

UNIVERZITA KARLOVA V PRAZE
1. LÉKAŘSKÁ FAKULTA
ERGOTERAPIE



VÝZNAM SPOLUPRÁCE KLINICKÉHO
LOGOPEDA A ERGOTERAPEUTA U OSOB
S PORUCHAMI FATICKÝCH FUNKCÍ

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

Vedoucí práce:

Mgr. Zuzana Stančáková

Autor:

Kateřina Dvořáková

Praha 2009

PODĚKOVÁNÍ

Chtěla bych poděkovat vedoucí bakalářské práce, paní Mgr. Zuzaně Stančákové za vedení, cenné poznámky a odborné připomínky. Dále bych chtěla poděkovat ergoterapeutkám Bc. Olze Novákové a Márii Krivošíkové, M.Sc. za zpětnou vazbu.

PROHLÁŠENÍ

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

V Praze, 30.11. 2009

Podpis

Identifikační záznam:

DVOŘÁKOVÁ, K. *Význam spolupráce klinického logopeda a ergoterapeuta u osob s poruchami fatických funkcí.* [The importance of cooperation between the clinical speech therapist and an occupational therapist in people with disabled phatic functions]. Praha 2009. 75 stran. vč. příloh, 2 přílohy, 41 grafů. Bakalářská práce. Univerzita Karlova v Praze, 1. lékařská fakulta, Klinika Rehabilitačního lékařství, 1.LF UK 2009. Vedoucí závěrečné práce – Mgr. Zuzana Stančáková.

Abstrakt bakalářské práce

Hlavní myšlenkou rehabilitace je spolupráce v multidisciplinárním týmu. Ve své bakalářské práci jsem se snažila vyzdvihnout společnou práci klinického logopeda a ergoterapeuta u osob s poruchami fatických funkcí. Hlavním cílem bylo zjistit, jak úzce spolu pracují a jaký to představuje význam pro člověka s afázií. Výzkum v praktické části byl realizován pomocí dotazníku, který jsem rozeslala klinickým logopedům a ergoterapeutům na různá pracoviště. Respondenti často zmiňovali, že práce logopeda a ergoterapeuta se v některých situacích prolíná. Avšak každý obor na danou problematiku pohlíží ze svého úhlu, proto je nezbytné, aby klient měl zajištěnou komplexní péči. Výsledek kvantitativního výzkumu jednoznačně poukazuje na fakt, že u osob s narušenou komunikační schopností je spolupráce logopeda a ergoterapeuta přínosná, jen v mnoha případech ještě není na ideální úrovni.

Klíčová slova: Afázie

Poruchy řeči

Komunikace

Ergoterapie

Logopedie

Rehabilitace

Abstract bachelor thesis

The main idea of rehabilitation is a multidisciplinary team collaboration. In my bachelor thesis I tried to highlight the team work of the clinical speech therapist and an occupational therapist in people with language disorders. The main objective was to determine how closely these two professionals work and what is important for a person with aphasia. The research within the practical part was carry out by a questionnaire that I sent to clinical speech therapists and occupational therapists in various workplaces. Respondents to the questionnaire often mentioned that the work of speech therapist and occupational therapist blends in some situations. However, it does not mean, they do the same tasks. Both discipline look at the issue from their own angle, thus ensuring comprehensive care. The result of quantitative research clearly show the fact that in people with impaired communication is cooperation speech therapist and an occupational therapist beneficial, but in many cases is not the ideal level. The end of the thesis highlights the importance of teamwork.

Key words: Aphasia

Language disorders

Communication

Occupational therapy

Speech therapy

Rehabilitation

OBSAH

1. ÚVOD	8
2. TEORETICKÁ ČÁST	10
2. 1. Přehled problematiky	10
2. 2. Význam komunikace	12
2. 3. Afázie	13
2. 3. 1. Příčiny	14
2. 3. 2. Symptomatologie	14
2. 3. 3. Diagnostika	16
2. 3. 3. 1. Diagnostika z pohledu logopedie	16
2. 3. 3. 2. Diagnostika z pohledu ergoterapie	18
2. 3. 4. Klasifikace afázie	20
2. 3. 5. Léčba afázie	21
2. 3. 6. Terapeutické směry	21
2. 3. 7. Rehabilitace řečových poruch	22
2. 3. 7. 1. Terapie z pohledu logopedie	23
2. 3. 7. 2. Terapie z pohledu ergoterapie	24
2. 3. 8. Pomůcky k léčbě i diagnostice	25
2. 4. Možnosti spolupráce klinického logopeda a ergoterapeuta	27
2. 4. 1. Motivace	27
2. 4. 2. Spolupráce s rodinou	28
2. 4. 3. Negativní faktory afázie	28
2. 4. 4. Orofaciální stimulace	29
2. 4. 5. Spolupráce při výběru pomůcek	29
2. 4. 6. Spolupráce v rámci skupinové terapie	30
2. 5. Rehabilitace	30
2. 5. 1. Multidisciplinární tým	31
2. 5. 2. Role ergoterapie v rehabilitaci	31
2. 5. 3. Role logopedie v rehabilitaci	32
2. 6. Závěr	34

3. PRAKTICKÁ ČÁST	35
3.1. Metodologie	35
3.2. Sběr dat	36
3.3. Grafy	39
3.3.1. Demografické údaje	39
3.3.2. Část pro ergoterapeuta	42
3.3.3. Část pro logopeda	44
3.3.4. Společné otázky	46
3.4. Výsledky	61
4. DISKUZE	64
5. ZÁVĚR	67
6. SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY	68
7. PŘÍLOHY	71
7.1. Příloha č. 1	71
7.2. Příloha č. 2	73

1. ÚVOD

V dnešní době se v rehabilitaci klade důraz na multidisciplinární tým a vzájemnou spolupráci mezi jednotlivými členy. Každý z týmu se u pacientů zaměřuje na určité oblasti, které se ale velmi často vzájemně prolínají a ovlivňují. Ve své práci bych chtěla ukázat, že narušená komunikační schopnost člověka je jednou z oblastí, o kterou by se měl ergoterapeut také zajímat.

Oblast komunikace, jazyka, řeči a jejich poruch je velmi rozsáhlá a zajímavá problematika. Proto hlavním důvodem a především mým osobním cílem, proč jsem si zvolila toto téma pro svou bakalářskou práci, bylo dozvědět se o těchto poruchách co nejvíce.

Myslím si, že člověka jistě trápí, když nemůže dostatečně využívat svou horní končetinu a postavit se na vlastní nohy, avšak největším problémem je dle mého názoru narušená komunikace. Neschopnost vyjádřit se a rozumět řeči je totiž zdrojem velkého stresu a psychické zátěže. Lidé se sice po vzniku závažných onemocnění mozku vrátí do domácího prostředí, ale následky jim neumožní integrovat se do společnosti. Situace může být dále ztížena narušením sociálních vztahů, jež u těžkých poruch komunikace velmi často vznikají.

Filozofickým základem ergoterapie je, že člověk je aktivní bytost, která se vyvíjí díky vykonávaným činnostem. Člověk je schopen prostřednictvím činností, které jsou pro něj smysluplné, ovlivňovat své fyzické a psychické zdraví, měnit sociální a fyzické prostředí. Jednou z hlavních terapeutických forem ergoterapie je trénink ADL (všední denní činnosti) umožňující návrat do vlastního rodinného prostředí. Cílem je umožnit pacientovi v osobní sféře samostatnost v každodenních činnostech a tím také život bez cizí pomoci.

K tréninku každodenních potřeb patří hlavně: oblékání, svlékání, osobní péče, hygiena, jídlo a pití, potřeby v domácnosti, orientace ve veřejných prostorech, nakupování, telefonování, atd. Obecně se denní činnosti dělí na personální a instrumentální. Avšak i při tréninku ADL je vzájemná komunikace mezi ergoterapeutem a klientem velmi nezbytná, proto dojde-li z jakýchkoliv důvodů k poruchám řeči, znamená to velký problém a komplikovanou spolupráci.

V teoretické části jsem se především pokusila nastínit problematiku afázie, její příčiny, diagnostiku a léčbu. Jak klinický logoped, tak i ergoterapeut by měl být součástí multidisciplinárního týmu. Proto ve své práci řeším jejich postavení v rehabilitaci ve vztahu

k fatickým poruchám. Pro každého člověka je řeč přirozená záležitost. Do své teoretické části jsem proto zařadila i význam komunikace pro člověka jako jednu z dovedností, kterou ke svému nezávislému a soběstačnému životu nezbytně potřebuje.

Pro praktickou část jsem si zvolila kvantitativní metodu. Výzkum jsem prováděla formou dotazníku, který jsem rozeslala elektronickou cestou klinickým logopedům a ergoterapeutům. Dotazník jsem si zvolila pro jeho úsporu času a finančních prostředků. Avšak nevýhodou je jeho nízká návratnost, o které jsem se osobně přesvědčila. Oba obory se v mnoha situacích prolínají, přesto každý má svá specifika. Práce by měla poskytnout dva různé pohledy na stejnou problematiku a to na narušenou komunikační schopnost.

Hlavním cílem mé bakalářské práce bylo zjistit možnosti spolupráce ergoterapeuta a klinického logopeda u osob s poruchami fatických funkcí na různých pracovištích. Terapie poruch komunikace v současnosti vyžaduje multidisciplinární přístup a týmovou spolupráci, proto každý oborník by měl mít znalosti nejen ze svého oboru, ale také i z oborů souvisejících.

2. TEORETICKÁ ČÁST

2. 1. PŘEHLED PROBLEMATIKY

Problematikou afázie a poruch řeči vůbec se u nás zabývá celá řada autorů. Nejčastěji se jedná o odborníky z řad logopedů. Mezi hlavní autory, kteří obohatili mou práci, patří například Cséfalvay, Neubauer, Lechta a Kulišťák. Publikace od Neubauera (2007) poskytuje velké množství informací o získaných poruchách řeči a komunikace, konkrétně se jedná o afázii a dysartrii. Stejně tak i Cséfalvay (1996, 2000, 2003, 2007), Lechta (2003, 2005) a Kulišťák (1997, 2003) podává mnoho poznatků o afázii, její symptomatologii, diagnostice a léčbě.

Do své práce jsem zahrнула i zahraniční literaturu, konkrétně Katz (1998). Z této publikace jsem využila kapitolu o kognitivní rehabilitaci, kde autorka popsala testy k vyšetření kognitivních funkcí.

Velkým zdrojem pro mě byly knihy od autorky Lippert-Grüner (2005, 2009). Autorka ve svých publikacích klade velký důraz na spolupráci v multidisciplinárním týmu, ve kterém velmi vyzdvihuje roli ergoterapeuta. Naznačovala i prospěch spolupráce klinického logopeda a ergoterapeuta u osob s narušenou komunikační schopností. A to především při provádění orofaciální stimulace a doporučování kompenzačních pomůcek.

Přínosná pro mou práci byla publikace od Klenkové (2006), ve které byly srozumitelně popsány všechny kategorie narušené komunikační schopnosti. Ve své práci jsem nejvíce využívala kapitolu věnující se problematice afázie.

Zajímavá pro mě byla kniha Rehabilitace po cévní mozkové příhodě: průvodce nejen pro rehabilitační pracovníky (2004). Je psána takovým jazykem, aby textu byla schopná porozumět i laická veřejnost. Z této publikace jsem využila kapitolu o cévní mozkové příhodě.

Velice často jsem do své práce zahrnovala různé články z odborných časopisů. Poměrně pěkné příspěvky poskytuje časopis Sestra, Diagnóza v ošetrovatelství a Zdravotnické noviny. Diagnóza v ošetrovatelství mou práci obohatila o nejvíce poznatků. Především příspěvky od Kodziolkové (2005) a Jersákové (2005). Velmi zajímavý se mi také zdál článek od Krýlové (2000), která v něm shrnula logopedickou péči u osob po cévní mozkové příhodě (CMP) v několika bodech. Zajímavý příspěvek o ergoterapii u klientů po CMP přidala

v časopise *Diagnóza i Faktorová* (2000). Mnoho informací mi poskytl článek z časopisu *Neurologie pro praxi* od Votavy (2001), který velmi pěkně popsal jednotlivé body rehabilitační péče osob po CMP. Nezapomněl se v něm zmínit o prospěchu ergoterapie a významu spolupráce klinického logopeda a ergoterapeuta.

Využila jsem i poznatků svých kolegů studentů z jejich prací. Cenné poznámky jsem čerpala z bakalářské práce od Jersákové (2001), která se ve své práci zabývala uplatněním ergoterapie u osob s afázií. Volíková (2006) mi poskytla informace o jednotlivých poruchách související s afázií a jednoduchý způsob jejich vyšetření. Ze seminární práce od Šosové, která je dostupná na internetových stránkách (www.reha-arnika.cz) jsem vyčetla názor na práci v multidisciplinárním týmu.

Na internetu lze získat taktéž velké množství informací. Do své práce jsem zahrнула stránky wikipedie (www.wikipedia.cz), které mi poskytly informace o kvantitativním výzkumu. Z elektronického zdroje o mozkové příhodě (www.mozkovaprihoda.cz), kde jsem čerpala poznatky o možnostech léčby CMP a její následné rehabilitaci. Na internetových stránkách časopisu *Sestra* (www.zdn.cz) jsem našla článek o ergoterapii a náplň práce ergoterapeuta. Nejvíce poznatků mi poskytly stránky www.komora.cz, kde jsem objevila hodnocení psychosenzomotoriky. Tato metodika mi poskytla spoustu informací o hodnocení nejen v ergoterapii.

Ve své práci jsem také využila informací z přednášek v prvním ročníku studia. Z přednášky od Krausové (2006/2007) jsem použila hodnocení soběstačnosti v ADL. Konkrétně se jednalo o testy FIM – Funkční Míra Nezávislosti a A-ONE. Další důležitou přednáškou byla od Kohoutové (2006/2007), kde jsem našla velice podrobně popsaný test FIM.

V praktické části jsem k metodologii využila celkem tři knihy. Ferjenčík (2007) ve své knize přehledně popsal kvantitativní metodu-dotazník, jeho výhody a nevýhody. Dále jsem použila jeho definování vzorku populace a typu otázek. Dalším autorem byl Disman (1998), který také přehledně popsal kvantitativní metodu, sběr dat a prezentaci citlivých informací o respondentech. Kniha od Miovského (2006) mi poskytla rady, jak definovat výzkumný problém, otázku a hypotézu.

2. 2. Význam komunikace

Základním kamenem komunikace mluvenou řečí představuje slovo – řecky „logos“, které je v původním smyslu nositelem myšlenky. Logopedie tedy už svým názvem vyjadřuje orientaci na pomoc při jakýchkoliv problémech s komunikací, nejenom při vadách a poruchách mluvené řeči (Slowík, 2007).

Votava (2003) ve své knize píše, že výraz komunikace vychází z latinských slov *communis* ve smyslu společný, *obecný* a *communicare* ve smyslu sdělovat. Komunikaci lze definovat jako proces výměny – příjem, zpracování a výdej informací. Mezilidská komunikace verbální je jazykový kód, který je realizován orální řečí nebo písmem. Do mezilidské komunikace nonverbální patří: prozodické prvky řeči (tempo, odmlky, zadržávání, rytmus, afektovaná, nebo nedbalá mluva,...) Parakomunikační prostředky: gesta, mimika, proxemika, haptika.

Řeč jakožto specificky lidská schopnost není člověku vrozena, nýbrž se jí musí naučit. Novorozenec si sice přináší na svět vrozenou dispozici naučit se řeči, ale bez řečového kontaktu s mluvícím okolím by se tato vrozená schopnost dále nerozvinula – člověk by nemluvil. Řeč je produktem vyšší nervové činnosti lidského jedince a je vázána na vývoje ve nejvyšší oblasti šedé kůry mozkové, na určité funkční oblasti dominantní hemisféry. Nutným předpokladem řeči, která je ve své podstatě hybným aktem, je slyšení. Čili řeč jako produkt vyšší nervové činnosti se u člověka vytváří složitým procesem ze schopnosti slyšení. Výkonnými orgány řeči mluvené jsou mluvidla, tj. orgány, které tvoří hlas a artikulaci. Tyto orgány však mají ještě jinou funkci, původní (polykání, žvýkání) a řečové funkce jsou tzv. neofunkcí. Obecně lze říci, že řeč je biologickým výkonem člověka a slouží k mezilidské komunikaci (Vyštejn, 1991).

Domag (1997) popisuje, že jednou z největších výhod, které člověk má, je schopnost mluvit. Řeč by se dala definovat jako schopnost vydávat zvuk, který je nositelem určité myšlenky. Stěží se najde jiný druh komunikace, při kterém tak často dochází k nedorozumění, kritice a urážkám, než řečový projev. Není nic horšího, než ztratit schopnost mluvit.

I Kubová (1996) ve své knize píše, že komunikace s ostatními lidmi je pro člověka jednou z nejdůležitějších životních potřeb. Vlastním účelem komunikace je sociální in-

terakce. Za normálních okolností je navazování a udržování kontaktu něco, co probíhá zcela přirozeně, aniž by si byl člověk vědom toho, jak tento proces probíhá.

Přestože poruchy řeči jsou doménou logopedů, domnívám se, že ergoterapie je neméně důležitá a má své nenahraditelné místo jak v diagnostice, tak i léčbě.

2. 3. Afázie

Jazyk a řeč jsou důležitou složkou života každého z nás. Řeč nám umožňuje osobní kontakt i komunikaci s okolím. Lidé považují řeč za samozřejmost, v běžném životě se nad používáním jazyka ani nepozastaví. Změna nastane tehdy, pokud se člověk dostane do situace, kdy je komunikace nějakým způsobem narušena. Fatické funkce zajišťují tvorbu a porozumění řeči. Tudíž fatické problémy se týkají poruch v oblasti řeči, mluvy. V souvislosti s afázií jsem našla spoustu literatury a to jak české, tak i zahraniční. Získala jsem informace o tom, že existují různá dělení afázií a že se často pojí s neschopností číst (alexie), psát (agrafie) a počítat (akalkulie).

Pro první seznámení lze afázií (z řeckého *fasis* – řeč) vymezit jako poruchu na již vybudovaném základu řeči s tím, že vzniká při ložiskovém poškození mozku (Klenková, 2007). O afázií se vědělo poměrně hodně už v druhé polovině 19. století. Paul Broca popsal pacienta s expresivní poruchou řeči s dobrým porozuměním. Karl Wernicke zveřejnil v roce 1874 případ pacienta, který měl poruchy porozumění mluvené řeči, ale produkce řeči byla plynulá. Mimořádný rozmach v terapii nastal v posledních třech desetiletích 20. století (Lechta, 2005). Brocova oblast je situovaná v přední části mozku nad spánkem a Wernickeova se nachází v zadnější partii mozku, v levém spánkovém laloku (Challoner, 2007).

Afázie je získaná porucha produkce a porozumění řeči, která vzniká při ložiskovém poškození mozku. Rozlišujeme různé stupně afázie, rozhodujícím faktorem míry afázie je rozsah a lokalizace léze mozku. Nejzávažnější afázie vznikají u rozsáhlých lézí zasahující fronto-temporo-parietální oblast mozku, nejčastěji při okluzi anebo stenóze arteria cerebri media. Afázie vznikají při ložiskových poškozeních mozku, především v kortikální oblasti, ale i při lézích níže uložených oblastí mozku, spojených s korovými oblastmi participujícími na jazykových procesech (Cséfalvay a kol., 2007).

Peutelschmiedová (2005) definovala afázii jako získanou orgánovou nemluvnost, která představuje závažné narušení komunikační schopnosti. Člověka, kterého postihla afázie, se nazývá afatik. Složitost a závažnost tohoto problému podnítila vznik samostatné části logopedie – afaziologie. Afázie je porucha chápání řeči a vyjadřování způsobená poškozením určitých částí mozku. Afázii je také možno definovat jako ztrátu již nabitě schopnosti komunikovat. Bývá pojímána ne jako porucha řeči, ale jazyka. Problematika afázií stoupá s nárůstem cerebrovaskulárních onemocnění, stejně jako stále se zvyšujícím se počtem těžkých dopravních nehod. Afázie postihuje osoby především v produktivním věku a často je plně invalidizuje.

Neschopnost komunikace je jedním z nejhorších postižení. Afázie patří k nejzávažnějším a nejkomplicovanějším druhům narušené komunikační schopnosti. Moderní afaziologie využívá poznatků mnoha vědních oborů, které se vzájemně prolínají. Avšak každý zúčastněný obor nahlíží na problematiku afázie ze svého hlediska (Klenková, 2006).

2. 3. 1. Nejčastější příčiny afázie (Klenková, 2006 a Neubauer, 2007):

- Cévní mozkové příhody (ischémie i hemoragie)
- Úrazy mozku (komoce, kontuze, komprese)
- Mozkové nádory a infekce
- Intoxikace (drogy, alkohol)
- Degenerativní onemocnění CNS

2. 3. 2. Symptomatologie afázie:

Afázie je složitá systémová porucha, u které se projevuje velké množství příznaků. Dochází k narušení nejen komunikačních schopností, ale i psychické a emocionální stránky postiženého člověka. Poškození centrální nervové soustavy (CNS) může být ložiskové anebo difuzní. Klinický obraz závisí na tom, o jaké organické poškození se jedná, na lokalizaci a rozsahu léze. Afázie se projevuje v různých kombinacích, množství a kvalitě. Důležité je, zda je řeč fluentní (plynulá) nebo nonfluentní (neplynulá) a je-li narušena receptivní či expresivní složka řeči (Klenková, 2006).

Nejčastější symptomy afázie uvádí Čeháčková (2003):

- Parafázie – deformace slov různého typu a stupně. Fonemické – př. papír – patír, kočka – kečke. Žargonové – př. žduchla – židle. Sémantické – př. slovo „klíč“ nahradí parafázií: to mám doma, to je to, čím se odemyká.
- Parafrázie – snížená schopnost až nemožnost větného vyjádření (místo věty Budu muset odejít, řekne Já tam.). Je charakteristická pro expresivní typ afázie.
- Perseverace – afatik ulpívá na předchozím podnětu i při dalších odpovědích, kdy daný podnět již nepůsobí. Př. měl za úkol vyjmenovat měsíce v roce. Dalším úkolem bylo pojmenování částí těla a afatik je označuje jako měsíce.
- Logorhea – překotná mluva se sníženou srozumitelností pro častý výskyt žargonových parafázií. Vyskytuje se většinou u afázií percepčního typu.
- Anomie – porucha pojmenování. Afatik není schopen označit určitý předmět adekvátním slovem. Anomie bývá součástí amnestické afázie.
- Neologismy – afatik tvoří slova, která jsou utvářena gramaticky chybně, dochází k záměnám hlásek, slabik, slova jsou nesrozumitelná, vznikají nesmyslná sdělení.
- Poruchy porozumění – někdy nejsou patrné při prvním kontaktu s afatikem. Často vykoná příkaz správně, i když se u něho vyskytují poruchy porozumění, neboť vyrozumí, pochopí na základě dané situace. Složitější příkaz nesvede, protože mu nerozumí, nebo si ho nepamatuje.

