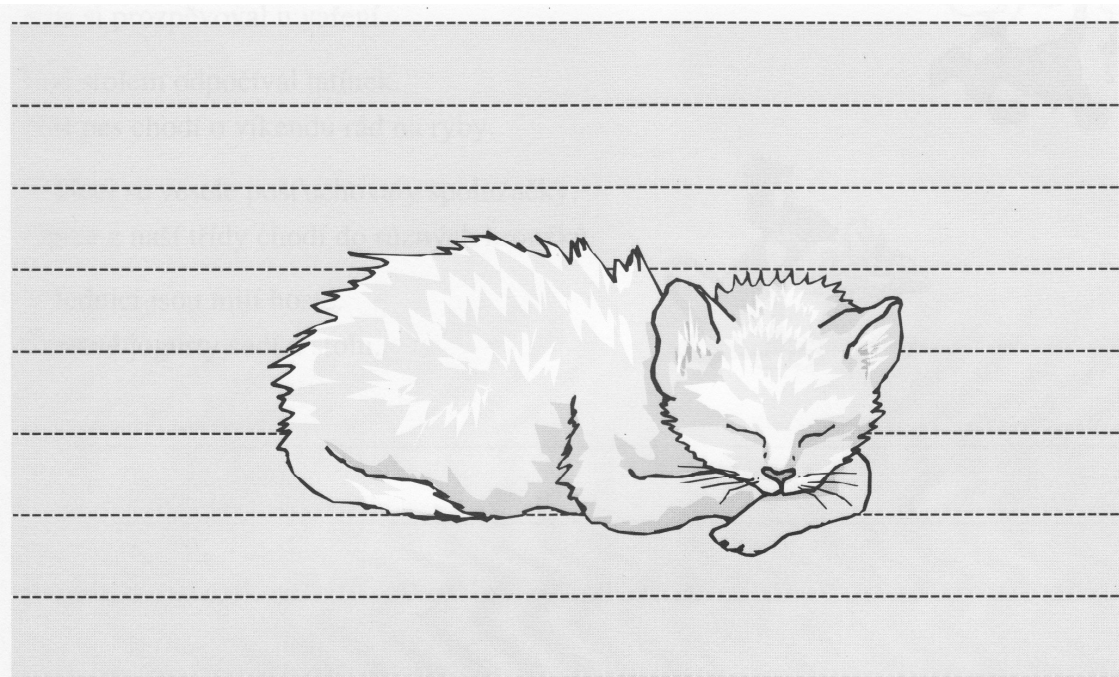
<h1>ABECEDA</h1>	
1. [á] A – a / <i>A - a</i> AUTO 	2. [bé] B – b / <i>B - b</i> BOTA 
3. [cé] C – c / <i>C - c</i> CITRÓN 	4. [čé] Č – č / <i>Č - č</i> ČEPICE 
5. [dé] D – d / <i>D - d</i> DUDLÍK 	6. [d'é] Ď – ď / <i>Ď - ď</i> ĎÁBEL 
7. [é] E – e / <i>E - e</i> EIDAM 	8. [ef] F – f / <i>F - f</i> FLAŠKA 
9. [gé] G – g / <i>G - g</i> GAUČ 	10. [há] H – h / <i>H - h</i> HAD 

<p>11. [chá] Ch – ch / <i>Ch - ch</i></p> <p>CHLEBA </p>	<p>12. [í] I – i / <i>I - i</i></p> <p>INDIÁN </p>
<p>13. [jé] J – j / <i>J - j</i></p> <p>JAHODA </p>	<p>14. [ká] K – k / <i>K - k</i></p> <p>KLOBOUK </p>
<p>15. [el] L – l / <i>L - l</i></p> <p>LETADLO </p>	<p>16. [em] M – m / <i>M - m</i></p> <p>METR </p>
<p>17. [en] N – n / <i>N - n</i></p> <p>NŮŽ </p>	<p>18. [eň] Ň – ň / <i>Ň - ň</i></p> <p>ŇOUMA </p>
<p>19. [ó] O – o / <i>O - o</i></p> <p>OPICE </p>	<p>20. [pé] P – p / <i>P - p</i></p> <p>PAPOUŠEK </p>
<p>21. [kvé] Q – q / <i>Q - q</i></p> <p>QUELLE </p>	<p>22. [er] R – r / <i>R - r</i></p> <p>RÁDIO </p>

<p>23. [er] Ř – ř / <i>Ř - ř</i></p> <p>ŘEPA </p>	<p>24. [es] S – s / <i>S - s</i></p> <p>SLUNCE </p>
<p>25. [es] Š – š / <i>Š - š</i></p> <p>ŠÁLA </p>	<p>26. [té] T – t / <i>T - t</i></p> <p>TELEVIZE </p>
<p>27. [t'é] Ť – ť / <i>Ť - ť</i></p> <p>ŤAPKY </p>	<p>28. [ú] U – u / <i>U - u</i></p> <p>UMÝVADLO </p>
<p>29. [vé] V – v / <i>V - v</i></p> <p>VÁZA </p>	<p>30. [dvojité vé] W – w / <i>W - w</i></p> <p>WHISKY </p>
<p>31. [iks] X – x / <i>X - x</i></p> <p>XYLOFON </p>	<p>32. [ypsilon] Y – y / <i>Y - y</i></p> <p>YORKŠÍRSKÝ TERIÉR </p>
<p>33. [zet] Z – z / <i>Z - z</i></p> <p>ZUB </p>	<p>34. [žet] Ž – ž / <i>Ž - ž</i></p> <p>ŽÁROVKA </p>

Čtení s porozuměním³⁰

Zadání: Dejte věty do správného pořadí, poté je očísľujte a nakonec příběh přečtete nahlas.