Volíková (2006) popisuje jednotlivé poruchy a způsob jejich vyšetření:

Agrafie je ztráta nebo porucha schopnosti psát i přes zachovanou motorickou funkci ruky. Člověk může mít potíže s vybavováním a následnou realizací grafických symbolů (písmen, čísel). Při vyšetření se využívá spontánní psaní, psaní na diktát, opisování dle předlohy, vyšetření kresby, rozumění mluvené řeči, spontánní mluva.

Alexie je porucha nebo ztráta schopnosti číst nebo rozumět psané řeči. U lehkých poruch má pacient za úkol zreprodukovat přečtený text. U poruch těžkých identifikuje jednotlivá písmena nebo slabiky.

Agnozie je ztráta nebo porucha poznávání objektivní reality. Rozlišuje se několik typů např. optická a akustická agnozie. Při vyšetření se ukazují fotografie známých osob a různé zvuky.

Apraxie je ztráta nebo porucha schopnosti provádět nacvičené pohybové výkony nebo napodobovat pohyby předvedené druhou osobou.

Somatognozie je porucha vnímání, identifikace, pojmenování a uvědomování si jednotlivých tělových segmentů (např. prstů ruky). Při vyšetření pacient ukazuje jednotlivé části těla.

Neglect syndrom značí neuvědomování, opomíjení poloviny těla nebo prostoru.

2. 3. 3. Diagnostika afázie

Základní vyšetření, které provádí dle mého názoru oba obory, zahrnuje odebrání anamnézy od klienta samotného, popřípadě rodiny a přátel. Dále je nezbytné zjistit rodný jazyk klienta, jestli je pravák či levák. Je nutné zhodnotit úroveň chápání pomocí jednoduchých otázek a posoudit spontánní řeč. Vhodné je použít test psaní a čtení (Fuller, 2008).

Pro plánování terapie pacienta s afázií je vyšetření klíčovým slovem. V nynější klinické praxi je k dispozici řada diagnostických postupů (metodik, testů), pomocí nichž lze zmapovat všechny aspekty afázie. Cílem je identifikovat narušené moduly a zjistit, jak toto narušení ovlivňuje různé jazykové procesy. Vyšetření je zaměřeno na čtyři základní procesy: porozumění slyšeným slovům, produkci slov, čtení slov a psaní slov (Cséfalvay a kol., 2007).

2. 3. 3. 1. Diagnostika z pohledu logopedie

V literatuře jsem se dočetla, že v současné době existuje mnoho testů a zkoušek, jak afázií diagnostikovat a vyšetřit. V zahraničí se využívá WAB - Western Aphasia Battery a BDAE – Boston Diagnostic Aphasia Examination. Mezi nejznámější screeningové vyšetření, které se používá u nás, jsou screeningová zkouška afázie - AST a Token test.

Western Aphasia Battery – WAB

Tato testová baterie je nejrozšířenější v anglické jazykové oblasti. Baterie se skládá z osmi subtestů a vyšetřuje spontánní řeč, porozumění slyšené řeči, pojmenování, opakování, psaní, čtení, praxii, kalkulii a prostorové vidění (Neubauer, 2007).

Token test

Test je diagnostický nástroj, který vyšetřuje porozumění slovním a větným pokynům a zároveň testuje úroveň krátkodobé paměti. Test je založen na poznávání a manipulaci s barevnými kruhy a čtverci (Neubauer, 2007).

Screeningová zkouška afází

AST – Aphasia Screening Test - metoda publikovaná v roce 1999, česká verze zahrnuje 32 položek a 14 diagnostických kategorií. Jedná se o rychlé a nezatěžující vyšetření fatických a kognitivních funkcí (Neubauer, 2007).

Lurijovo neuropsychologické vyšetření

Samotnému vyšetření předchází rozhovor o schopnostech orientace pacienta, o dosaženém vzdělání, jeho potížích a postojích. Skládá se z 11 testů a obsahují vyšetření dominance mozkové hemisféry, motorické funkce, akusticko – motorickou koordinaci, vyšetření kožních a kinestetických funkcí, zrakových funkcí, impresivní a expresivní řeči, psaní a čtení, počítání, paměťových a intelektových funkcí. Test je velmi časově náročný, jeho provedení trvá asi 2,5 hodiny (Konešová, 2006).

Komplexní vyšetření

VFF – vyšetření fatických funkcí je kvalitativně orientované vyšetření zaměřené na určení typu afázie, na zjištění úrovně komunikace po vzniku poškození a detekci narušených složek jazykového systému. Skládá se ze šesti částí: spontánní řečové produkce, porozumění mluvené řeči, schopnost reprodukovat slova a věty, vyšetření nominativní funkce řeči, vyšetření psaní a čtení (Neubauer, 2007). Od roku 2002 je pro českou odbornou veřejnost k dispozici manuál Diagnostika a terapie afázie, alexie, agrafie, zpracovaný Cséfalvayem, Košťálovou a Klimešovou. Vyšetření fatických funkcí se skládá z hodnocení spontánní řeči, porozumění mluvené řeči, opakování a pojmenování (Klenková, 2006).

PAV – Pražské afaziologické vyšetření – poprvé publikováno v roce 1964 a dlouhodobě používáno. Zahrnuje oblasti pro zhodnocení komunikace, jako je spontánní řeč, opakování, rozumění, pojmenování, zpěv, čtení, počítání, kreslení a psaní (Neubauer, 2007).

2. 3. 3. 2. Diagnostika z pohledu ergoterapie

Ergoterapeut v rámci vstupního vyšetření při rozhovoru s klientem vyšetřuje spontánní řeč, porozumění, opakování, pojmenování, čtení a psaní. Při zjišťování stavu spontánní řeči se postupuje od otázek lehčích, s ohledem na typ a stupeň postižení. Vyšetřování porozumění vychází z verbálních nebo pohybových reakcí na povel. Lze použít jednoduchý test pojmenovávání předmětů. Opakování se stejně jako u spontánní řeči vyšetřuje od jednoduchých slov a poté se zařazují složitější. Vyšetření pojmenování probíhá pomocí předmětů a obrázků, které má klient po výzvě správně pojmenovat. Zjištění úrovně psaní lze jednoduchým způsobem, kdy klienta vyzveme, aby se podepsal svým jménem. K vyšetření čtení se užívají častá a známá slova, kdy má klient za úkol přečíst a vysvětlit předložená slova (Jersáková, 2001).

V ergoterapii žádný samostatný test na vyšetření řeči není. Fatické funkce jsou vždy součástí testů hodnotících více položek. Pro ergoterapeuta je zdrojem informací již první dojem a setkání. Mnoho lze získat z pozorování a z následného rozhovoru při vstupním vyšetření. Z nejčastěji používaných testů v diagnostice uvádím MEAMS, MMSE, FIM, A-ONE, LOTCA, RBMT A TEST ONO.

MEAMS (Middlesex Elderly Assessment of Mental State)

Jedná se o standardizovaný screeningový test pro zjišťování poškození specifických kognitivních funkcí u starších osob. Zkoumá oblasti kognitivního výkonu pomocí 12 subtestů (orientace, zapamatování jmen, pojmenování, chápání, počítání, zapamatování obrázků, vnímání zlomků písmen, verbální plynulost, motorická perseverace). Obsahuje dvě verze, což umožňuje opakovaně použít MEAMS pro hodnocení změny stavu pacienta (www.komora.cz).

MMSE (Mini Mental State Examination)

MMSE spadá mezi kognitivní škály, který během 15 minut hodnotí mentální stav člověka. Obsahuje 30 otázek a hodnotí například paměť, orientaci, pozornost, vybavnost, fatické a gnostické funkce (Neubauer, 2007).

FIM (Functional Independence Measure)

Funkční míra nezávislosti byla vytvořena v roce 1986. Testuje čtyři oblasti – ADL, mobilitu, komunikaci a kognitivní funkce. Umožňuje získat maximálně sedm bodů. Nejnižší počet, který člověk může mít je jeden bod. Je určen pro osoby s různým typem postižení a starší sedmi let. Existuje i modifikace testu WeeFIM, který je pro děti od šesti měsíců do sedmi let (Kohoutová, 2006/2007).

A – ONE

Ergoterapeutické hodnocení všedních denních činností. Jedná se o standardizované hodnocení soběstačnosti, které je pro klienty se získaným poškozením mozku, jako je například cévní mozková příhoda a traumatické poškození mozku. Test je vhodný pro osoby starší 16 let. Hodnotí kognitivně percepční dysfunkce v oblastech hygieny, oblékání, mobility, příjmu jídla a funkční komunikaci (Krausová, 2006/2007).

LOTCA (Loewenstein Occupational Therapy Cognitive Assessment)

LOTCA je ergoterapeutický standardizovaný test, který identifikuje schopnosti a problémy v oblasti kognitivních funkcí u pacientů po poranění mozku. Obsahuje 25 subtestů (hodnocení paměti, koncentrace pozornosti, konstrukční dovednosti, orientace atd.) rozdělených do šesti oblastí: orientace, zraková percepce, prostorová percepce, praxe, visuo-motorická organizace a myšlení (www.komora.cz).

RBMT (The Rivermead Behavioral Memory Test)

Pro vyšetření kognitivních funkcí se používá standardizovaný behaviorální paměťový test Rivermead (Faktorová, 2000). RBMT je baterie, která hodnotí paměťové schopnosti v každodenních úkolech. Skládá se z 11 subtestů, které hodnotí verbální a vizuální rozpoznávání, paměť, učení a rozpoznávání instrukcí a prostorovou orientaci. Všechny subtesty používají jednoduché, každodenní položky (Katz, 1998).

ONO (Oriënterend Neuropsychologisch Onderzoek)

Orientační neuropsychologické hodnocení je určeno k vyšetření kognitivních funkcí u pacientů po cévní mozkové příhodě. ONO obsahuje celkem 26 subtestů a je rozděleno do

šesti oblastí (informace o nemoci, paměti, komunikace, prostorové funkce, vnímání, jednání, pozorování, organizace). Výhodou je možnost použít ho v některých subtestech tzv. alternativní variantu u pacientů s poruchou řeči. ONO by nemělo být používáno samostatně a mělo by být součástí celkového hodnocení pacienta s CMP (www.komora.cz).

COGNISTAT – The Neurobehavioral Cognitive Status Examination

V zahraniční literatuře bylo popsáno neurobehaviorální vyšetření kognitivního stavu, se kterým jsem neměla možnost přijít do styku. Cognistat známý jako NCSE popisuje kognitivní stav klienta. Test hodnotí pět hlavních kognitivních oblastí jako je jazyk, interpretace, paměť, počítání a logické myšlení (Katz, 1998).

2. 3. 4. Klasifikace afázie

Tak jako existuje mnoho definic afázie, stejně tak jsou různorodé pohledy i na klasifikaci. V logopedické praxi je časté užití nejelementárnějšího dělení, tzn. na senzoricou (receptivní, Wernickeho), motorickou (expresivní, Brocova) a totální (globální). Takové dělení uvedl i Kiml (1969). Různé klasifikace uvádí například Hrnčiarová, Cséfalvay (1990), Neubauer (1997), některá dělení popisuje i Čeháčková (2003).

Bostonská klasifikace afázie

V současné době se nejvíce využívá klasifikace Bostonská, ve které se vychází z toho, že specifická ložisková léze mozku vede k specifickému obrazu afázie (Goodglass a Kaplan, 1983).

Klenková (2006) píše, že afázie se může podle spontánní řečové produkce rozdělit na dvě podskupiny – fluentní a nonfluentní. Dále uvádí, že v této klasifikaci dodnes dominuje tzv. klasická typologie afázie, jejíž základy položil v 19. století Broca a Wernicke. V Bostonské klasifikaci jsou tyto typy afázie: Brocova, Wernickeho, kondukční, globální, anomická, transkortikálně-motorická a transkortikálně-senzorická. V modernějších pojetích se sice nezměnilo původní označení, ale především se změnil obsah. Jde o vnitřní diferenciaci afázie založenou na silných a slabých stránkách jednotlivých řečových modalit, a to: pojmenování, fluence konverzační řeči, porozumění mluvené řeči a opakování.

Bostonská klasifikace Kulišťák (2003)

Globální afázie – velmi těžká forma s postižením všech řečových funkcí, spontánní řeč je neplynulá a se ztrátou informací. Chudé je i porozumění, opakování i pojmenování.

Brocova (motorická) afázie – je charakterizována narušením řečové produkce a dobře zachovaným porozuměním řeči. Pacienti mluví málo, s velkým úsilím, ale sdělují určitou informaci. Obvyklé jsou parafázie a agramatismy. Opakování a pojmenování jsou narušeny, ale občas lepší než spontánní řeč.

Transkortikální motorická afázie – s dobrým porozuměním a opakováním, ale pacient sám produkuje řeč velmi málo.

Wernickeova (percepční) afázie – plynulá, parafatická mluva, s narušeným porozuměním, opakování a pojmenováním. Někteří pacienti dosahují velkého množství neologických parafází.

Transkortikální sensorická afázie – fluentní mluva s dobrým opakováním, ale slabým porozuměním a pojmenováním.

Kondukcí afázie – velmi ochuzené opakování s relativně plynulým, ale parafatickým vyjadřováním a dobrým porozuměním.

Anomická afázie – pacienti mají plynulé, rozvláčné vyjadřování, spojené s dobrým porozuměním a opakováním, ale narušeným pojmenováním.

2. 3. 5. Terapie afázie

Rozvoj terapie je zaznamenán až ve 20. století po I. a hlavně II. světové válce, kdy velké množství lidí utrpělo poškození mozku. Velký rozvoj nastal v posledních třiceti letech minulého století (Klenková, 2006).

2. 3. 6. Terapeutické směry (Klenková, 2006)

- Kognitivně-neuropsychologický přístup je zaměřen na obnovení nebo kompenzaci jazykových procesů. Cílem je odhalit zákonitosti fungování kognitivních procesů, které jsou v normě.

Cséfalvay (2003) píše, že kognitivně neurologický přístup se zaměřuje na jednotlivé složky komunikace, nikoliv na komunikaci jako celek. Úlohou terapeuta v tomto

případě je příprava série úloh (obrázky, slova napsaná na kartičce,...) a definovat strategie, které budou při terapii použité. Tento přístup se nejvíc rozšířil při terapii poruch pojmenování, čtení a psaní.

- Funkcionálně (pragmaticky) orientovaná terapie vychází z předpokladu, že je důležité afatika co nejdříve zařadit do fungování společnosti, poskytnout mu adekvátní možnost komunikace a učinit ho soběstačným. Pozornost je věnována obnově schopnosti používat jazyk a rozumět mu v kontextu.

Tento přístup zdůrazňuje vliv narušení na specifické schopnosti člověka. Při diagnostice se hodnotí komplexní schopnosti člověka v reálných podmínkách (Cséfalvay, 2000).

2. 3. 7. Rehabilitace řečové poruchy se zaměřuje na dvě hlavní oblasti:

- Rehabilitace nejdůležitějších složek jazykového systému (vychází se z jeho zachovaných součástí a ty se rozšiřují o složky narušené) pomocí metod, které jsou podobné individuálnímu učení cizím jazykům. Řečová produkce a percepce jsou pevně spjaty, proto rehabilitace percepce vždy vedla ke zlepšení jazykové produkce a naopak. Rehabilitace prováděná v intenzivních blocích přináší lepší výsledky než stejný počet hodin rozdělený do delšího období (Kulišťák, 1997).
- Rehabilitace komunikačních schopností (vychází se z pacientovy vlastní kompenzační strategie a ta se modifikuje do srozumitelné formy) prostřednictvím tréninku každodenních komunikačních situací (např. na nákupu, v tramvaji, na poště a podobně). Při tomto nácviku se kromě jazykových prostředků využívají i všechny dostupné prostředky mimojazykové, jako mimika, gesta a jiné. Tento postup se realizuje především ve formě skupinové terapie, která je z hlediska vytváření náhradních vyjadřovacích forem efektivnější, než asymetrický vztah pacient – terapeut (Kulišťák, 1997).

Myslím si, že rehabilitace komunikačních schopností je záležitostí nejen logopedie, ale také ergoterapie. Ergoterapeut se pomocí všedních denních činností snaží zlepšovat a zdokonalovat komunikační dovednosti. Aby člověk byl soběstačný a nezávislý na svém okolí, je jistě nezbytné, aby se dokázal sám najíst, obléci se a obstarat základní hygienu. K těmto úkonům ještě nepotřebuje komunikovat. Horší situace nastává v instrumentálních ADL.

Zde je člověk nucen použít řeč. Proto si myslím, že nácvik komunikačních schopností v reálných situacích by měl být doménou ergoterapeutů. Trénink komunikace se realizuje především ve formě skupinové terapie, která se z hlediska vytváření náhradních vyjadřovacích forem ukazuje jako efektivnější.

Narušená komunikační schopnost se zdaleka netýká jen mluvené řeči, zahrnuje také její grafickou formu, mimoverbální prostředky a dokonce i netradiční komunikační kanály. Mluvená řeč je ovšem nejpoužívanějším dorozumívacím prostředkem v sociálním prostředí naší společnosti (Slowík, 2007). Ergoterapeut se tedy nezaměřuje pouze na nácvik řeči a komunikace, ale spolu s klientem trénuje i psaní, čtení a počítání, aby byl co nejdříve schopen samostatného a nezávislého života.

2. 3. 7. 1. Terapie afázie z pohledu logopedie

Jakýkoli patologický proces může vyvolat poruchu řeči. V takovém případě je člověk postižen opravdu „jako člověk“. Je totiž zasažena specificky lidská schopnost, kterou se člověk odlišuje od nižších živočichů. Úkolem logopeda je zvolit a provádět vhodnou rehabilitaci řeči. Musí být brán ohled na rodinnou situaci, psychický stav postiženého a jeho pohybové možnosti. Pro reedukaci řeči má logoped možnost využívat různé druhy pomůcek. Cílem rehabilitace je naučit dospělého člověka komunikovat, který tuto dříve plně rozvinutou a běžně používanou schopnost ztratil (Křýlová, 2000). Stejný cíl uvádí autoři Cséfalvay a Kulišťák.

Konečným cílem terapie afatiků je dosáhnout optimální úroveň komunikace, jaká je při konkrétní lézi mozkových struktur možná. Dříve byl kladen důraz především na postižení samotné jako na nemoc, kterou je nutné co nejrychleji a nejefektivněji odstranit, dnes jsou akcentovány i psychosociální rozměry afázie. Jedná se hlavně o zhodnocení kvality života a možností jejího pozitivního ovlivnění (Cséfalvay a Traubner, 1996).

Cíl, který si logoped klade, je vrátit afatika co nejbližší stavu, ve kterém byl před onemocněním. Míra úsilí, které musí on a zejména pacient vyvinout, není předem odhaditelná. I o tom mají být pacient a jeho rodina předem a přiměřeným způsobem informováni. Všichni si musí být vědomi nároků, k nimž se zavazují (Kulišťák, 1997).

Dle Lippert-Grüner (2005) většinou nelze úplnou remisi afatických symptomů očekávat a proto je hlavním cílem terapie umožnit komunikaci na úrovni potřeb každodenního

života. Pacient je instruován, jak s redukovanou možností výrazu zvládat komunikační situace běžného života. V terapii afázie se rozlišují tři fáze:

1. Fáze aktivace – zahrnuje akutní stádium onemocnění, kdy je ještě spontánní remise možná. V tomto stádiu je nutné podpořit spontánní remisi aktivním logopedickým tréninkem, kde platí následující pravidla: multimodální stimulace řeči: auditivně, vizuálně, non-verbálně a využití automatizovaných prvků řeči k dosažení plánované komunikace

2. Fáze specifického učení – začíná přibližně 4-6 týdnů po začátku onemocnění. V této fázi jsou nasazovány indirektivní, direktní a kompenzační metody individuální terapie deficitů řeči.

3. Fáze konsolidace – cílem je zlepšení komunikace. Komunikační možnosti musí být co nejdříve uplatněny v oblastech komunikace denního života. Fáze používá zvláště skupinovou terapii, v níž má pacient ve styku a komunikaci s ostatními možnost využít své komunikační prostředky v rozhovorech a situacích z každodenního života.

2. 3. 7. 2. Terapie afázie z pohledu ergoterapeuta

Pro ergoterapeuta je prioritou, aby byl člověk s jakýmkoliv postižením co nejdříve schopen samostatného a nezávislého života. Kromě nácviku soběstačnosti provádí ergoterapeut trénink kognitivních funkcí. Velmi důležitý je nácvik psaní při postižení dominantní horní končetiny (Kodziolková, 2005).

Ergoterapeut má na starost zhodnocení pacientových schopností vykonávat každodenní aktivity během hospitalizace, i po propuštění domů (Feigin, 2004).

Při tréninku spontánní řeči se používají automatické řady. Nácvik grafomotoriky je vhodný před samotným trénováním písma, kdy je nezbytné, aby ruka a zápěstí byly uvolněné. Základním úkonem člověka je schopnost se podepsat. Trénink podpisu je vhodný v rámci instrumentálních ADL. Nácvik čtení se podobá učení dětí v první třídě. Postupuje se od jednotlivých písmen, až po slova a věty. Podobný je i trénink počítání, kdy se opět postupuje od jednoduchých početních úkolů po složité (Jersáková, 2001).

2. 3. 8. Pomůcky a přístroje v diagnostice a terapii

Nácvik řeči provádí zkušený logoped. Využívá různých pomůcek s ohledem na typ postižení a věk klienta. Během terapií využívá počítačové programy, slovník pro afatiky a dalších pomůcek (Votava, 2001).

Ergoterapeut používá při diagnostice, léčbě a reedukace řeči předměty běžného užívání, jako jsou například klíče, tužka, hřeben, kolíček, kartáček a mnoho jiných. Lze využít i některé hračky, stavebnice, obrázkové slovníky a katalogy firem (Jersáková, 2001).

Klenková (2006) popisuje, jaké se v současnosti při diagnostice, i léčbě se používají pomůcky. Jednotlivé pomůcky jsou voleny podle druhu narušení komunikační schopnosti, věku a rozsahu postižení. Pomůcky se neustále zdokonalují, vytváří se nové testy, baterie a vznikají stále nové elektronické programy, programy PC. Pomůcky lze rozdělit do skupin:

- Stimulační – zvukové pomůcky, hudební nástroje, foukadla, které podněcují k napodobení hlasů, zvuků, foukání, ...)
- Motivační – předměty, hry, které motivují ke spolupráci, ke komunikaci
- Didaktické – soubory obrázků k diagnostice a následnému procvičení výslovnosti jednotlivých hlásek, soubory slov ke zjišťování lexikální složky řeči, tematické obrázky a další
- Derivační – pomůcky k odvrácení pozornosti jedince s narušenou komunikační schopností od svého vlastního mluveného projevu, například užití bílého šumu či metronomu
- Podpůrné – špachtle, logopedické sondy, rotavibrátory, přístroje využívající zpožděnou zpětnou vazbu – Lee efekt
- Názorné – zrcadlo, přístroje názorně ukazující kvalitu zvuku, analyzátoři zvuků, přístroje zachycující tónovou výšku hlasu, intonaci, Visible Speech, apod.
- Registrační – záznamové tabulky, archy, zvukové záznamy, videozáznamy

Nejčastěji používané pomůcky (www.komora.cz):

FONO

Jedná se o PC program, určený pro testování a nácvik vnímání a diferenciaci obecných zvuků. Program je členěn do šesti oblastí (domácnost, lidé, příroda, doprava, domácí zvířata, hudební nástroje) a je možné ho využít k diagnostice i terapii.

MENTIO

Jde o PC program, který lze užívat k diagnostice i terapii jazykových dovedností a kognitivních schopností. Obsahuje cvičení zrakové percepce, paměťová cvičení a jazyková cvičení. Program je členěn do dále rozpracovaných okruhů jazykových dovedností (slovní zásoba, slovesa, MM – memory management, skládačky, nakupování).

PSANÍ

Jedná se o interaktivní materiál na PC s hlasovým výstupem. Cvičení analýzy, syntézy slov z písmen, slabik, vět ze slov, slabik.

Afatický slovník

Jedná se o obrázkový slovník rozdělený do jednotlivých tematických okruhů situačních obrázků. Slouží k procvičení slovní zásoby, pojmenování, komunikace o tématu, tvorba, užití vět, narativní schopnosti, cvičení rozumění v daném tématu.

Cvičebnice pro afatiky

Materiály jsou tištěné na jednotlivých kartách, zpracované jako cvičebnice jazykových dovedností pro rehabilitaci jazykových schopností pod vedením klinického logopeda a po zácviku i pro domácí práci.

2. 4. Možnosti spolupráce klinického logopeda a ergoterapeuta

Poruchy řeči jsou zvláště u pacientů s poškozením CNS velmi časté a komunikace s okolím má již od rané fáze onemocnění pro pacienty vysokou prioritu. Ztráta možnosti komunikace znamená pro pacienta ztrátu kontaktů a snížení kvality života, i narůstající sociální izolaci. Cílem terapie je proto v první řadě co nejrychleji umožnit pacientovi komunikovat (Lippert-Grüner, 2005).

Trénink řeči provádí klinický logoped, který využívá různé pomůcky. Avšak na nácviku řeči a speciálním způsobu komunikace se musí podílet i ostatní členové týmu. Do něhož spadá především ergoterapeut, protože při tréninku soběstačnosti a provádění terapeutických činností je slovní doprovod přirozený (Votava, 2001).

I Kodziolková (2005) je toho názoru, že u pacientů s různými druhy afázie je velkým přínosem spolupráce ergoterapeuta s logopedem. Ergoterapeut může s pacientem provádět některé základy nácviku řeči podle pokynů odborníka.

Dle Lippert-Grüner (2005) terapie deficitů v oblasti kognitivních funkcí probíhá v úzké spolupráci s neuropsychologií. V neurorehabilitaci spolupracuje ergoterapie velmi intenzivně s logopedií. K prvním terapeutickým krokům patří orofaciální stimulace, kterou interdisciplinárně provádějí obě terapeutická odvětví. I trénink všedních denních činností má velký význam, protože pomáhá pacienta motivovat i pro další terapeutické formy.

2. 4. 1. Motivace

V první řadě je u pacientů s poruchami řeči nezbytná motivace. Motivace je základem léčby a jak ergoterapeut, tak i logoped se můžou v této fázi velice pozitivně uplatnit. Dle Lippert-Grüner (2005) je motivace základní podmínkou všech forem rehabilitace a proto patří k prvním terapeutickým úkonům. Pro získání motivace je důležité nejprve vybrat zejména snadno dosažitelné cíle. Cíle, které leží v daleké budoucnosti, mohou při podpoře motivace působit kontraproduktivně.

Některé pacienty je třeba motivovat povzbuzujícími sliby, což jsou kladná prohlášení týkající se způsobu, jak bychom měli přemýšlet a chovat se. Pokud se člověk soustředí na určitý cíl, věnuje mu více energie a je pravděpodobné, že tohoto cíle i dosáhne (Gangale, 2004).

2. 4. 2. Spolupráce s rodinou

Všichni odborníci v týmu by měli být v kontaktu s rodinou. Blízcí a přátelé klienta znají nejlépe a mohou poskytnout spoustu nezbytných informací k diagnostice i léčbě. Rodina úzce souvisí s motivací klienta.

Votava (2001) tvrdí, že členové rodiny a další osoby v okolí by se měli obrnit trpělivostí a především aktivně podporovat pacienta při jeho pokusech o řeč. Jersáková (2001) ve své práci taktéž píše, že je nezbytné komunikovat s rodinou a to nejen při získávání informací, ale i v průběhu léčby.

2. 4. 3. Negativní faktory afázie

Klenková (2006) řadí mezi negativní faktory ovlivňující kvalitu života osob s afázií samotnou fatickou poruchu, která nepříznivě působí na prožívání a schopnost komunikace. Dále pak závislost na okolí a izolace. Pocity strachu a úzkosti se u afázie vztahují na přítomnost a dále na budoucnost. Někdy mívá strach úlohu kladnou, avšak častěji působí negativně, zhoršuje průběh nemoci, znesnadňuje vyšetření a oddaluje okamžik aktivního přístupu a účasti. Největší dopad onemocnění je na sebepojetí pacienta.

Zkušeností mnoha logopedů pracujících s pacienty s afázií je, že po několika měsících terapie nastane situace, kdy pacient přestává být motivován k další terapii. Pacient má pocit, že to, co se naučí u logopeda, se mu nedaří efektivně využít v reálném životě. Často tento chybějící transfer působí frustraci. Logoped v roli „supervizora“ nabízí pacientovi stimuly a návod, jak na ně správně reagovat. V závěru pak hodnotí jeho výkon. Při správné odpovědi dostává pozitivní zpětnou vazbu, při nesprávné musí chybu korigovat (Cséfalvay a kol., 2007).

Zde by dle mého mohl významnou roli sehrát ergoterapeut, který by pomohl pacientovi nově naučené dovednosti od logopeda převést do reálných situací. Jedná se především o instrumentální ADL. Příkladem může být nakupování, telefonování, vyřizování úředních záležitostí a mnoho dalších.

2. 4. 4. Orofaciální stimulace

Obličejová a hlavně ústní oblast má pro člověka velký význam. Ústy přijímáme potravu, komunikujeme, ústa jsou velice intimní zónou těla. Počet sensorických receptorů v perorální oblasti patří k nejvyšším na celém těle. Orofaciální stimulace postupně dosáhla velkého rozvoje. Dnes je nedílnou součástí každého rehabilitačního konceptu. Orofaciální stimulaci využívá a provádí zejména logopedie, ale také ergoterapie. Je důležité, aby byla započatá velmi brzy, nejlépe ještě v akutní péči. Může omezit riziko vzniku sensorické deprivace a jejích komplikací a připravit dobrý základ pro pozdější terapii poruch polykání a řeči (Lippert-Grüner, 2005).

Volíková (2006) ve své práci popisuje kompenzační a terapeutické strategie při poruše polykání. Mezi kompenzační strategie patří: technika držení těla, posílení sensorických podnětů, změna konzistence potravy a modifikace objemu potravy a rychlosti při příjmu potravy. Terapeutické strategie využívají zlepšení motoriky mluvidel, zlepšení sensorické integrace a polykací manévry

Poruchy polykání jsou časté, ale v mnoha případech přehlížené. Jsou výsledkem poruchy volní i reflexní fáze polykání. Většinou se této problematice věnují logopedi. Avšak na řešení tohoto problému by se měli podílet i ergoterapeuti nácvikem jídla a reflexní stimulací polykacího aktu (Votava, 2001).

I Feigin (2004) se domnívá, že logoped by se měl podílet na hodnocení pacientovy schopnosti polykat jídlo a tekutiny. Pokud se vyskytnou problémy s polykáním, logoped poradí techniky bezpečného polykání a vhodnou konzistenci jídla a pití.

2. 4. 5. Spolupráce při výběru pomůcek

Postižení tělesné, psychické, smyslové nebo kognitivní má vždy dopad na funkční schopnosti a výkon osoby v běžných denních činnostech. Může dojít ke změně soběstačnosti, která je důležitá pro kvalitu života. Soběstačný člověk je ten, který samostatně, bez pomoci a dohledu zvládá všechny denní činnosti. Někdy i přes včasnou a cílenou péči multidisciplinárního týmu nelze pacientovi navrátit jeho plnou soběstačnost. Pak jsou na řadě kompenzace a výběr vhodných pomůcek, které pomohou vzniklý problém řešit (Jersáková, 2005).

Poruchy řeči se dají kompenzovat širokou škálou pomůcek. Ergoterapeut se zabývá poradenskou činností, sestavením i adaptací vhodných pomůcek podle individuálních potřeb pacienta. Spektrum pomůcek sahá od písmenkových tabulek, obrázkových knížek, přes systémy, umožňující komunikaci prostřednictvím písma, až k nejmodernějším elektronickým pomůckám (Lippert-Grüner, 2005).

Dle mého názoru v tomto okamžiku nastupuje ergoterapeut, který spolu s logopedem navrhne nejvhodnější pomůcku a zvolí nejlepší způsob kompenzace s ohledem na postižení, věk a potřeby klienta. Ergoterapeut doporučuje při nácviu grafomotoriky a písma klientovi různé druhy pomůcek. Nejčastěji se jedná o tužky mnoha tvarů a velikostí, trojboké tužky, nástavce a násadky na tužky k nácviu správného úchopu, dále se využívá dlaňová fixační páska k uchycení tužky.

2. 4. 6. Spolupráce v rámci skupinové terapie

Pro řadu pacientů s afázií je okruh konverzačních partnerů velmi omezený. Mezi nejvýznamnější důvody patří fakt, že se po několika selháních v komunikaci postupně izolují od okolí, aby se vyhnuli negativním zkušenostem. Řešením je skupinová terapie, která nabízí příležitosti ke konverzaci. Ve skupině je vhodné, aby kromě zkušeného logopeda byl přítomen i někdo, kdo by v případě potřeby pomáhal těm členům, kteří mají problémy s porozuměním mluvené řeči (Cséfalvay a kol., 2007).

Myslím si, že ergoterapeut by mohl významně pomoci těm členům, kteří mají různé potíže začlenit se do skupinové terapie a komunikace. Ze vzájemné spolupráce si může jak ergoterapeut, tak i logoped odnést spoustu cenných rad a zkušeností z jiného oboru.

2. 5. Rehabilitace

Rehabilitace je obor, který se snaží o maximální integraci pacienta zpět do společnosti. Podílí se na léčbě pacienta již v akutním stádiu. Jde o interdisciplinární zdravotní péči, na níž se podílí řada odborníků. Úkolem je vrátit pacienta po funkční stránce do takového stavu, aby byl co nejlépe připraven zapojit se do běžného života. Na druhé straně ani člověk nemůže být v přístupu pasivní. Nelze očekávat, že rehabilitace vyřeší jeho zdravotní problémy bez aktivní spolupráce (Kolář, 2005).

Rehabilitace je obnova nezávislého a plnohodnotného tělesného a duševního života osob po úrazu, nemoci nebo zmírnění trvalých následků nemoci nebo úrazu pro život a práci člověka. Pojem rehabilitace se objevuje v Evropě od druhé světové války a je zakotven v mnoha nadnárodních deklaracích a dohodách. Moderní pojetí rehabilitace jako celospolečenského systému klade důraz na integraci osob se zdravotním postižením, aby dosáhly co nejvyšší možné samostatnosti (www.e-rehabilitace.com).

2. 5. 1. Multidisciplinární tým

Rehabilitační tým je skupina odborníků, kteří v rámci pracoviště rehabilitační medicíny vzájemně spolupracují na dosahování společných cílů. Práce v týmu má i u nás určitou tradici. Přesto lze říci, že důležitým vzorem jsou pro Českou Republiku pracoviště zahraniční, například v USA. U nás by se měl rehabilitační tým skládat z lékaře, fyzioterapeutů, ergoterapeutů, klinického psychologa, sociální pracovníce a v neposlední řadě i z logopeda. Užitečným členem týmu je speciální pedagog, který se může významně podílet na rehabilitaci kognitivních funkcí. Dle typu zařízení a druhu pacientů jsou součástí týmu také zdravotní sestry a protetici (Votava, 2003).

I Šosová ve své práci píše: „.....zabezpečení rehabilitace v plném rozsahu vyžaduje úzkou spolupráci mnoha odborníků, které zahrnujeme pod termín rehabilitační tým. Cílem je zařadit člověka do společnosti, aby se stal opět její nedílnou součástí. Nemůže-li do práce, zařadit ho do kruhu jeho rodiny, do skupiny stejně postižených. Starat se, aby byl alespoň takto soběstačný. Rehabilitace by měla být v myšlení každého zdravotníka“ (www.reha-arnika.cz).

2. 5. 2. Role ergoterapie v rehabilitaci

Výraz ergoterapie vznikl z řeckého slova ergon – práce a therapia – léčení. Ergoterapie má v České Republice dlouhodobou tradici, která sahá do 19. století, kdy se zaváděla hlavně v psychiatrii. V rámci ergoterapie se využívali tradiční rukodělné techniky. Po II. Světové válce se ergoterapie stala součástí rehabilitace. Význam ergoterapie v posledních letech vzrůstá. Ergoterapie využívá specifické diagnostické a léčebné metody, postupy a činnosti při léčbě jedinců každého věku a různého postižení, kteří jsou trvale, nebo dočasně fyzicky, psychicky, smyslově nebo mentálně postiženi. Přispívá ke zmírnění vzniku handi-

capu u osob s disabilitou. Cílem ergoterapie je dosažení maximální samostatnosti a nezávislosti klientů v domácím, pracovním a sociálním prostředí a tím zvýšení kvality života. Prostřednictvím vhodně zvolených, cílených a smysluplných aktivit, se ergoterapeut snaží dosáhnout maximální úrovně fungování v denním životě, v pracovních činnostech a v aktivitách volného času. Pro dosažení tohoto cíle je nutná interdisciplinární spolupráce v rehabilitačním týmu. Nezbytnou součástí týmu je i sám pacient či klient a jeho rodina, bez jejíž participace není možné cílů dosáhnout (Votava, 2003).

Ergoterapie je důležitou součástí rehabilitace zejména proto, že spolu s ostatními členy multidisciplinárního týmu dotváří „kruh“ ideální rehabilitační péče, která klientovi umožní návrat do běžného života. Ergoterapeut pomůže doplnit práci ostatních členů multidisciplinárního týmu tím, že klienta naučí fungovat s jeho postižením v běžném životě a specifickými metodami mu pomůže tuto situaci zvládnout (např. nácvikem všedních denních činností a doporučením kompenzačních pomůcek). Ergoterapie je součástí ucelené rehabilitace a zaměřuje se na klienty, kterým zdravotní postižení znemožňuje vykonávání aktivit, jež jsou pro ně důležité. Ergoterapeut napomáhá klientům, bez rozdílu věku, dosáhnout co největší možné soběstačnosti a nezávislosti, a přispívá tak k zachování optimální kvality života (www.zdn.cz).

2. 5. 3. Role logopedie v rehabilitaci

Komunikace představuje jednu z nejdůležitějších lidských schopností. K tomu, aby člověk mohl s ostatními lidmi komunikovat, potřebuje dobře rozvinutou komunikační schopnost. Její narušení jsou mnohdy překážkou v edukaci a socializaci. Diagnostice, terapii a prevenci narušené komunikační schopnosti se věnují logopedi. Název logopedie je utvořen z řeckého slova – logos a paidea – výchova. Logopedie je vědní obor, který se formoval už v první polovině 20. století, proto se neustále mění a rozvíjí. K prudkému rozvoji dochází v posledních desetiletích, objevují se stále nové poznatky o narušené komunikační schopnosti. Současná logopedie je chápána jako multidisciplinární vědní obor, který se zabývá komunikační schopností člověka, jejím vývojem, patologickými jevy, diagnostikou i terapií, edukací osob s narušenou komunikační schopností (Klenková, 2006).

Na logopedickou terapii přicházejí klienti jak s poruchami řečových mechanismů (dysartrie, dysfagie, řečová apraxie), tak s poruchami kognitivních a fatických funkcí (afázie, demence). Cílem logopedické terapie komunikačních funkcí je umožnění mezilidské komunikace – znovuoobnovení schopností komunikace u člověka, který tuto schopnost ztratil. Logopedie je speciálně pedagogická disciplína, jejímž předmětem zájmu jsou osoby s poruchami komunikace. Klinický logoped pracuje nejen s řečovými dovednostmi a schopnostmi klienta, ale jeho komunikací jako celkem. Jeho úkolem je vyšetřit a zhodnotit stav komunikačních funkcí a to buď formou reedukace postižených funkcí, nebo některou alternativní formou komunikace (Votava, 2003).

2. 6. ZÁVĚR

Osoby, které se dorozumívají slovy, mají kdykoli možnost navázat konverzaci způsobem, který je pro druhé osoby srozumitelný. Naproti tomu děti i dospělí s postižením řeči, kterým není umožněna kompenzace jejich postižení, nemohou aktivně vyjádřit své pocity, zážitky a přání, klást otázky, podávat informace. V důsledku zdravotního postižení jim je mnohdy znemožněna nebo těžce znesnadněna i komunikace prostřednictvím výrazu obličeje, ukazování, významových gest nebo pohledu. Navíc je osoba s tímto postižením vystavena frustraci z neúspěšných pokusů o dorozumění s okolím. Je proto nezbytné umožnit osobám se závažnými poruchami v oblasti řeči účinně komunikovat a vzájemně reagovat v takovém rozsahu, aby se mohli zapojit do běžného života společnosti (Kubová, 1996).

Afázie je závažná získaná porucha komunikačních schopností, která dokáže postihnout všechny věkové kategorie. Afatici mají problém s komunikací a to způsobuje mnohdy složitější integraci do společnosti. Snaha klinického logopeda a ergoterapeuta je, aby řeč byla na co nejlepší úrovni. Léčba osob s afázií by měla být intenzivní a dlouhodobá, které se účastní celý tým specialistů (Jersáková, 2005).

Cséfalvay (1996) je toho názoru, že nekomunikování je jedním z nejhorších postižení, se kterým se člověk v životě může setkat. Afázie patří k nejzávažnějším a nejkomplikovanějším druhům narušené komunikační schopnosti. Náročnost, ale také přitažlivost afaziologie spočívá v její interdisciplinárnosti, bez které si úspěšnou terapii není možné ani představit.

Léčebná rehabilitace by měla podporovat dosažení co nejvyšší kvality života. Cílem není trvale se nechat léčit, ale naučit se s daným postižením žít. A tomuto cíli by měli napomáhat všichni odborníci, kteří se na rehabilitační léčbě podílejí (Votava, 2001).

Komplexní péče o afatiky v současnosti vyžaduje koordinovanou spolupráci více odborníků. V první fázi je afatický pacient v péči lékaře, poté vstupují do léčebně-rehabilitačního programu ostatní odborníci. Jedná se o dlouhodobý rehabilitační proces, který by měl trvat podle potřeby až několik let (Cséfalvay, 1996).

3. PRAKTICKÁ ČÁST

3. 1. Metodologie

Kvantitativní výzkum je metoda standardizovaného vědeckého výzkumu popisující jevy pomocí proměnných (znaků), které jsou sestrojeny tak, aby měřily určité vlastnosti. Výsledky takových měření jsou pak zpracovány a interpretovány, například s využitím statistiky. Oproti kvalitativnímu výzkumu se zaměřuje na rozsáhlejší společenské otázky a zkoumá tedy větší okruh informací (wikipedia.org).

Podle Dismana (1998) kvantitativní výzkum není nic jiného, než testování hypotéz. Vybrala jsem si pro svůj výzkum kvantitativní metodu, konkrétně dotazník, z mnoha důvodů. Jeden z nich je, že jeho výhodou je úspora času a finančních prostředků. Dále že se jedná o vysoce efektivní techniku, která může postihnout velký počet jedinců při relativně malých nákladech (Disman, 1998). Naproti tomu má dotazník spoustu nevýhod v tom, že příprava vyžaduje větší pečlivost a formulace otázky nemusí být vždy všem srozumitelná (Ferjenčík, 2000).

Ferjenčík (2000) popisuje dotazník jako standardizované interview předložené v písemné podobě. Je vhodný tehdy, pokud potřebujeme jednu a tutéž sadu otázek zadat velkému počtu lidí. Další důvod, proč jsem si ke zpracování svého tématu zvolila kvantitativní metodu – dotazník.

Disman (1998) ve své knize tvrdí, že návratnost dotazníku s jeho vzrůstající délkou rychle klesá. Nízká návratnost je pak zdrojem zkreslení. Návratnost dotazníku v prvním kole šetření byla 20 %. V kole druhém tvořila návratnost dotazníku 15,3 %. Můj dotazník se skládal ze 47 otázek a byl členěn do několika částí. V úvodu dotazník obsahoval šest otázek týkající se demografických dat – pohlaví, věk, délka praxe, typ zařízení, ve kterém respondent pracuje a na jaký úvazek je zaměstnán. Jedna otázka se týkala postavení v týmu, která rozdělila dotazník na dvě části podle toho, zda odpovídal logoped, či ergoterapeut. Dále dotazník obsahoval čtyři otázky jen pro ergoterapeuta a čtyři pro klinického logopeda. Následovala jedna, která se dotazovala na způsob komunikace. Společných otázek, na které měl odpovědět jak ergoterapeut, tak i logoped, bylo celkem 22. Týkaly se především náplně práce s klienty. Otázek, určujících typ klientů, se kterými účastníci pracují, bylo celkem pět. V závěru dotazníku jsem položila čtyři otázky, kde mě zajímala spokojenost v zaměstnání a

názor na spolupráci v rámci týmu. Jedna z posledních otázek se týkala potřeby něco změnit ve spolupráci těchto dvou odborníků. Součástí dotazníku byl motivační dopis, pokyny pro vyplnění a závěrem poděkování za vyplnění dotazníku.