- a) Je celé bílé.
- b) Mělo veliký hlad.
- c) Našli jsme malé kotě.
- d) Ťapka roste jako z vody.
- e) Ohřáli jsme mu mlíčko.
- f) Kotě pilo jako duha.
- g) Začali jsme mu říkat Ťapka.
- h) Ťapka

Správné pořadí: h, c, a, b, e, f, g

³⁰ Použito ze souboru pracovních listů Specifické poruchy učení, (Černá, Tumpachová 2007)

Sluchová analýza a syntéza slova³¹

Zadání: Pojmenujte, napište tiskacím písmem, vyhledejte, zakroužkujte použitá písmena a přepište psacím písmem.



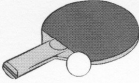




 J A U B A L Í K O	 P L O U R A Š T Á K Ř
 P S A T I R U H R	 Z V R Ý Č V E R T K A
 S K Ý V Á R Á N A	 Z R M R A Z L O I N A
 A P E R S Í T E N	 P R E T I R K O L Í Č

³¹ Použito ze souboru pracovních listů Specifické poruchy učení, (Černá, Tumpachová 2007)

Práce s předložkou³²

Zadání: Utvořte věty k obrázkům a použijte v nich předložky. Věty vepište na řádky a použitou předložku napište do připraveného kroužku na konci řádku. Každá předložka jde použít pouze jednou.

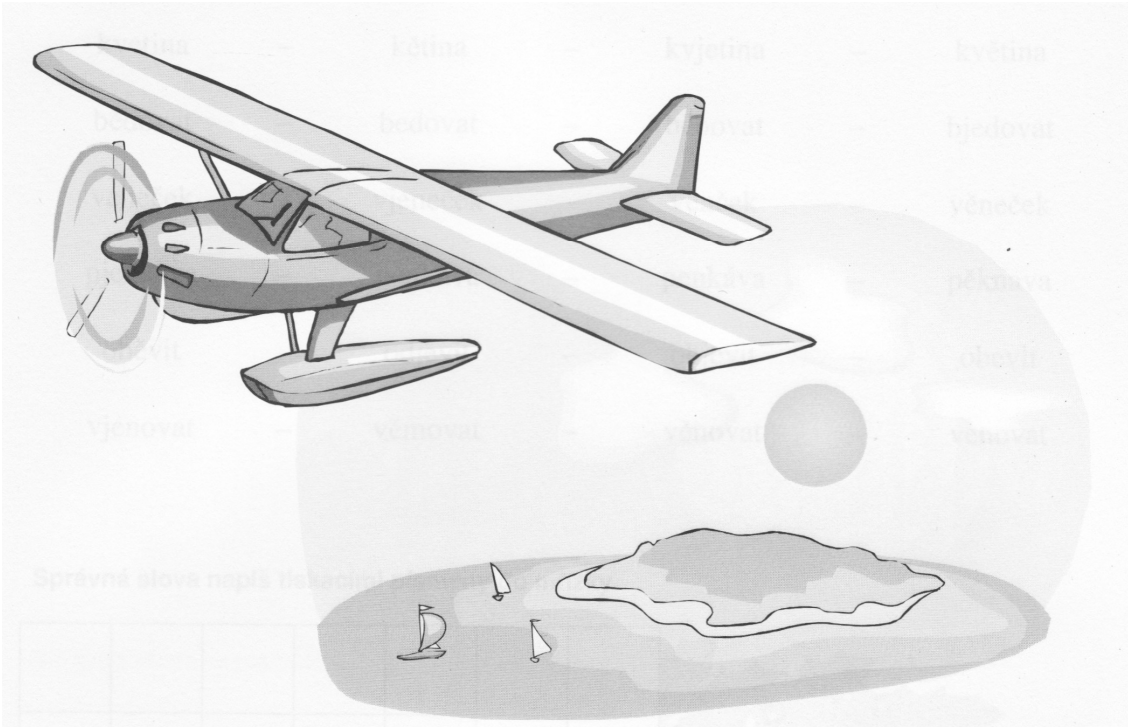
nad	k	za	pod
u	do	před	na

	<i>Rychle vylezu na štafle.</i>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>

³² Použito ze souboru pracovních listů Specifické poruchy učení, (Černá, Tumpachová 2007)

Práce s předložkou³³

Zadání: Vymyslete věty podle obrázku, použijte v nich předložky a poté můžete věty zapsat na volné řádky, ke každé předložce jednu větu.



pod

za

v

nad

před

do

mezi

vedle

³³ Použito ze souboru pracovních listů Specifické poruchy učení. (Černá, Tumpachová 2007)