V praktické části je znázorněno 41 grafů. Avšak otázek bylo celkem 47. Do dotazníku jsem zařadila většinou uzavřené otázky. U některých nebylo možné uzavřené použít, proto respondenti měli možnost vyjádřit se vlastními slovy. Ferjenčík (2000) říká, že u uzavřených otázek si respondent může jako odpověď vybrat jednu z předem připravených možností a otevřené neohraničují možnosti odpovědí. Vzhledem k většině uzavřeným otázkám se domnívám, že pro účastníky výzkumu nebylo nijak časově náročné dotazník vyplnit.

3. 2. Sběr dat

Sběr dat je dle Dismana (1998) aktivitou velmi nákladnou. Sběr dat pro můj výzkum jsem prováděla prostřednictvím dotazníků. Dotazník byl rozeslán klinickým logopedům a ergoterapeutům elektronickou cestou. E-mailové adresy jsem získala z veřejně dostupného seznamu pracovišť na internetu. Kontakty na klinické logopedy zajistila moje vedoucí práce. Respondenti měli právo na soukromí a důvěrnost informací, proto dotazník byl anonymní a dobrovolný. Účastníci měli právo na informace, měli právo vědět, čeho se účastní, jaké jsou cíle a smysl výzkumu (Ferjenčík, 2000).

Disman (1998) uvádí, že dotazník umožňuje poměrně snadno získat informace od velkého počtu jedinců v krátkém čase a s malými náklady. Avšak klade vysoké nároky na ochotu dotazovaného a jeho návratnost je velice nízká. O tom jsem se díky svému výzkumu přesvědčila také. V prvním kole jsem dotazník rozeslala na 85 e-mailových adres, z toho jich bylo 17 doručeno, šest nemohlo být odesláno z důvodu neexistujících adres a zbytek – 62 dotazníků nevyplněno. V kole druhém jsem získala od své vedoucí práce 32 adres na logopedy, dalších 20 jich ještě vyhledala na internetu. Celkem jsem podruhé odeslala dotazník na 131 adres. Doručilo se jich 20, 14 nedoručilo z důvodu neexistující adresy, tři byly vyplněny v prvním kole a dva dotazníky nešlo z různých důvodů vyplnit. Zbytek, to je 92 dotazníků nebylo vyplněno.

Dotazníkové šetření	Celkový počet adres	Doručeno	Neodesláno	Nevyplněno	Vyplněno
První kolo (7/2009)	85	17	6	62	16 (12 ergote- rapeutů, 4 logopedi)
Druhé kolo (9/2009)	131	20 (3 vyplněny v prvním kole)	14	92	9 (1 ergote- rapeut, 8 logopedů)

Vzorek

Vzorek informuje o tom, jakým způsobem a z jaké populace byli účastníci výzkumu vybíráni. Jedná se o objekt zkoumání (Ferjenčík, 2000). Vzorek mého kvantitativního výzkumu tvořili náhodně vybraní ergoterapeuti a logopedi pracující ve zdravotnickém, sociálním a školském zařízení. Podmínkou bylo, aby pracovali s osobami s narušenou komunikační schopností.

V prvním kole výzkumu, které proběhlo v červenci 2009, odpovědělo na dotazník 12 ergoterapeutů a čtyři logopedi. Druhé kolo, které jsem prováděla v září 2009, se zúčastnil jeden ergoterapeut a devět logopedů. Celkem tedy dotazník vyplnilo 25 respondentů – 13 ergoterapeutů a 12 logopedů. Dotazník jsem rozeslala do různých rehabilitačních zařízení, nemocnic, lázní, ústavů sociální péče a do domovů pro seniory.

Výzkumný problém:

Výzkumný problém určuje, jaké budou výzkumné možnosti pro jeho řešení a od jeho formulace se odvíjí všechny části práce (Miovský, 2006).

Nedostatečná spolupráce klinického logopeda a ergoterapeuta v rámci multidisciplinárního týmu u osob s poruchami fatických funkcí.

Výzkumná otázka:

Dle Miovského (2006) musí být výzkumná otázka položena jasně. Na výzkumnou otázku jsou kladeny podobné nároky jako na hypotézu a v průběhu výzkumu ji lze měnit, nebo úplně zavrhnout. Výzkumná otázka vychází z výzkumného problému.

Jaké jsou možnosti spolupráce ergoterapeuta a klinického logopeda u osob s poruchami fatických funkcí?

Jaká je role ergoterapeuta u osob s poruchami fatických funkcí?

Jaká je role klinického logopeda u osob s poruchami fatických funkcí?

Hypotézy:

Hypotézu na rozdíl od výzkumné otázky nelze v průběhu výzkumu měnit (Mioviský, 2006).

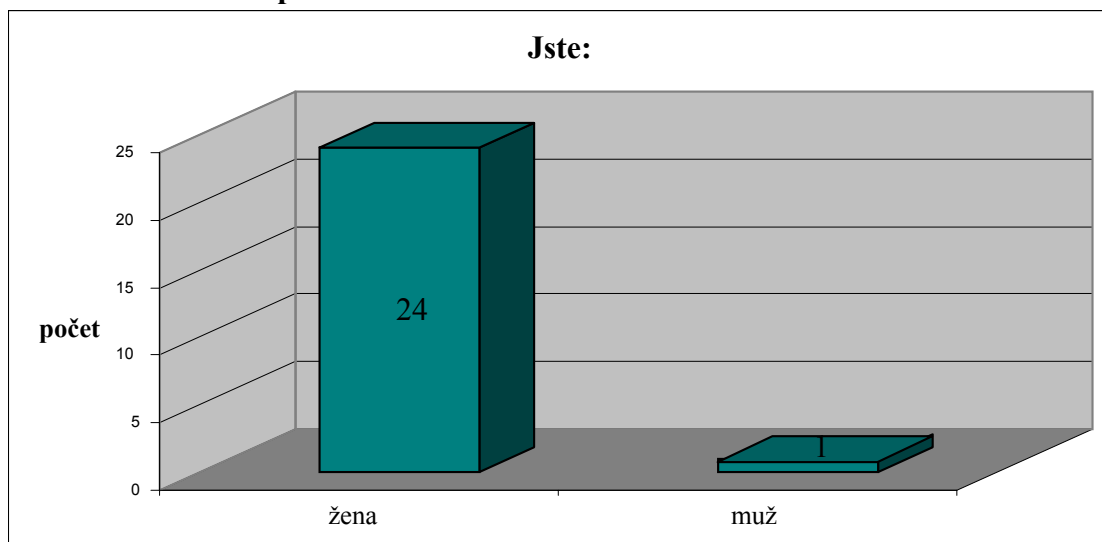
H1: Spolupráce ergoterapeuta a klinického logopeda u osob s poruchami fatických funkcí je významná a důležitá.

H2: Díky spolupráci klinického logopeda a ergoterapeuta je klient v oblasti komunikace soběstačnější.

3. 3. Grafy

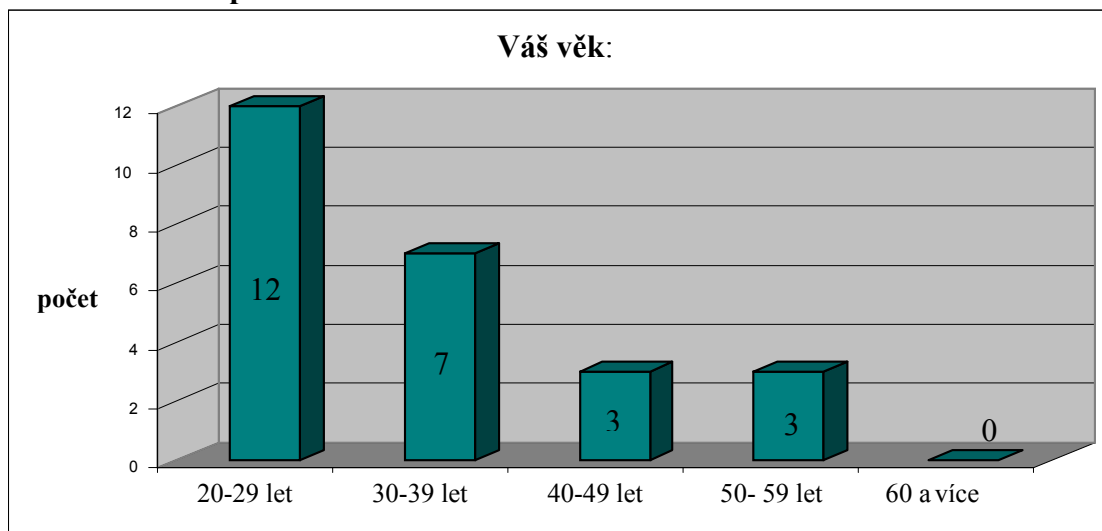
3. 3. 1. Demografické údaje

Graf č. 1 Pohlaví respondentů



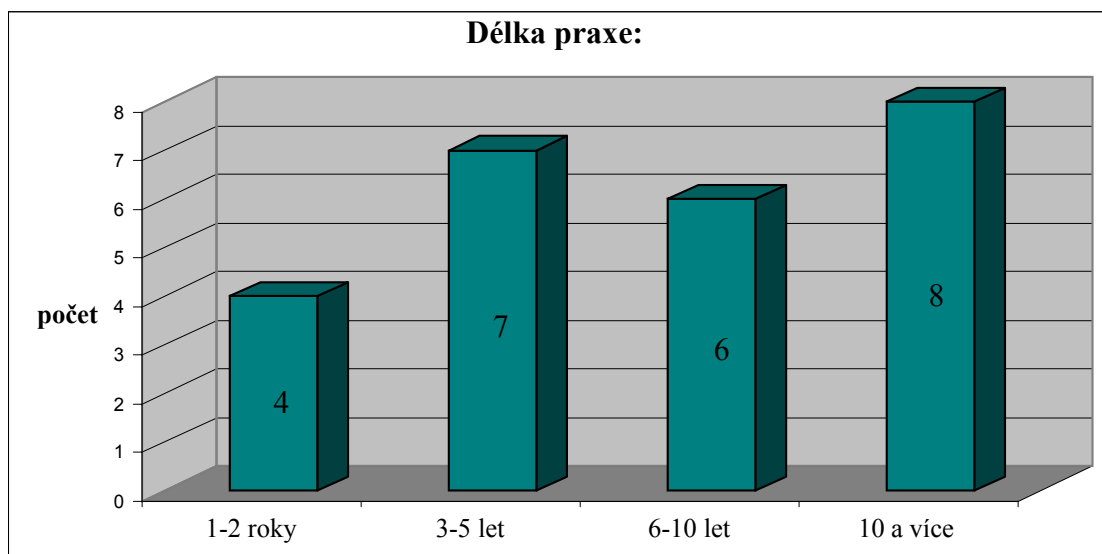
Graf č. 1 znázorňuje pohlaví účastníků výzkumu. Na dotazník odpovědělo celkem 25 respondentů, z nichž tvořilo 24 žen a jeden muž.

Graf č. 2 Věk respondentů



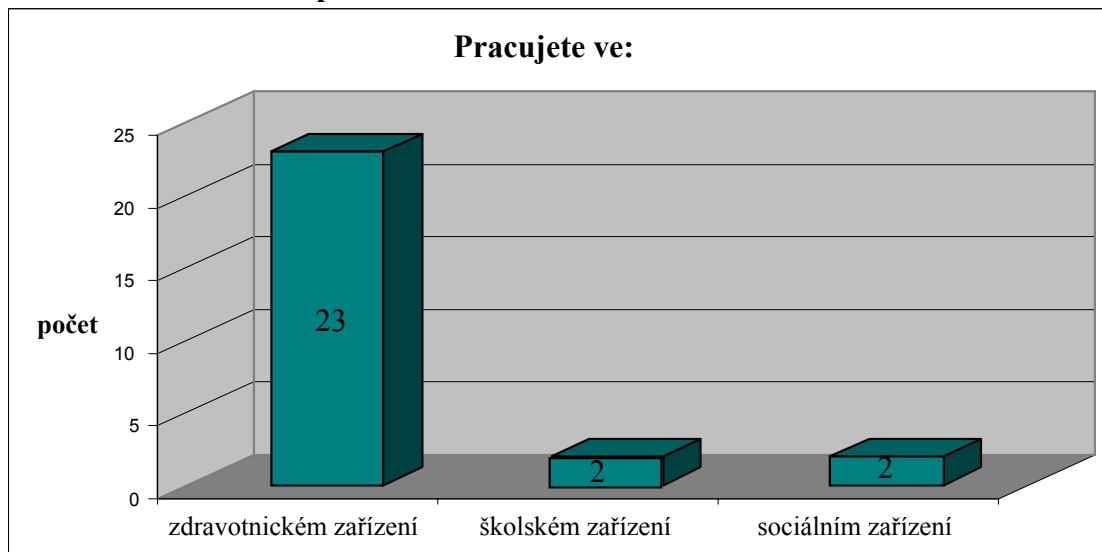
Graf č. 2 poskytuje informace o věkovém rozložení respondentů. Nejvíce se dotazníku zúčastnilo osob do 30 let věku (12). Sedm osob je ve věku mezi 30 až 39. lety. Tři jsou do 50 a tři do 60 let. Z věkové hranice 60 a více neodpověděl nikdo.

Graf č. 3 Délka praxe respondentů



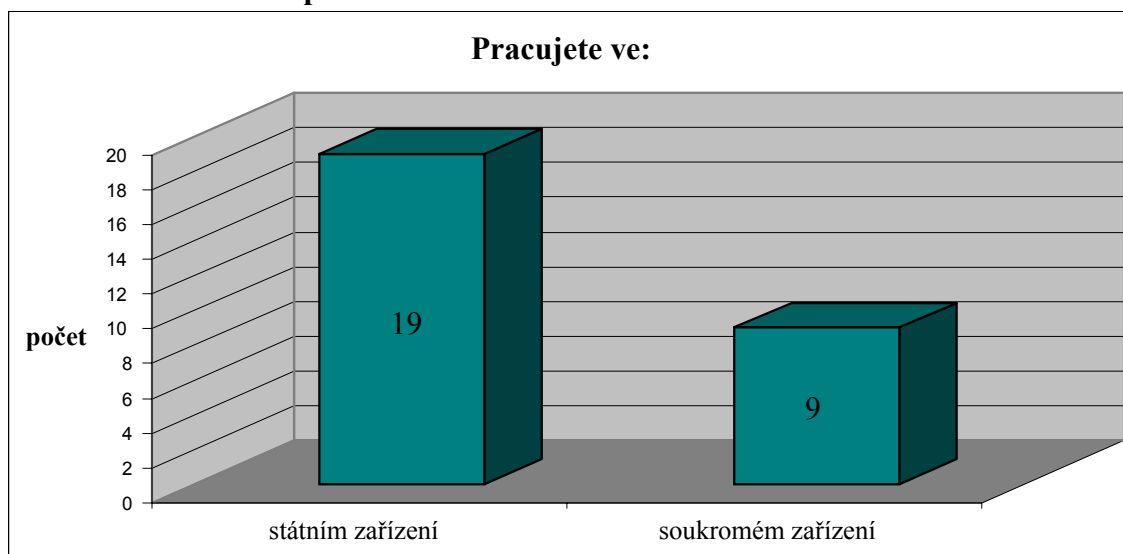
Graf č. 3 znázorňuje délku praxe v oboru. Osm respondentů má praxi v oboru minimálně 10 let. Délku praxe 3 – 5 let má sedm osob. Šest respondentů má zkušenosti z praxe již 3 – 10 let a čtyři odpověděli, že jejich praxe je dlouhá maximálně 2 roky.

Graf č. 4 Pracoviště respondentů



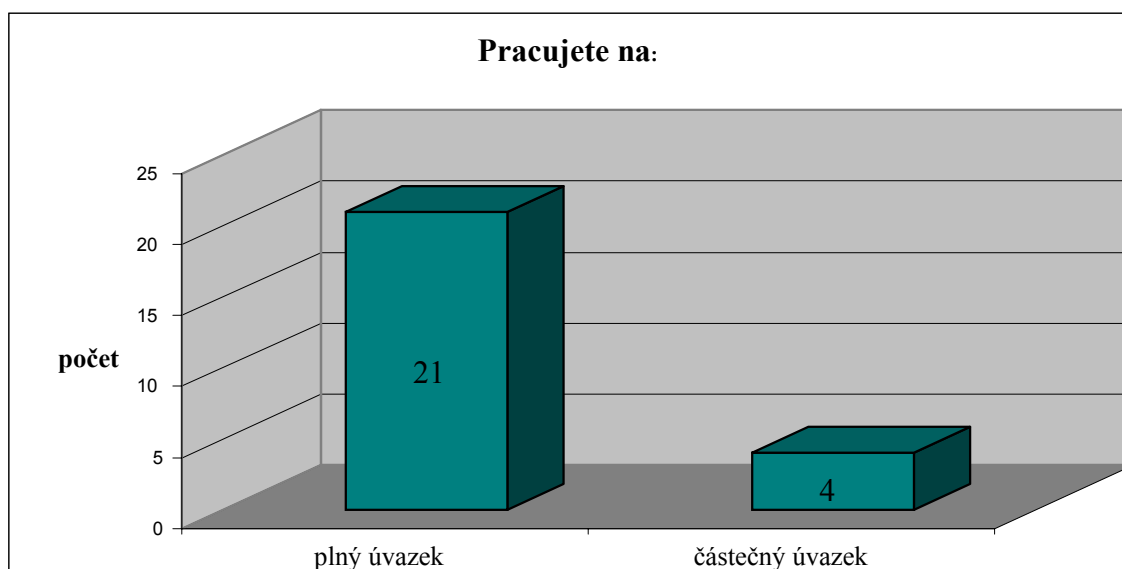
Graf č. 4 poskytuje informace o typu zařízení, v němž respondenti vykonávají své zaměstnání. Většina dotazovaných (23) pracuje ve zdravotnickém zařízení. Dva respondenti ve školském a stejný počet (2) v sociálním zařízení.

Graf č. 5 Pracoviště respondentů



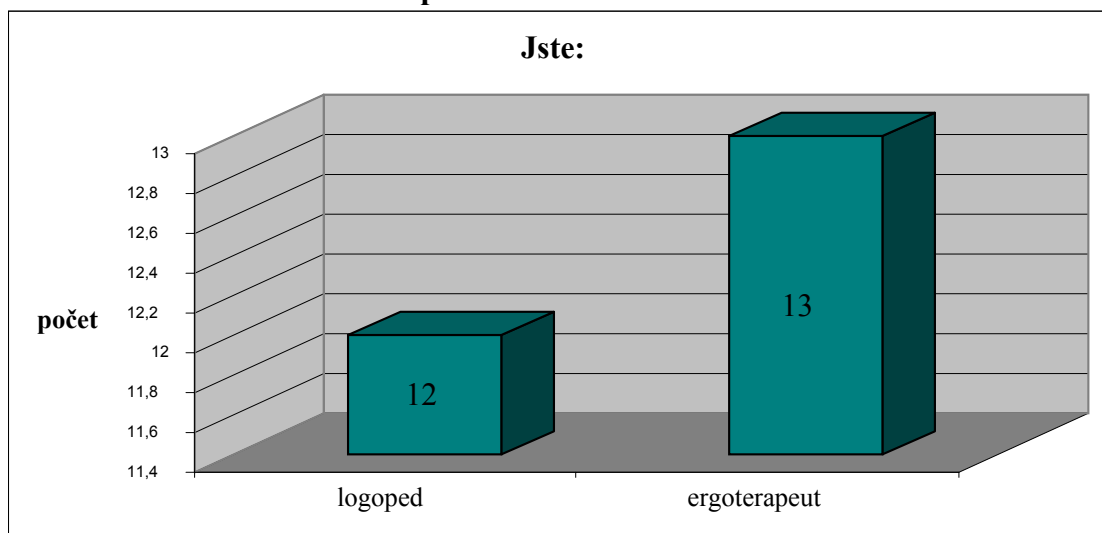
Graf č. 5 poukazuje na typ zařízení, ve kterém respondenti pracují. 19 je zaměstnáno ve státním zařízení, devět pracuje v soukromém sektoru.

Graf č. 6 Délka úvazku



Z grafu č. 6 lze získat informace o úvazku respondentů. Z celkového počtu 25 pracuje na plný úvazek většina dotazovaných (21). Zbytek (4) jen na částečný úvazek, nejčastěji se jedná o délku 0,5.

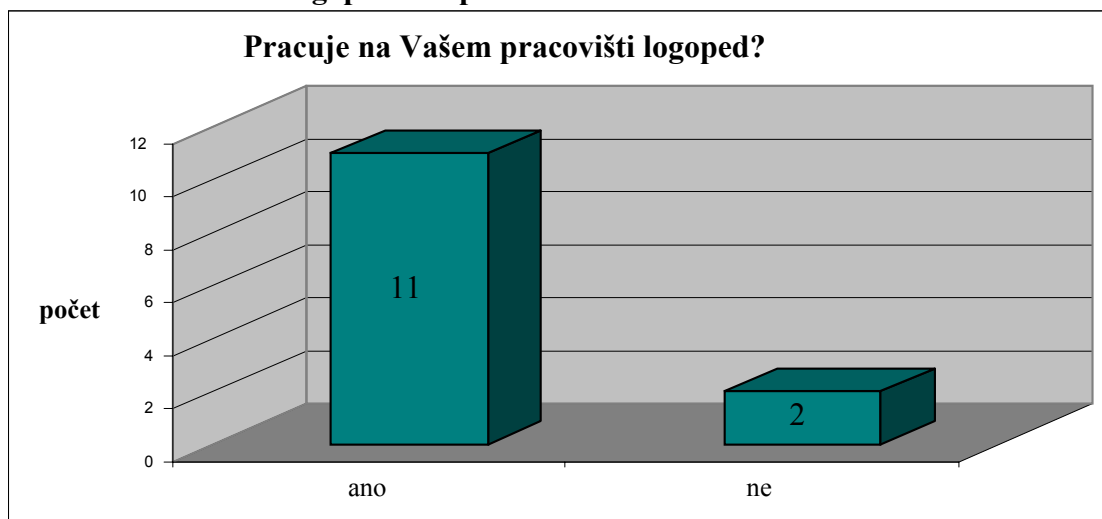
Graf č. 7 Pracovní zařazení respondentů



V grafu č. 7 je znázorněn počet ergoterapeutů a klinických logopedů, kteří se zúčastnili výzkumu. Z 25 respondentů tvoří 13 ergoterapeutů a 12 logopedů. V prvním kole dotazníkového šetření odpovědělo více ergoterapeutů (12) a čtyři logopedi. Druhé kolo vyplnilo dotazník zase více logopedů (9) a jeden ergoterapeut. Tato otázka rozdělila dotazník na dvě části. Graf č. 8 – 11 obsahovala otázky pro ergoterapeuta. Část pro logopeda je od grafu č. 12 po graf č. 15. Od grafu č. 16 následují společné otázky.

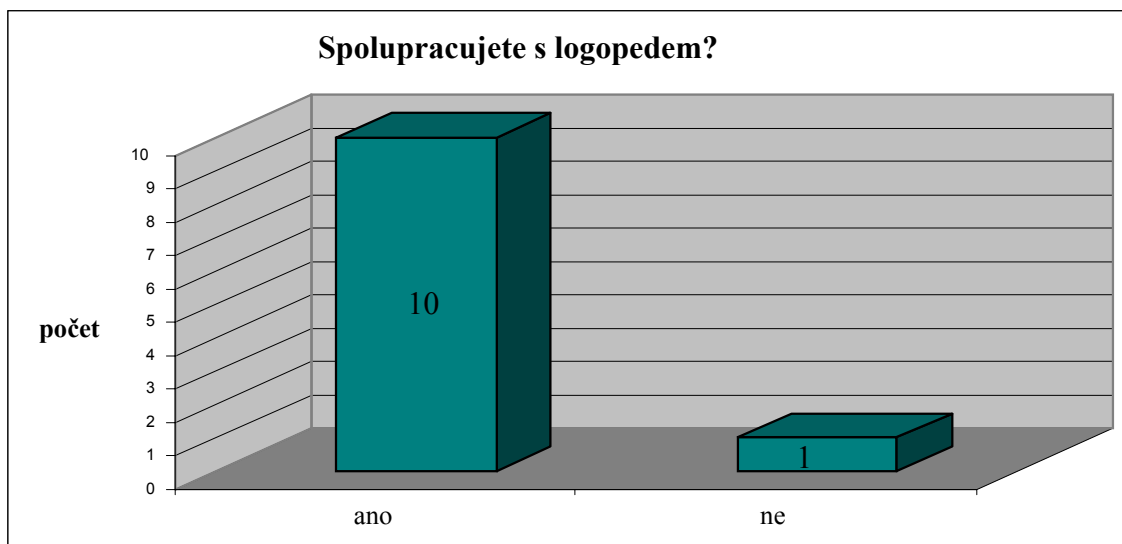
3.3.2. Část pro ergoterapeuta

Graf č. 8 Přítomnost logopeda na pracovišti



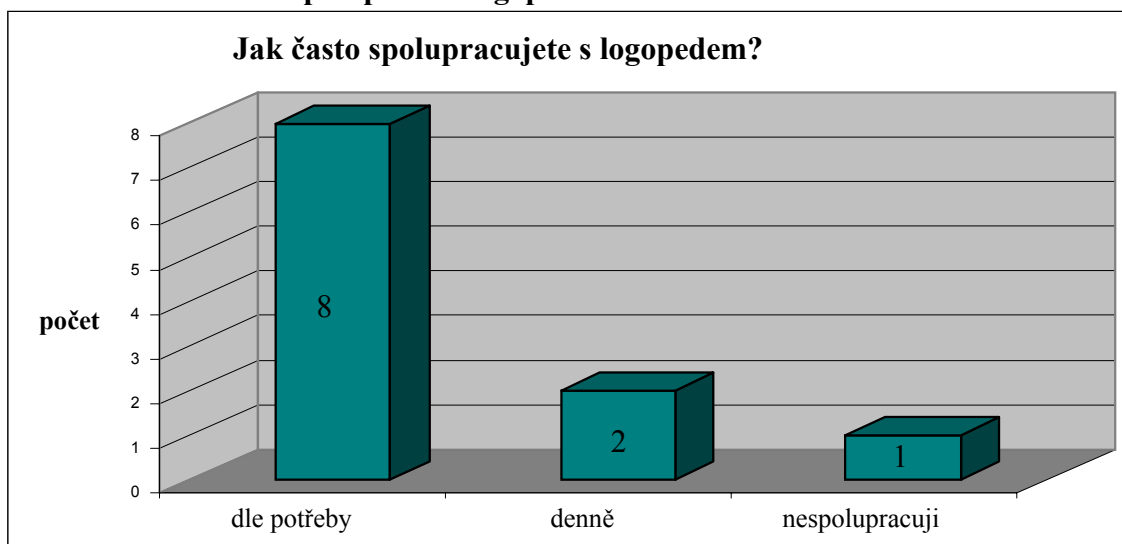
Z grafu č. 8 vyplývá, že v zaměstnání ergoterapeuta je i logoped (11). Pouze dva ergoterapeuti nemají na svém pracovišti klinického logopeda přítomného.

Graf č. 9 Spolupráce s logopedem



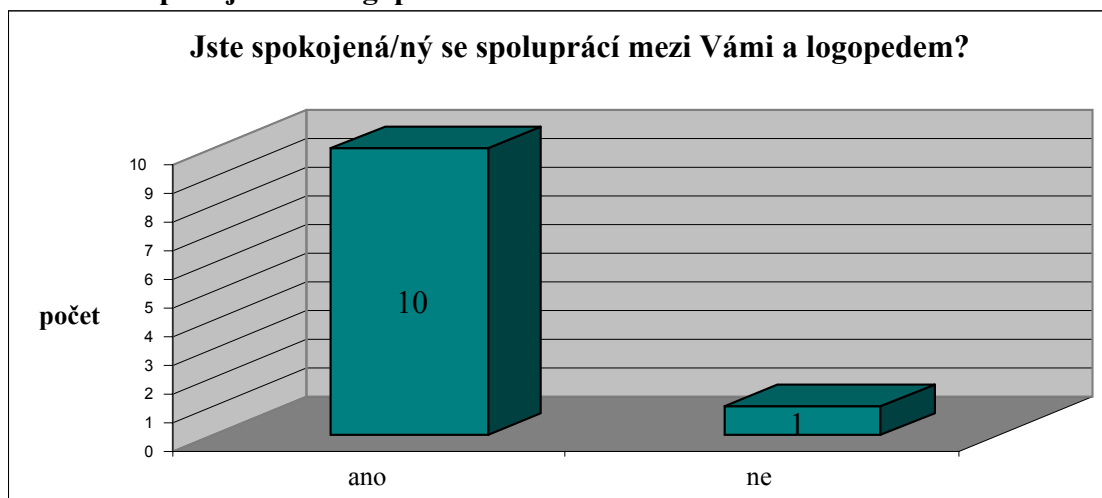
Graf č. 9 poukazuje na spolupráci ergoterapeuta s logopedem. 10 z dotazovaných ergoterapeutů na svém pracovišti spolupracuje s logopedem, pouze jeden respondent odpověděl negativně. Je otázkou, proč když jsou na pracovišti oba odborníci, spolu nespolupracují.

Graf č. 10 Frekvence spolupráce s logopedem



Graf č. 10 znázorňuje četnost spolupráce s klinickým logopedem. Dva ergoterapeuti spolupracují s logopedem denně, osm podle potřeby a jeden ergoterapeut nespolupracuje vůbec.

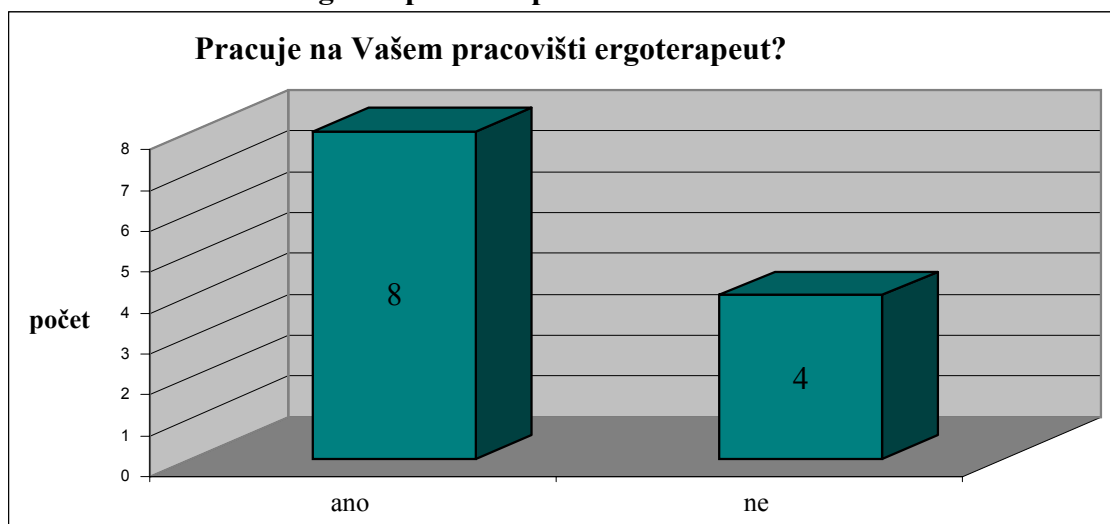
Graf č. 11 Spokojenost s logopedem



Graf č. 11 poskytuje údaje o spokojenosti ergoterapeutů s logopedy. 10 ergoterapeutů je se společnou prací s logopedem spokojený. Pouze jeden považuje spolupráci za nedostačující.

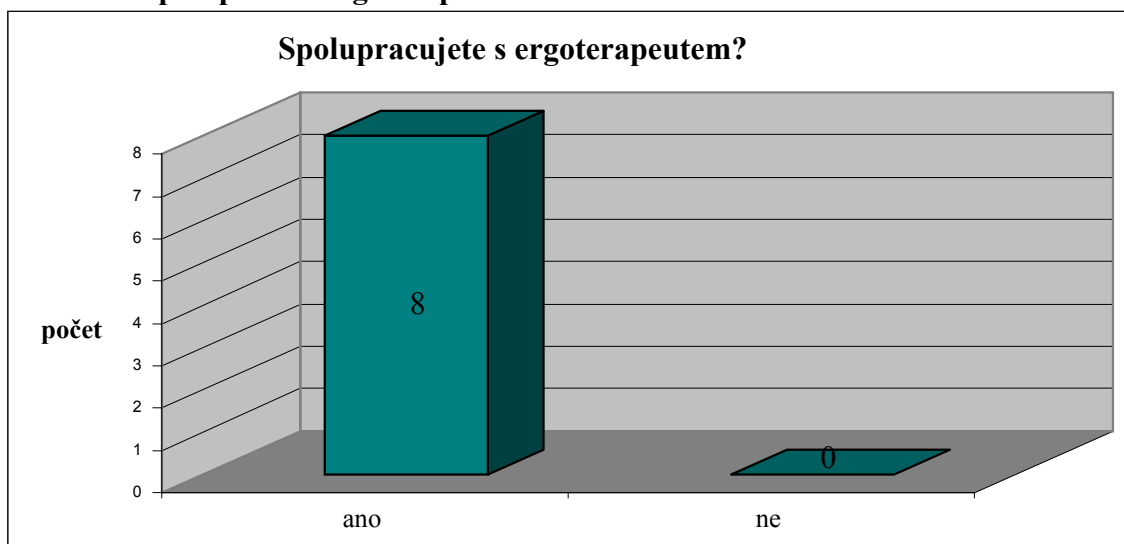
3. 3. 3. Část pro logopeda

Graf č. 12 Přítomnost ergoterapeuta na pracovišti



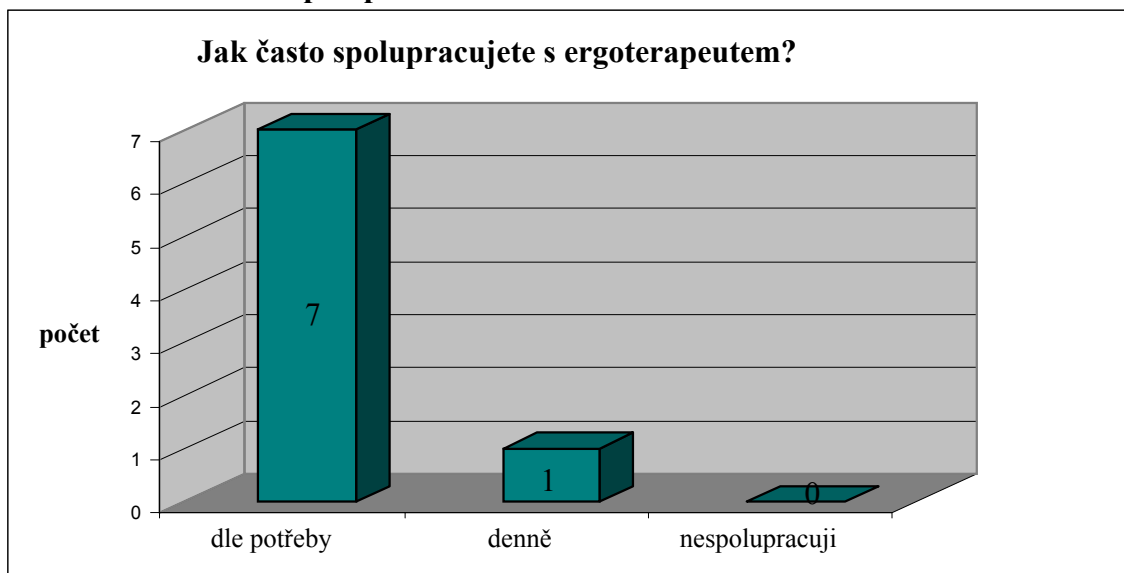
Z grafu č. 12 lze vyčíst, kolik ergoterapeutů pracuje v zařízení logopeda. Osm logopedů z 12 odpovědělo, že v jejich zařízení je ergoterapeut přítomný. Čtyři logopedi na svém pracovišti ergoterapeuta nemají. To znamená, že čtyři logopedi z 12 nepracují v multidisciplinárním týmu. Avšak v otázce číslo čtyři odpovědělo 24 respondentů, že součástí tohoto týmu odborníků jsou.

Graf č. 13 Spolupráce s ergoterapeutem



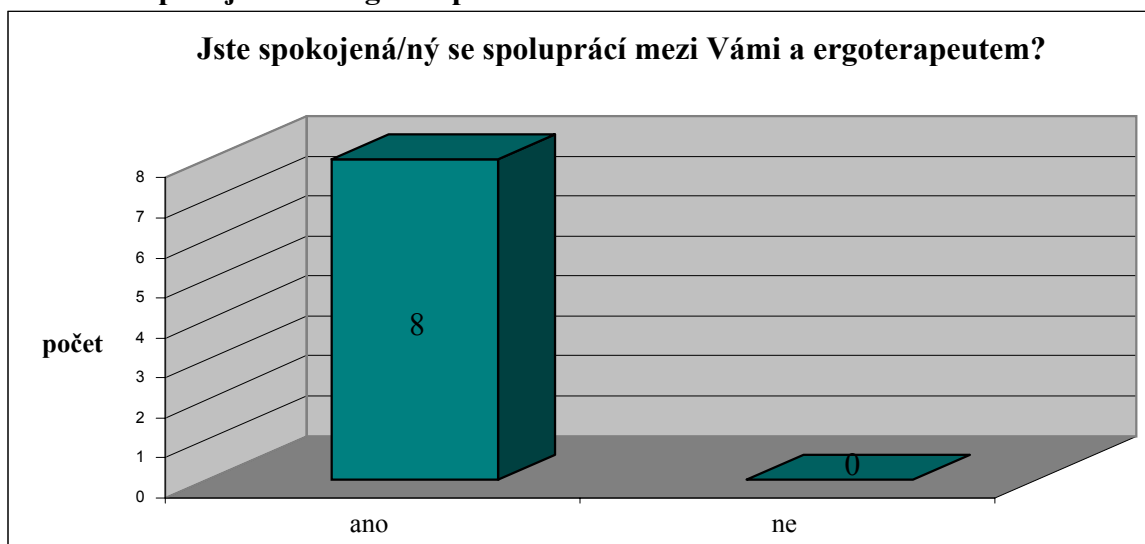
Následující graf č. 13 poukazuje na spolupráci logopeda s ergoterapeutem, která je v tomto případě 100 %. Devět logopedů je v kontaktu s ergoterapeutem.

Graf č. 14 Frekvence spolupráce



Graf č. 14 odpovídá na otázku, jak často spolupracujete s ergoterapeutem. Většina logopedů (7) vyhledává ergoterapeuta podle potřeby. Jeden z respondentů spolupracuje s ergoterapeutem každý den. Nikdo neodpověděl záporně.

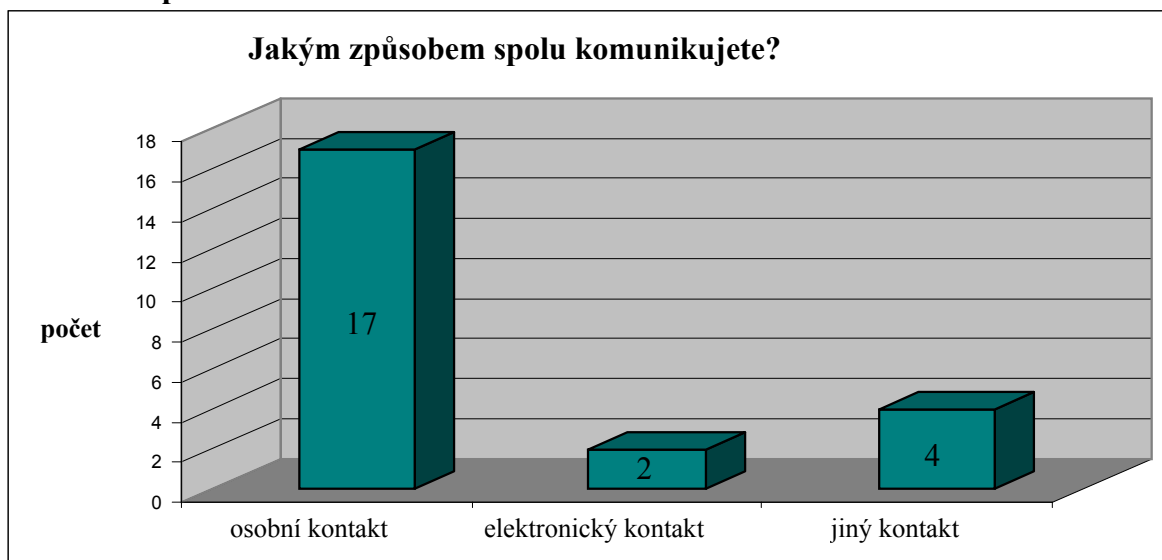
Graf č. 15 Spokojenost s ergoterapeutem



Graf č. 15 poukazuje na 100 % spokojenost logopedů s ergoterapeuty. Osm klinických logopedů je se spoluprací s ergoterapeutem spokojený. Neobjevila se žádná negativní odpověď.

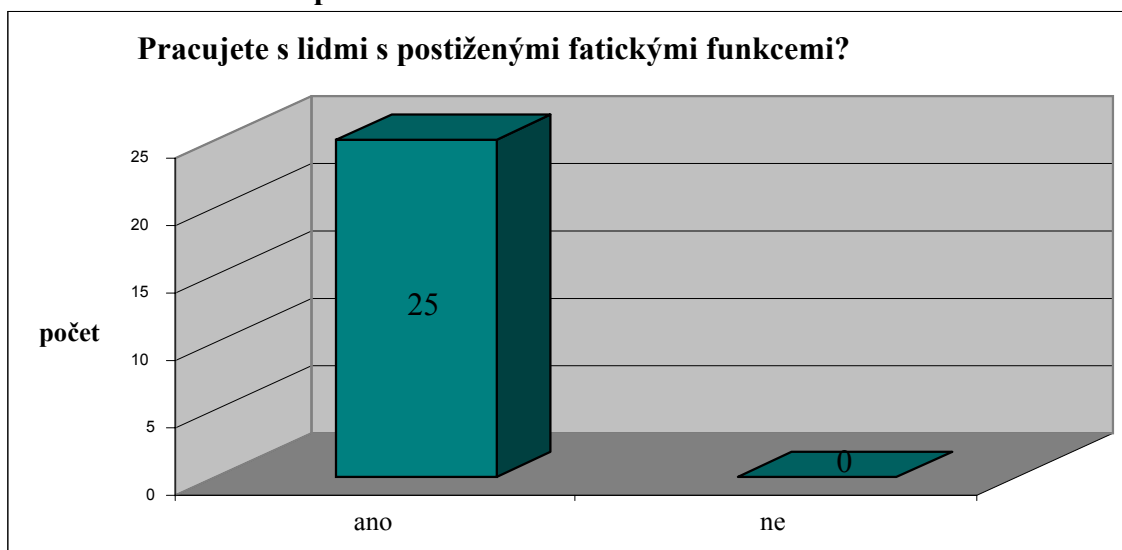
3. 3. 4. Společné otázky

Graf č. 16 Způsob komunikace



Z tohoto grafu č. 16 plyne, že nejčastější způsob komunikace mezi logopedem a ergoterapeutem probíhá formou osobního setkání. Dva dotazující se domlouvají elektronickou cestou. Čtyři využívají jiný způsob sdělování informací o klientovi, jako je například telefonický kontakt.

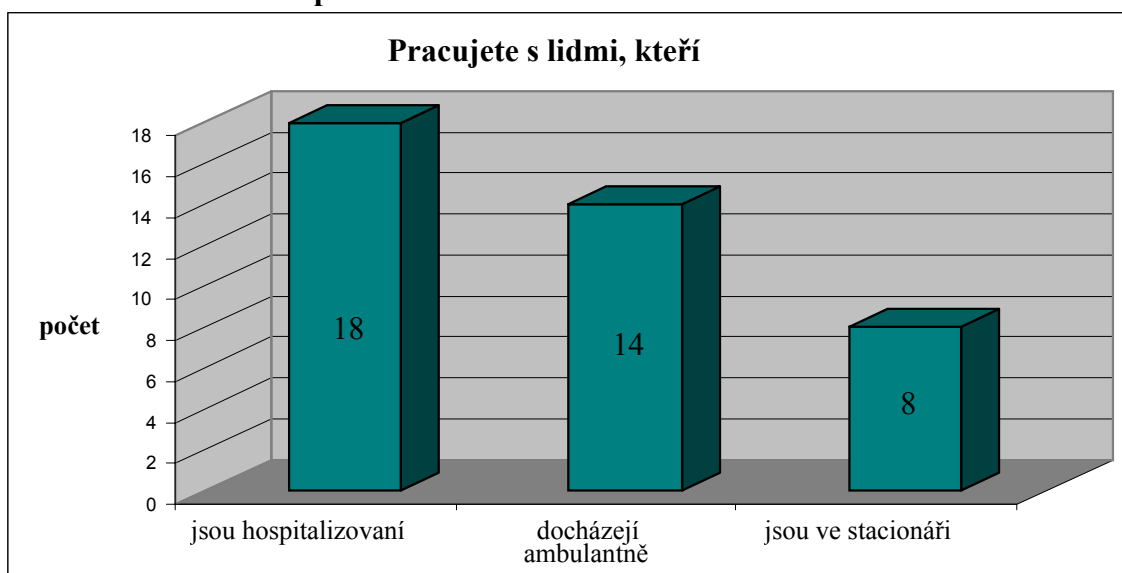
Graf č. 17 Klientela respondentů



Z grafu č. 17 lze rozpoznat počet respondentů pracujících s lidmi s porušenými fatickými funkcemi. 100 % respondentů (25) pracuje s lidmi s narušenou komunikační schopností. Jedná se o 13 ergoterapeutů a 12 logopedů.

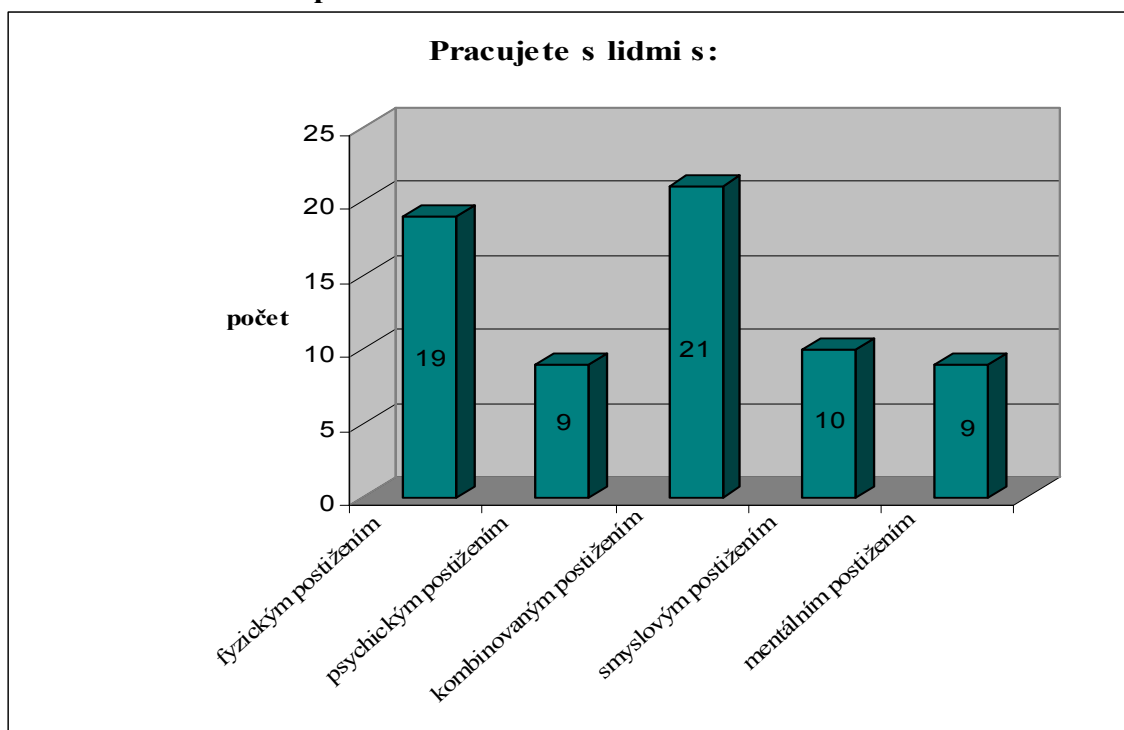
Tato otázka byla určene spíše pro ergoterapeuty. Znamená to, že 13 ergoterapeutů pracuje s lidmi s afázií.

Graf č. 18 Klientela respondentů



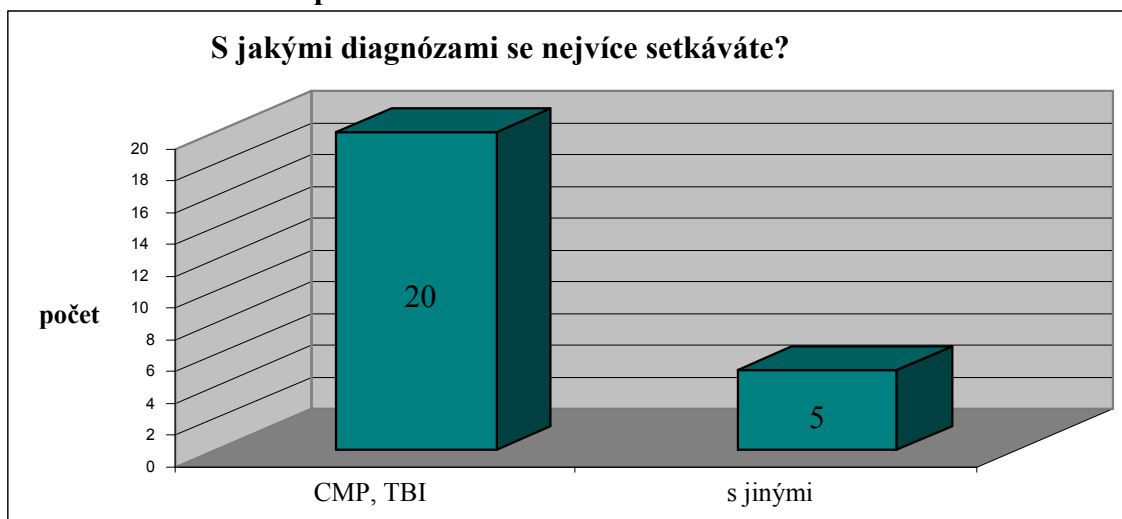
Z grafu č. 18 lze vyčíst, s jakou klientelou účastníci výzkumu přicházejí do styku. U této otázky měli respondenti možnost použít více odpovědí. Nejčastěji pracují s klienty, kteří jsou hospitalizováni. 14 ti dotazovaným klienti docházejí na terapii ambulantně. Osm pracuje s lidmi navštěvující stacionář.

Graf č. 19 Klientela respondentů



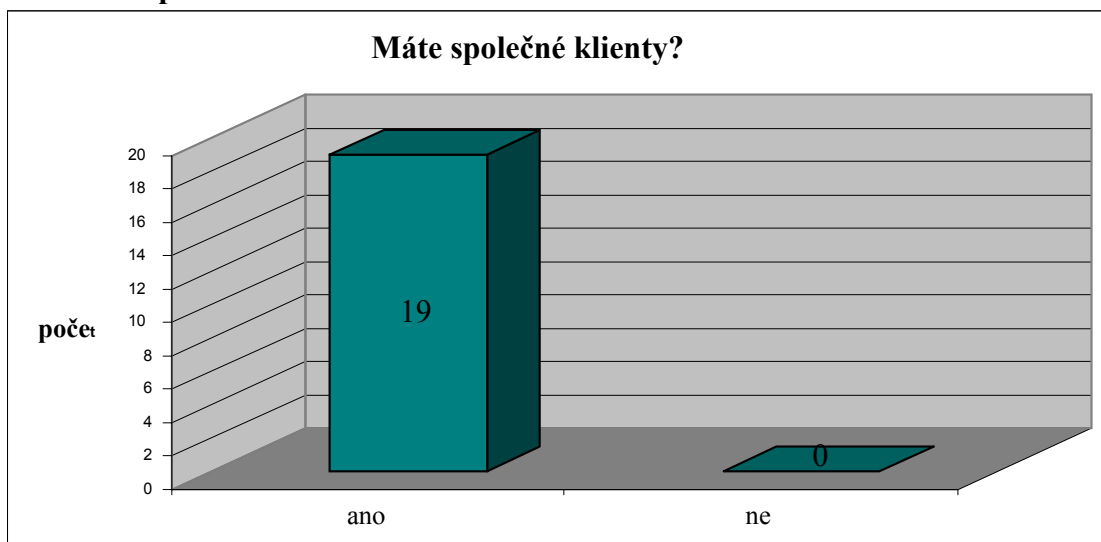
Graf č. 19 znázorňuje typ postižení, se kterým respondenti přicházejí ve svém zaměstnání do styku. Mezi nejčastější onemocnění, se kterým respondenti pracují, je kombinované postižení (21). Na druhém místě je postižení fyzické (19). S mentálním a psychickým postižením je ve styku devět respondentů. 10 pracuje s postižením smyslovým.

Graf č. 20 Klientela respondentů



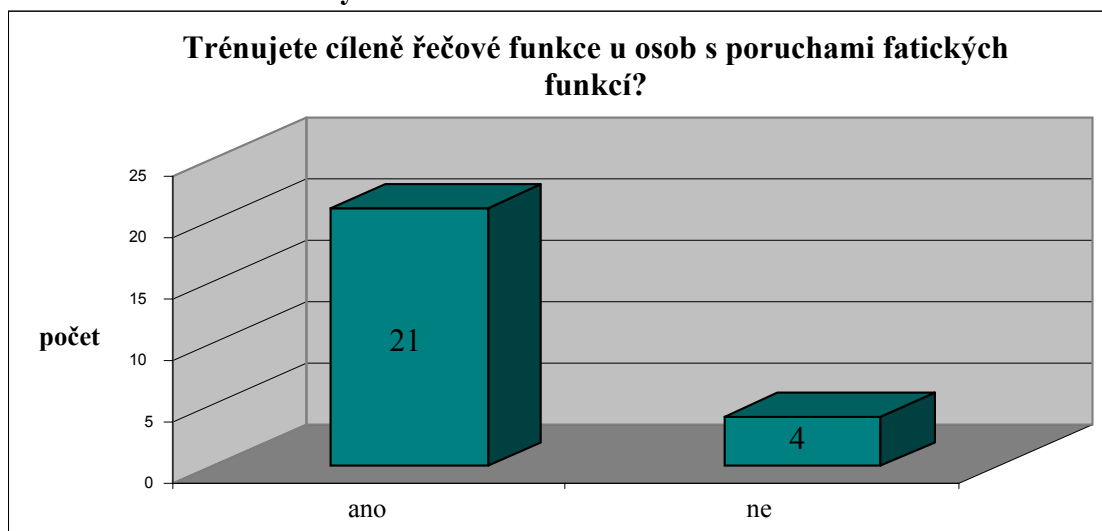
Graf č. 20 odpovídá na otázku, s jakými diagnózami se respondenti setkávají. 80 % (20) dotazovaných nejčastěji pracuje s lidmi po cévní mozkové příhodě a traumatickém poškození mozku. Zbýlých 20 % (5) se setkává s jinými diagnózami vyskytující se převážně u dětské populace.

Graf č. 21 Společní klienti



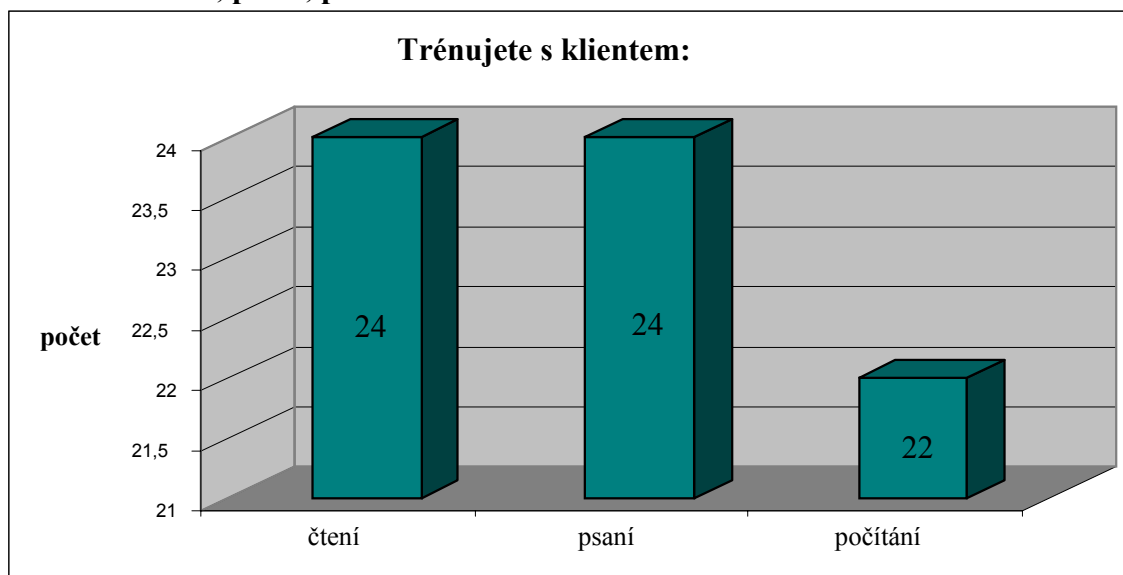
Z tohoto grafu č. 21 plyne, jestli mají účastníci výzkumu společné klienty. 19 respondentů, což je 11 ergoterapeutů a osm logopedů, kteří odpovídali na tuto otázku, pracují se stejnými klienty.

Graf č. 22 Trénink fatických funkcí



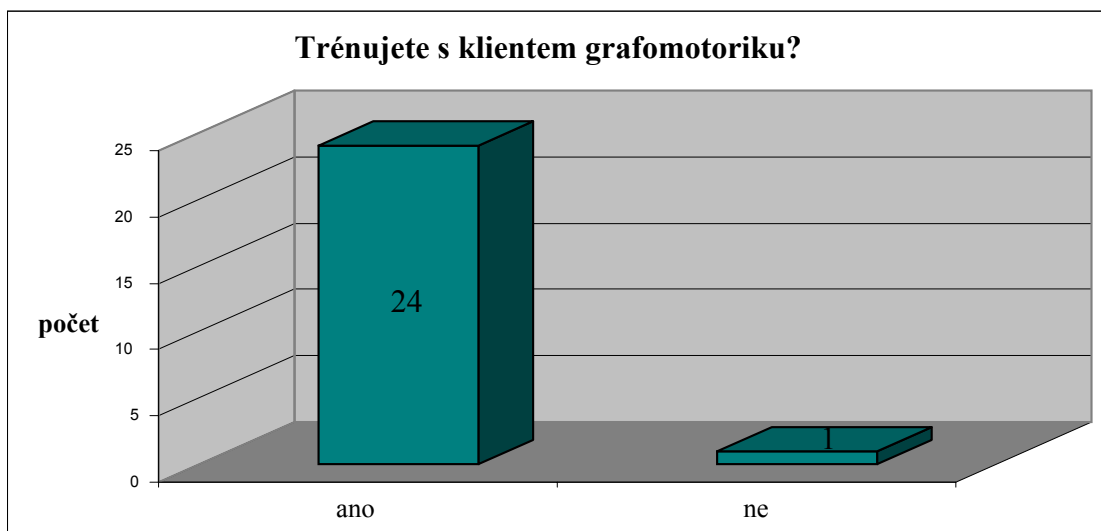
Graf č. 22 odpovídá na otázku, zda respondenti cíleně procvičují fatické funkce. 21 z 25 dotazovaných cíleně řeč trénuje, čtyři respondenti odpověděli záporně. Ergoterapie se zaměřuje na nácvik všedních denních činností. Proto se domnívám, že se jedná o ergoterapeuty, kteří cíleně netrénují fatické funkce.

Graf č. 23 Čtení, psaní, počítání



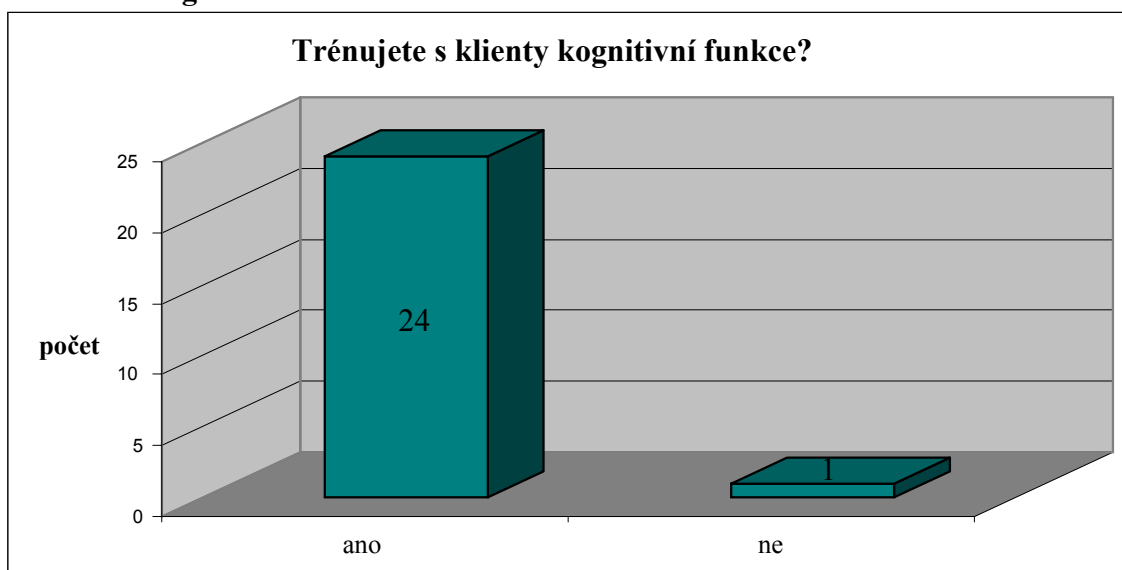
Z tohoto grafu č. 23 vyplívá, že téměř většina respondentů, což je 24, s klientem cvičí četbu a písmo. Trénink počítání provádí 22 dotazovaných.

Graf č. 24 Grafomotorika



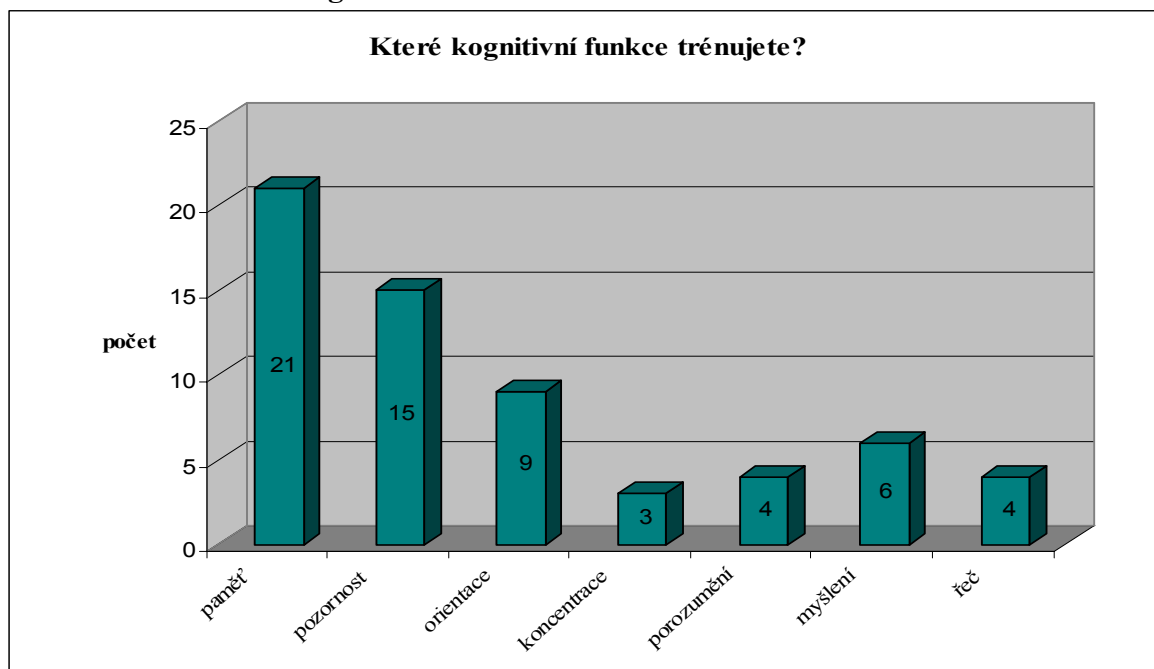
Z grafu č. 24 lze zjistit, zda respondenti se svými klienty uvolňují ruku, před samotným nácvikem psaní. Grafomotoriku s klienty trénuje 96 % (24) dotazovaných. Jeden respondent odpověděl záporně.

Graf č. 25 Kognitivní funkce



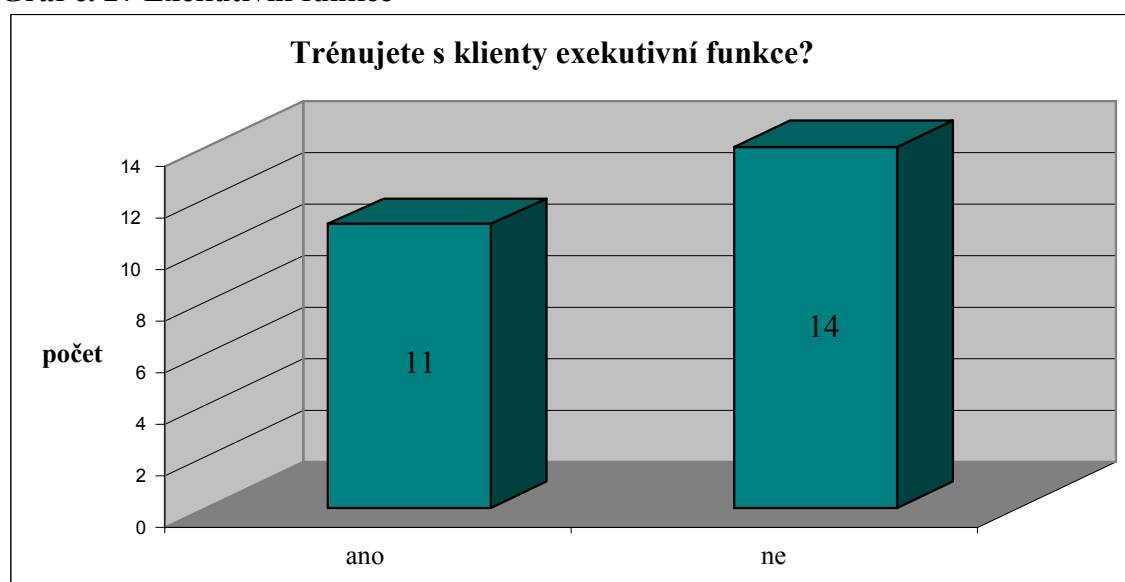
V tomto grafu č. 25 je znázorněn počet respondentů (24), kteří trénují kognitivní funkce. Pouze jeden z dotazovaných tyto funkce neprocvičuje. Nejčastěji trénované funkce jsou zobrazeny v následujícím grafu.

Graf č. 26 Konkrétní kognitivní funkce



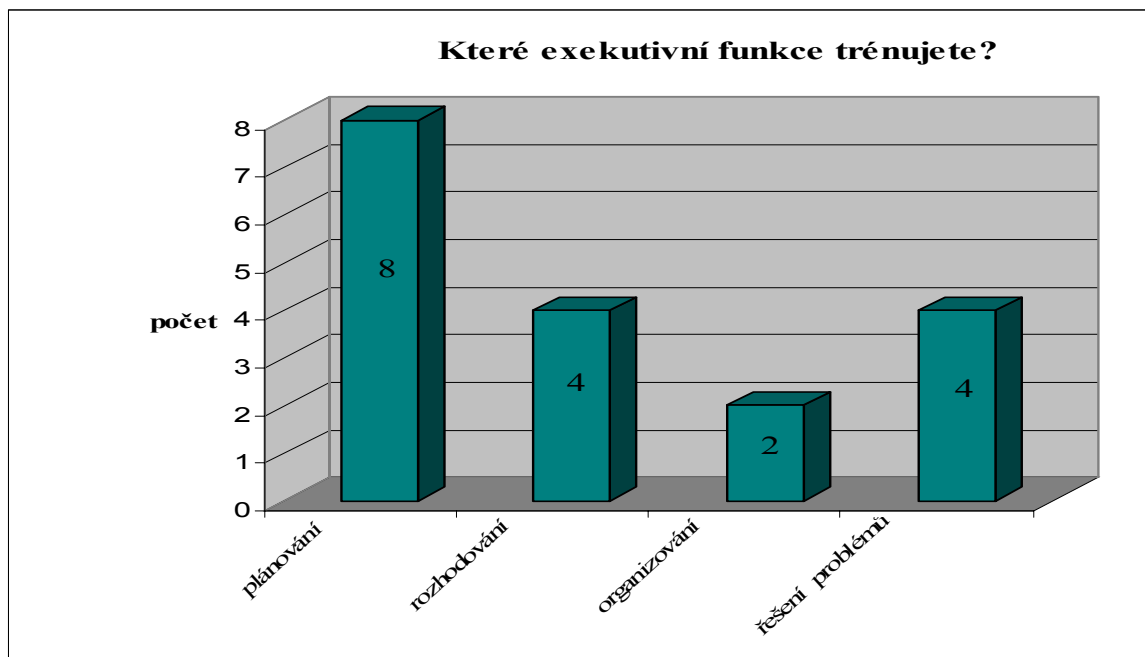
Graf č. 26 poskytuje informace o tom, které kognitivní funkce účastníci výzkumu trénují. Zde neměli respondenti možnost zvolit si předem připravenou odpověď, ale odpovídali vlastními slovy. Z kognitivních funkcí nejvíce označili paměť (21). 15 respondentů se zaměřuje na pozornost. Dále je často trénována orientace (9) a myšlení (6). Návčik porozumění a řeči provádí čtyři respondenti. Tři se zaměřují ještě na koncentraci.

Graf č. 27 Exekutivní funkce



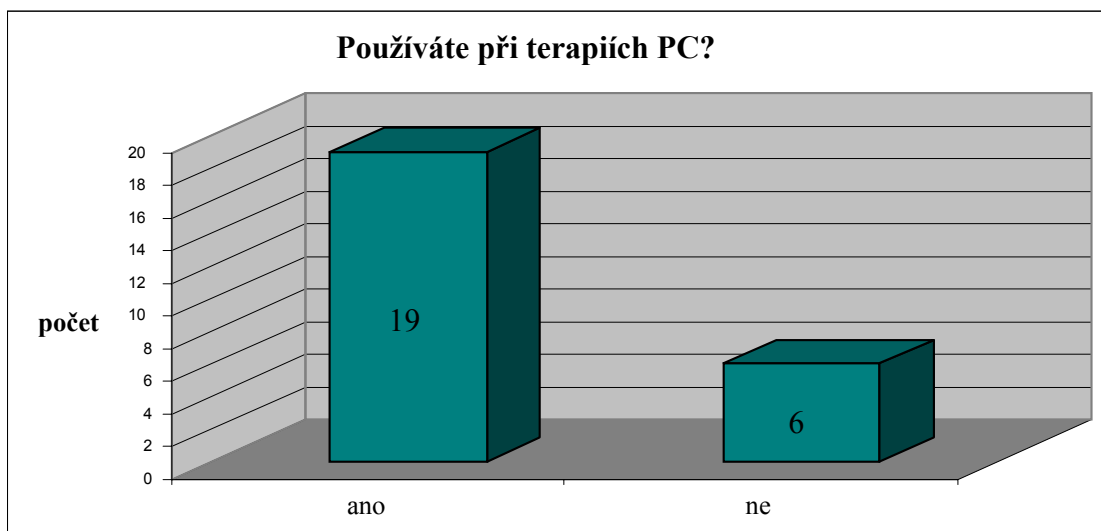
Z grafu č. 27 lze vyčíst, jestli účastníci výzkumu trénují exekutivní funkce. Ve většině případů (14) respondenti exekutivní funkce netrénují. Pokud se na trénink exekutivních funkcí zaměří (11), tak nejčastěji na plánování, schopnost rozhodování, organizace a řešit problémy, jak je uvedeno v následujícím grafu.

Graf č. 28 Konkrétní exekutivní funkce



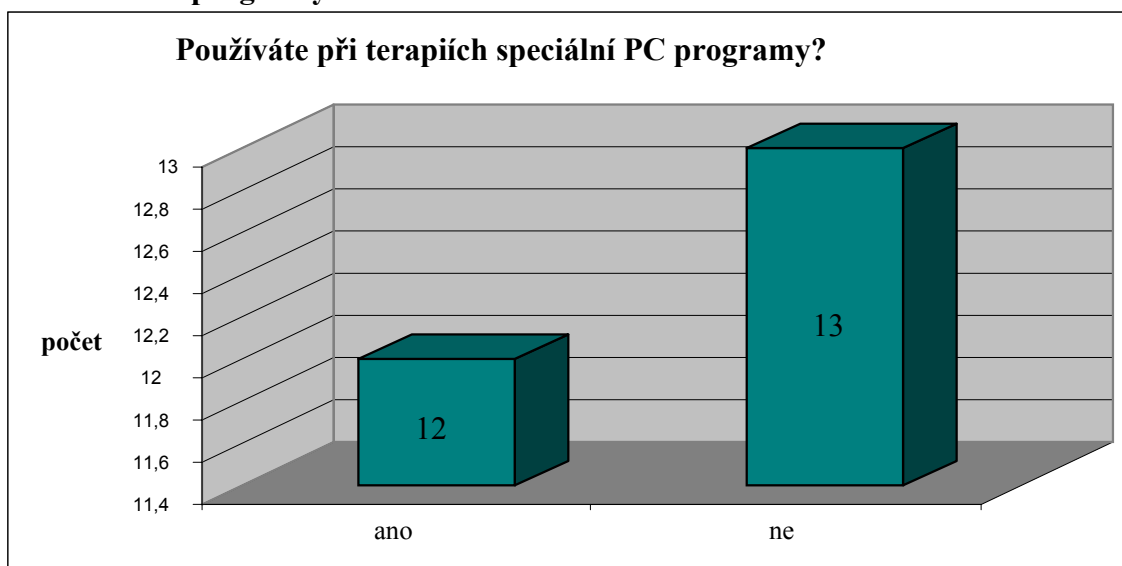
Graf č. 28 nás informuje o tom, jaké exekutivní funkce účastníci dotazníku označili. Mezi nejčastější exekutivní funkce, které dotazovaní trénují, je plánování. Odpovědělo osm respondentů. Dále rozhodování a řešení problémů označili čtyři respondenti. Dva trénují ještě schopnost organizovat činnosti a dva úsudek. Mimo jiné se mezi odpověďmi objevilo ještě hodnocení vlastního výkonu, chápání instrukcí a účelné jednání.

Graf č. 29 Používání PC



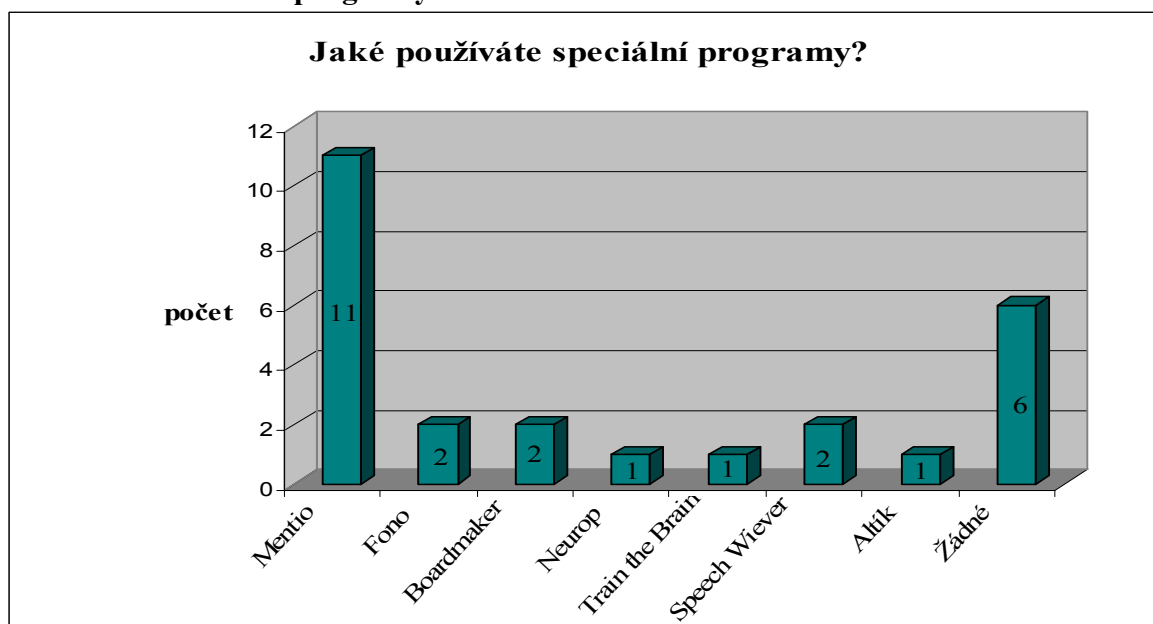
Graf č. 29 poskytuje informace o tom, zda logopedi či ergoterapeuti při práci s klienty používají PC. 19 respondentů odpovědělo, že při terapiích počítač využívá. Šest z dotazovaných PC do terapií nezahrnuje.

Graf č. 30 PC programy



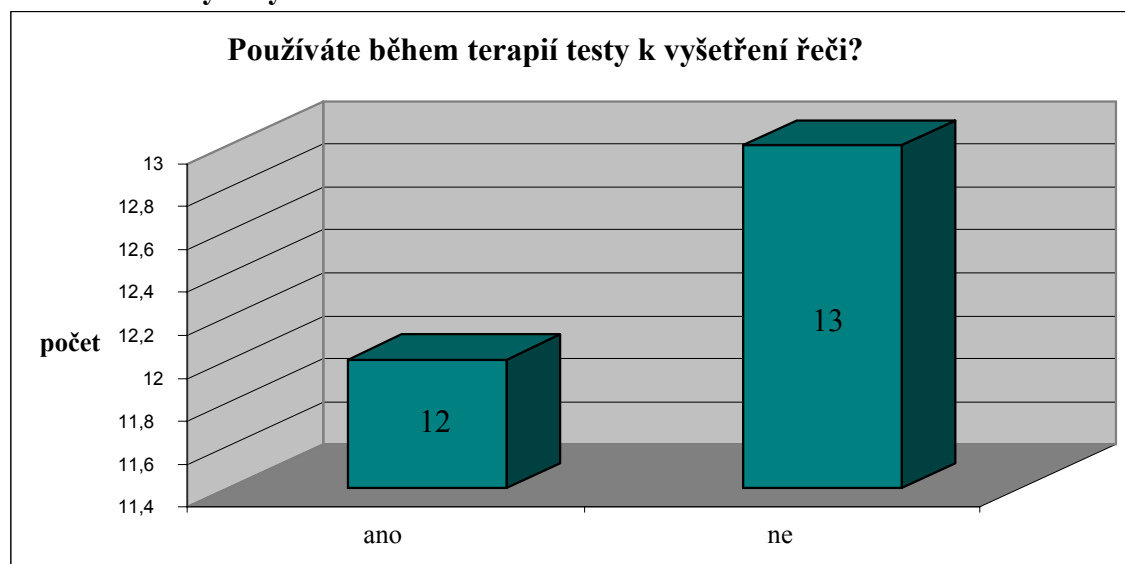
Z tohoto grafu č. 30 vyplývá, že téměř polovina (12) při terapiích používá různé speciální počítačové programy. Avšak větší počet (13) žádné programy nepoužívá.

Graf č. 31 Konkrétní programy



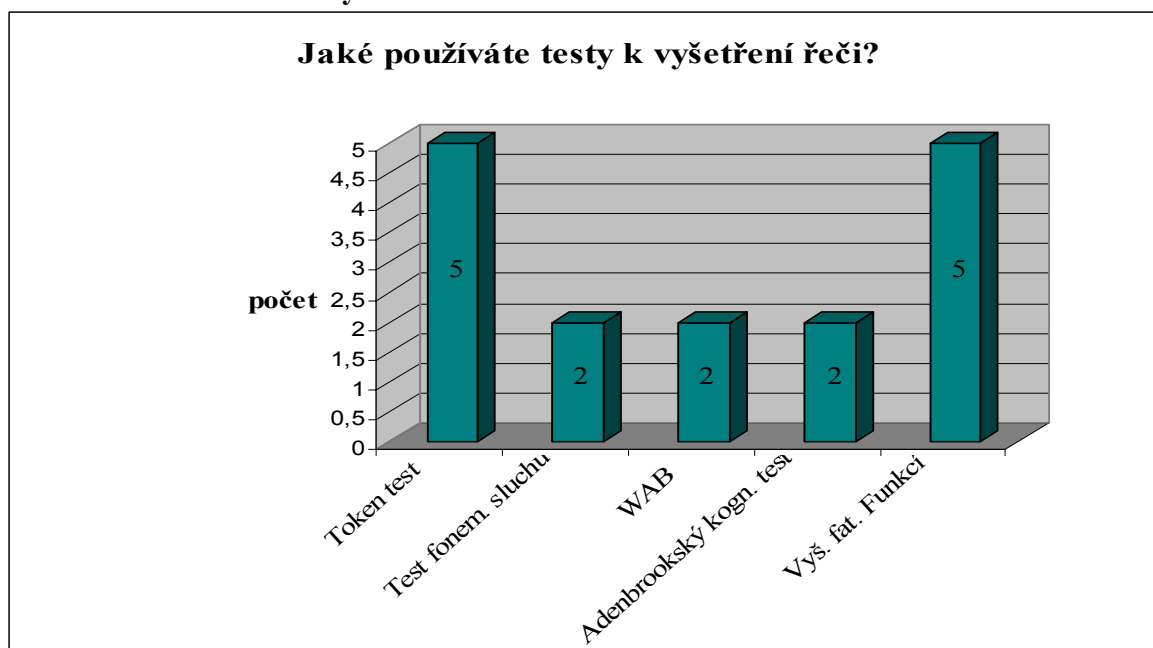
Graf č. 31 poskytuje informace o tom, jaké počítačové programy účastníci výzkumu využívají. U této otázky měli respondenti možnost odpovídat svými vlastními slovy. Nejčastěji byl označen počítačový program MENTIO (11). Dva respondenti využívají program na výrobu komunikačních tabulek, dva PC program FONO na rozvoj fonemického sluchu a dva Speech Viewer. Jeden z dotazovaných pracuje s programem Train the brain, jeden používá Altik a jeden Neurop. Přestože v předchozí otázce odpovědělo 13 účastníků, že nepoužívají žádné speciální počítačové programy, v této otázce už jen šest respondentů.

Graf č. 32 Testy k vyšetření řeči



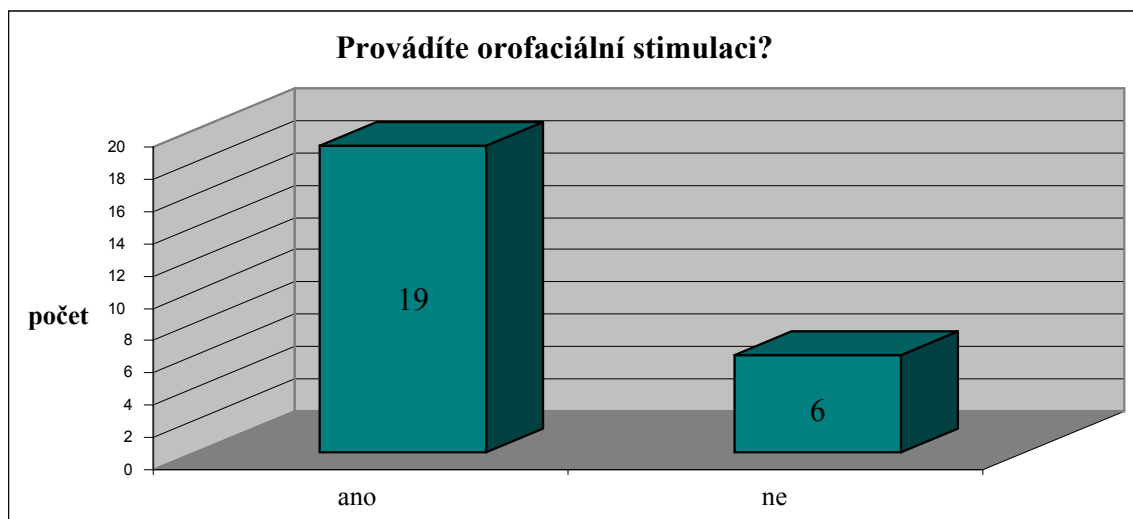
Graf č. 32 poskytuje informace o tom, zda respondenti využívají testy ke zjištění úrovně poškození fatických funkcí. Téměř polovina dotazovaných 48 % nějaké testy k vyšetření fatických funkcí používá. 52 % žádné testy nevyužívá. Dle mého názoru označili ne ergoterapeuti. V ergoterapii neexistuje test, který by samostatně hodnotil řeč. Fatické funkce jsou vždy součástí testů hodnotící více položek. Je možné, že tato otázka nebyla správně položena.

Graf č. 33 Konkrétní testy



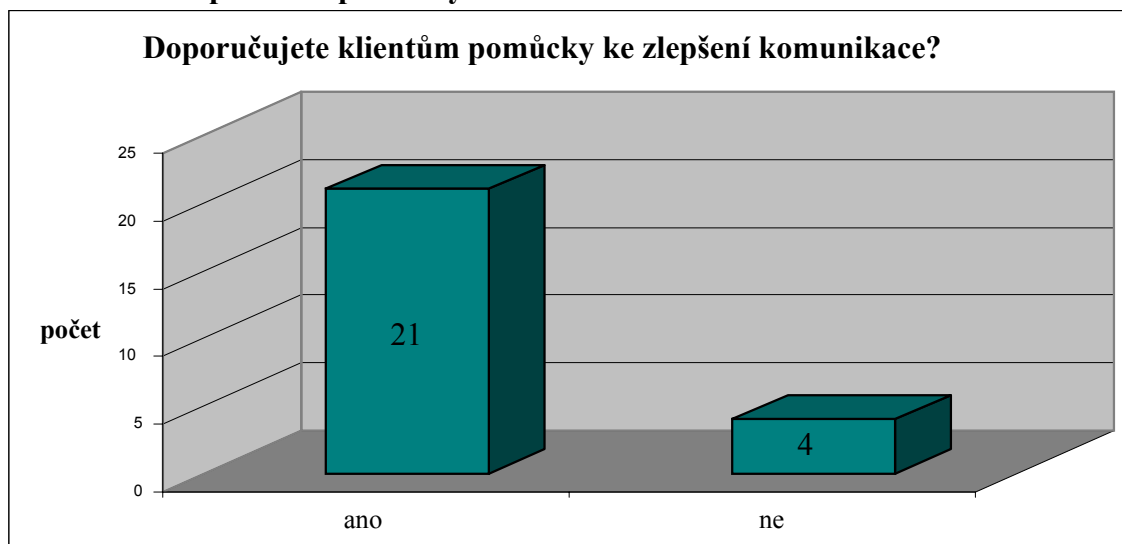
V grafu č. 33 jsou znázorněny testy, se kterými účastníci nejčastěji pracují. U této otázky měli respondenti volné pole působnosti, odpovídali vlastními slovy. Token test a test k vyšetření fatických funkcí od Cséfalvaye využívá stejný počet dotazovaných (5). Test fonemického sluchu, Western Aphasia Battery a Adenbrooský kognitivní test označili vždy dva respondenti.

Graf č. 34 Orofaciální stimulace



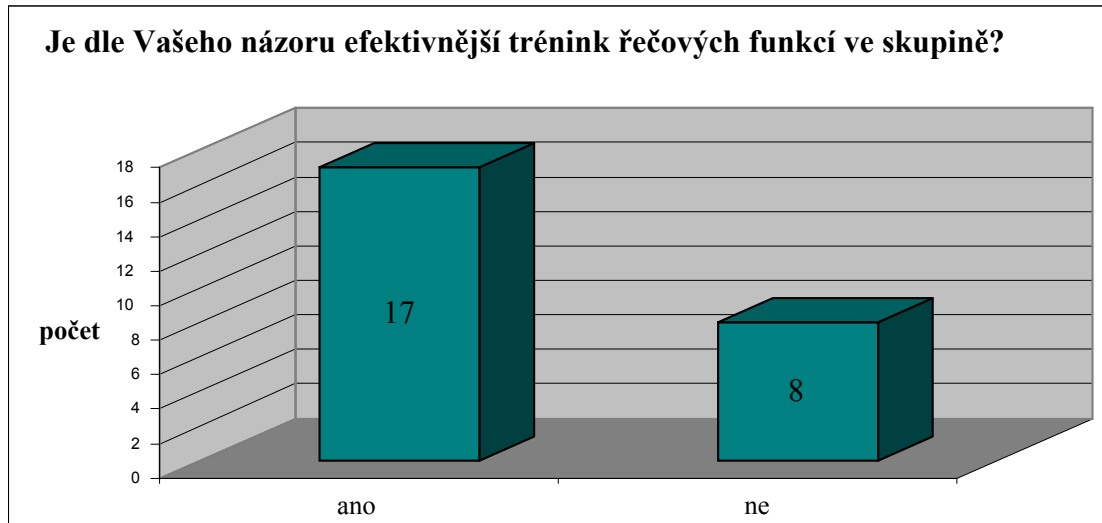
Graf č. 34 poskytuje informace o počtu účastníků, kteří provádějí orofaciální stimulaci. 19 respondentů svým klientům stimulaci orofaciální oblasti provádí. Šest odpovědělo záporně.

Graf č. 35 Kompenzační pomůcky



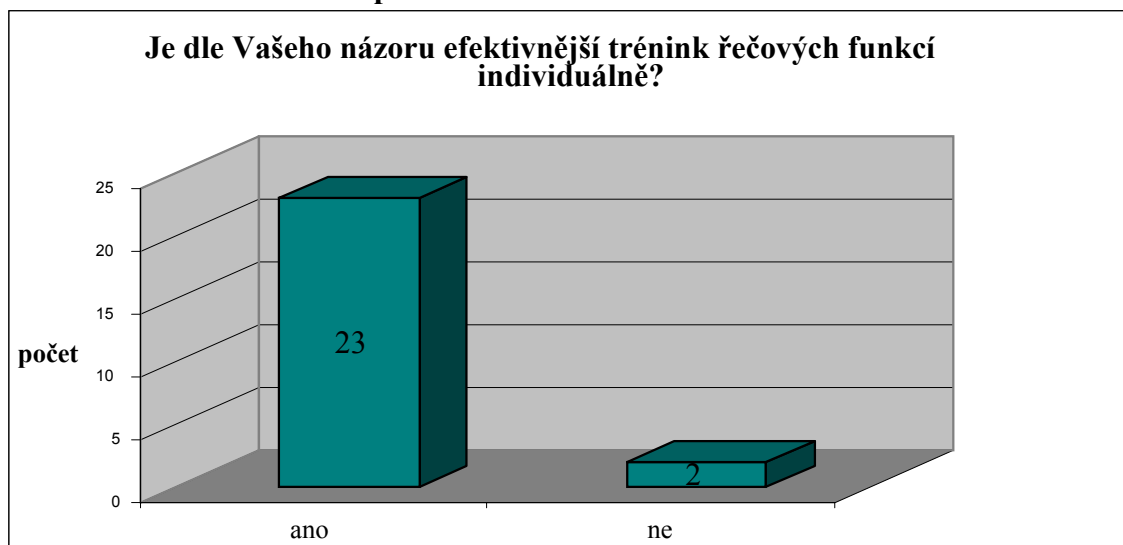
Tento graf č. 35 znázorňuje, zda respondenti svým klientům doporučují pomůcky ke komunikaci. 21 dotazovaných pomáhá osobám s poruchami fatických funkcí s výběrem pomůcek usnadňující komunikaci. Čtyři odpověděli záporně – žádné pomůcky nedoporučují. Následně jsem položila respondentům otevřenou otázku, jaké pomůcky doporučují. Úplně nejčastěji poskytují svým klientům komunikační tabulku. Dále respondenti doporučují piktogramy, kontakty na různé organizace, literaturu, afatický slovník na DVD, PC programy a mnoho dalších.

Graf č. 36 Skupinová terapie



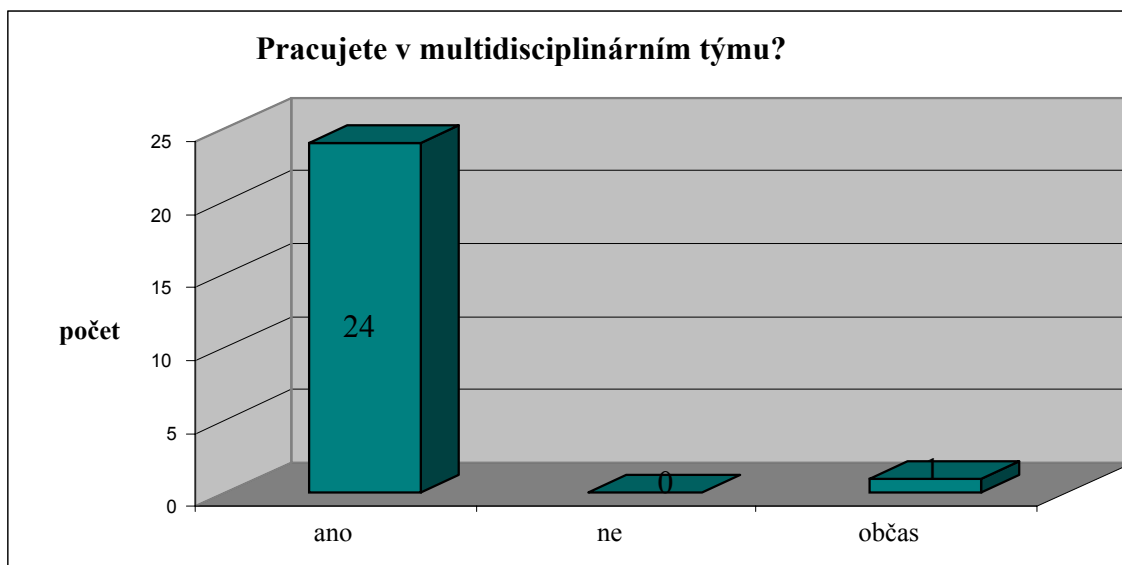
Graf č. 36 přináší odpověď na otevřenou otázku, zda účastníci výzkumu považují skupinovou terapii za efektivnější. 68 % to je 17 respondentů, je názoru, že řečové funkce by měly být trénovány ve skupině. 32 % (8) je opačného názoru.

Graf č. 37 Individuální terapie



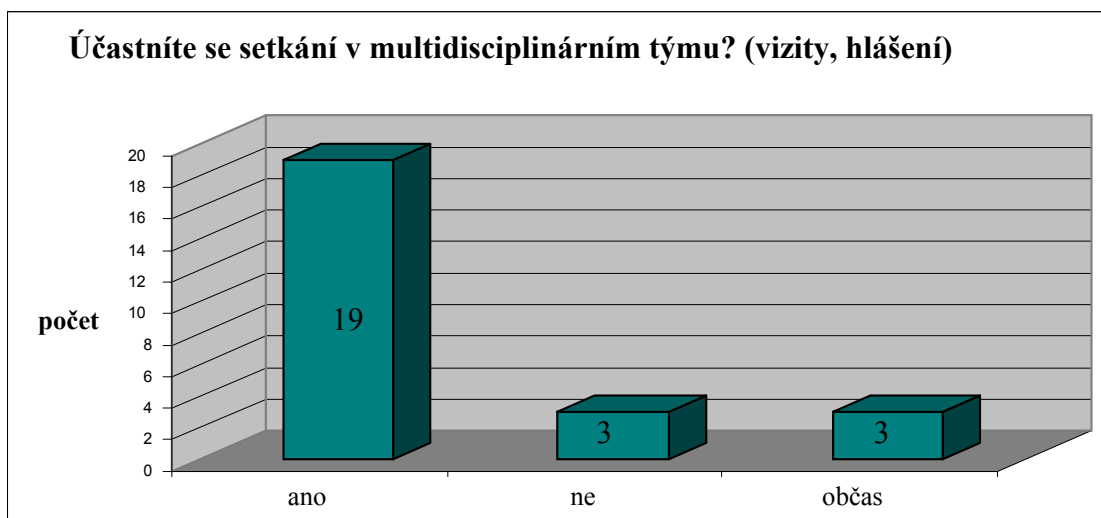
Z grafu č. 37 lze vyčíst názor na individuální formu terapie. Zde měli respondenti možnost odpovídat vlastními slovy. 92 % si myslí, že nácvik řeči je efektivnější v rámci individuálních terapií. 8 % je opačného názoru.

Graf č. 38 Multidisciplinární tým



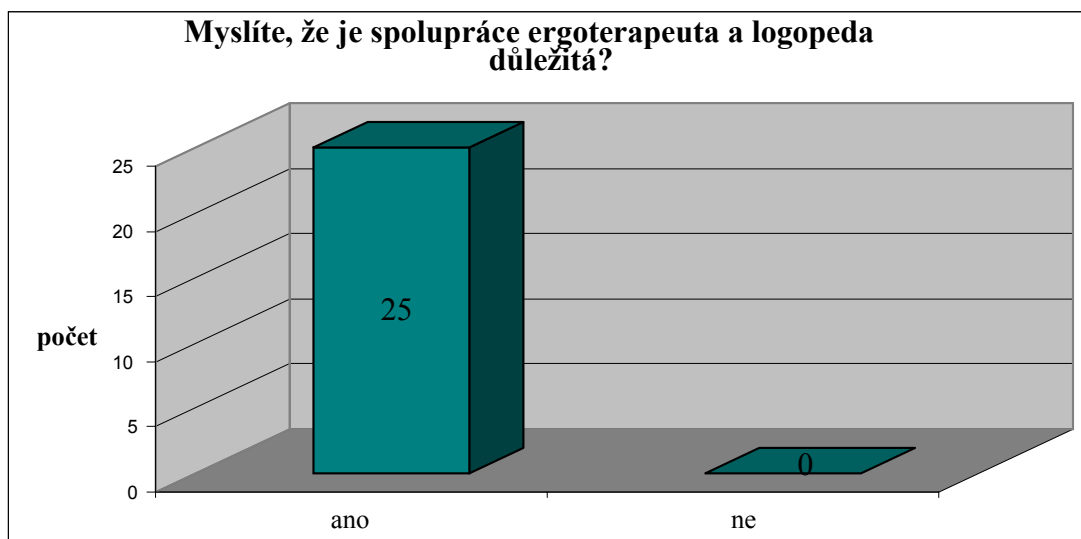
Graf č. 38 znázorňuje, že většina respondentů (24) z dotazovaných je součástí týmu specialistů. Pouze jeden člověk spolupracuje s ostatními odborníky jen občas. Zde mě velice potěšilo, že téměř všichni účastníci výzkumu jsou součástí týmu odborníků.

Graf č. 39 Multidisciplinární porady



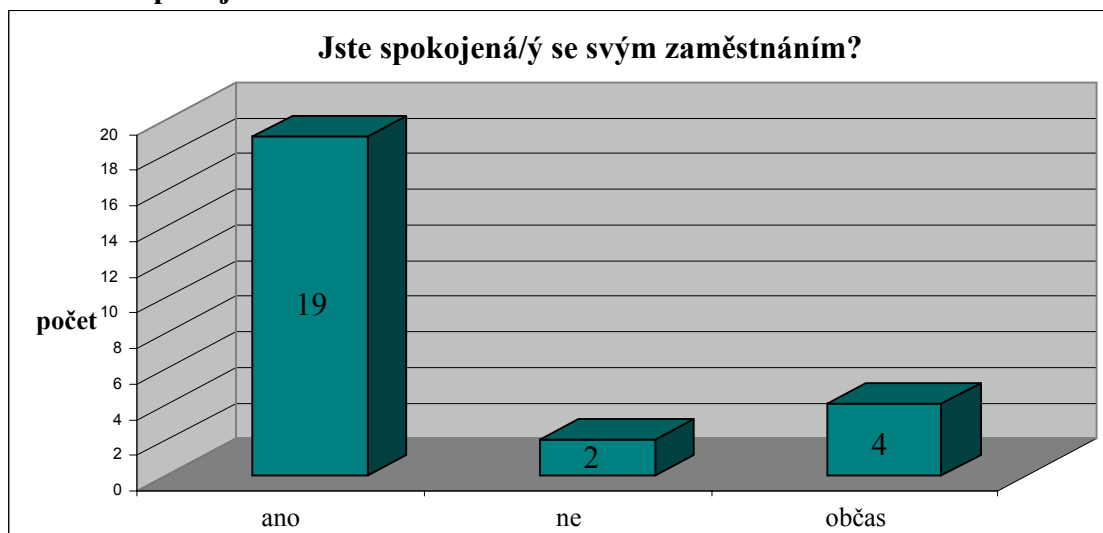
Graf č. 39 poukazuje na účast v multidisciplinárním týmu. Z 25 dotazovaných je 19 přítomných na společných poradách a hlášení, tři se neúčastní a tři občas. Zde je otázkou, proč pět respondentů, kteří označili, že v týmu pracují, se neúčastní odborných porad, které jsou základem komplexního přístupu v péči o klienta.

Graf č. 40 Názor na spolupráci týmu



Graf č. 40 poukazuje na názor respondentů na spolupráci klinického logopeda a ergoterapeuta. 100% dotazovaných, to je 25 respondentů, si myslí, že spolupráce logopeda a ergoterapeuta je důležitá a významná. Důvodem je z pohledu respondentů komplexní přístup ke klientovi a tím zlepšení jeho výsledků v léčbě.

Graf č. 41 Spokojenost se zaměstnáním



Z tohoto grafu č. 41 vyplývá spokojenost účastníků výzkumu se svým zaměstnáním. 19 respondentů naplňuje jejich zaměstnání, čtyři jsou spokojeni občas a dva jsou ve své práci nespokojeni.

3. 4. VÝSLEDKY

Demografická data

Dotazníkového šetření s názvem: Význam spolupráce klinického logopeda a ergoterapeuta u osob s poruchami fatických funkcí se zúčastnilo celkem 25 respondentů. Z toho odpovídalo 24 žen a jeden muž. Věková hranice se pohybovala od 20 do 60 let. 12 účastníků je ve věku mezi 20 – 29 lety. Sedm respondentů je do 40 let. Věk 40 – 49 označili tři účastníci a 50 – 59 let taktéž. Nejdelší praxi v oboru deset a více let má osm respondentů. Šest účastníků je v praxi 6-10 let. Délku praxe 3-5 let má sedm respondentů a čtyři pracují v oboru jen dva roky. Většina pracuje ve zdravotnickém (23) a státním (19) zařízení. Dva respondenti jsou zaměstnání ve školském a dva v sociálním zařízení. V soukromém sektoru je devět účastníků výzkumu. Ve 21 případech pracují respondenti na plný úvazek, zbytek (4) je zaměstnáno na úvazek částečný.

Část pro ergoterapeuta

Nejdříve jsem zjišťovala, jestli na pracovištích ergoterapeutů je logoped vůbec přítomen. Všichni, až na dva respondenty odpověděli kladně. Těch, kteří na svém pracovišti logopeda mají, jsem se ptala, jestli spolu pracují. Deset z 11 respondentů s logopedem pracuje. Jeden z účastníků logopeda nevyhledává. Dále mě zajímala frekvence spolupráce ergoterapeuta s klinickým logopedem. Nejčastěji ergoterapeut logopeda vyhledává v případě potřeby. Překvapilo mě, že dva z dotazovaných spolupracují s logopedem denně a jeden vůbec.

Část pro logopeda

V části určené logopedům, jsem pokládala stejné otázky jako ergoterapeutům. Velmi mě překvapilo, že čtyři logopedi z 12 nemají na svém pracovišti ergoterapeuta. Avšak když už ve svém zařízení ergoterapeuta mají, je spolupráce a spokojenost s ním 100 %. Spolupráce klinického logopeda nastává stejně jako u ergoterapeutů dle potřeby, jeden účastník je v kontaktu s ergoterapeutem denně. Dále mě zajímal způsob komunikace mezi těmito členy multidisciplinárního týmu. Nejvíce je upřednostňován osobní kontakt mezi

účastníky. Některé záležitosti vyřizují respondenti elektronickou cestou, nebo vyhledávají jiný způsob komunikace, jako je například využití telefonu.

Společné otázky:

Náplň práce s klienty

V části od otázky č. 22 až 37 jsem zjišťovala náplň práce s klienty. Zajímalo mě, jestli respondenti provádí orofaciální stimulaci. Kladně odpovědělo 21 respondentů. Dále jsem zjišťovala, kolik účastníků při své práci s klienty používá PC (12) a v případě kladné odpovědi, jaké počítačové programy. Nejčastěji jde o Mentio, Boardmaker, méně Neurop, Fono a Train the Brain. Šest odpovědělo, že žádné programy nevyužívá. Trénink kognitivních funkcí provádí 24 respondentů. Exekutivní funkce jsou procvičovány již méně, kladně odpovědělo 11 účastníků. Čtení, psaní, počítání a grafomotoriku trénuje většina z dotazovaných. Pátrala jsem i po tom, jestli a jaké doporučují respondenti svým klientům pomůcky. Jedná se především o komunikační tabulky, piktogramy, dvd a programy na PC. V neposlední řadě mě zajímal názor na skupinovou a individuální terapii.

Typ klientů

Bylo celkem pět otázek, týkajících se typu klientely, se kterou respondenti pracují. Všichni účastníci výzkumu odpověděli, že pracují s lidmi, kteří mají problém s fatickými funkcemi. 19 účastníků výzkumu označilo, že mají společné klienty. To znamená, že 11 ergoterapeutů a osm logopedů mají ve své péči stejné klienty. Respondenti se nejčastěji setkávají s lidmi s kombinovaným postižením (21). Dále poměrně často pracují s lidmi s fyzickým postižením (19). S osobami se smyslovým postižením je ve styku 10 respondentů. Devět účastníků výzkumu se stará o klienty s psychickým postižením a stejný počet respondentů označilo i postižení mentálního typu. Nejčastěji respondenti pracují s lidmi po cévní mozkové příhodě a traumatickém poškození mozku (20). Pět z dotazovaných se stará o klienty s dětskou mozkovou obrnou, autismem a vývojovými vadami. Dotazovaní pracují s lidmi, kteří jsou v zařízení hospitalizováni (18). Méně na terapie docházejí klienti ambulantně (14) a osoby navštěvující stacionář (8).

Spolupráce v týmu

Závěr dotazníku obsahoval otázky čtyři. Ve dvou případech jsem zjišťovala účast v multidisciplinárním týmu. 96 % to je 24 respondentů, pracuje v multidisciplinárním týmu. Jeden účastník označil, že je součástí jen občas. V další otázce jsem zjišťovala, zda se respondenti pracující v týmu účastní porad, hlášení či vizit. Na společných setkání je přítomno 76 % respondentů (19). Tři respondenti se účastní hlášení jen občas a tři z dotazovaných se na společných poradách nevyskytují vůbec. V teoretické části bylo řečeno, že odborníci v multidisciplinárním týmu vzájemně spolupracují na dosažení společných cílů. Pak pro mě vyplývá otázka, jak spolupráce u třech z dotazovaných v týmu probíhá, když se neúčastní pravidelného setkání s ostatními odborníky. Jedna ze závěrečných otázek se respondentů ptala, proč si myslí, že je spolupráce klinického logopeda a ergoterapeuta důležitá.

Spokojenost se spoluprací v týmu

V závěru dotazníku jsem respondentům položila otázku, co by v rámci spolupráce s logopedem/ergoterapeutem chtěli změnit. Většina (13 z 25) dotazovaných je se spoluprací spokojena a nemá potřebu něco měnit. V odpovědích se objevoval často názor, aby bylo větší zastoupení obou profesí v zařízeních, jejich dostupnost a především dostatek prostoru na společné konzultace. V rámci změn ve spolupráci jeden z respondentů uvedl, že je nezbytné vyjasnit si kompetence. Jeden z dotazovaných navrhl, aby logoped s ergoterapeutem byli povinnou součástí týmů všech zařízení, kteří se zabývají péčí o klienty po cévní mozkové příhodě. Zaznamenala jsem i mínění, že ergoterapeut není dostatečně přijímán, chybí na společných poradách a je na něj pohlíženo jako na „ošetřovatele“. Jeden z dotazovaných by doporučil více informací již na VŠ, především hlubší pohled do náplní a kompetencí oborů ergoterapie a logopedie.

4. DISKUZE

V teoretické části bylo již několikrát zmíněno, jak je v rehabilitaci týmová spolupráce všech odborníků nezbytná. Z dotazníkového šetření je zřejmé, že i respondenti považují spolupráci v multidisciplinárním týmu za velmi významnou. Avšak aby mohla vůbec nějaká spolupráce nastat, musí být tito odborníci na pracovišti přítomní.

V úvodu dotazníku mě velice potěšilo označení všech respondentů, že pracují v týmu. Z dalších otázek jsem ale zjistila, že to není zcela pravda. Velkým překvapením pro mě bylo, že čtyři logopedi z 12 nemají na svém pracovišti ergoterapeuta, proto žádná spolupráce nemůže ani nastat. Ale přesto se domnívají, že užší spolupráce by pro klienty byla jen přínosná. 96 % respondentů pracuje v multidisciplinárním týmu. Na společných setkání je přítomno o 20 % respondentů méně. V teoretické části bylo řečeno, že odborníci v multidisciplinárním týmu vzájemně spolupracují na dosažení společných cílů. Za základ kvalitní spolupráce považují přítomnost na pravidelných poradách. V mém výzkumu tři respondenti označili, že se účastní hlášení jen občas a tři z dotazovaných se na společných poradách nevyskytují vůbec. Pak pro mě vyplývá otázka, jak spolupráce u třech z dotazovaných v týmu probíhá, když se neúčastní pravidelného setkání s ostatními odborníky.

Hlavním cílem bylo zjistit význam a možnosti spolupráce klinického logopeda a ergoterapeuta u osob s poruchami fatických funkcí. Tento cíl se mi dle mého názoru podařilo alespoň z části splnit. Důkazem je odpověď respondentů na otevřenou otázku, v čem spatřují důležitost spolupráce klinického logopeda s ergoterapeutem. Obecně si respondenti myslí, že vzájemná provázanost jednotlivých profesí, v jejichž středu zájmu je klient, vede k lepším výsledkům rehabilitace. Spoluprací klinického logopeda a ergoterapeuta se docílí efektivnější komunikace s klientem a výběr vhodnějšího způsobu kompenzace. Mezi nejhlavnější důvody, proč je spolupráce logopeda a ergoterapeuta důležitá, se objevoval názor, že vzájemná práce otevírá spoustu možností a zkušeností, jak člověku s narušenou komunikační schopností nejlépe pomoci. Logopedie s ergoterapií v některých případech souvisí a to přináší možnost řešení problémů z různých úhlů. Ergoterapeut zná klienta z jedné strany, logoped zase ze strany druhé. Vzájemně si sdělují informace o chování klienta, domlouvají plán a cíl léčby. Účastníci výzkumu multidisciplinární tým spatřují v komplexním přístupu ke klientovi a zvyšování kvality péče o něj. Práce v týmu přináší mnoho benefitů jak klien-

tům samotným, tak i spolupracovníkům. Jeden obor nikdy nemůže obsáhnout to, co multidisciplinární spolupráce.

Všichni se shodují, že jedině léčení týmem odborníků má smysl. Mnoho dotazovaných je toho názoru, že se ergoterapie s logopedií v lecčem prolíná a proto spolupráce je zde důležitá. Jak ergoterapeut, tak i logoped provádí trénink kognitivních funkcí jako je paměť, pozornost, orientace, koncentrace, myšlení a řeč. Dále provádí nácvik grafomotoriky a oromotoriky. Ergoterapeut může podporovat logopedický trénink.

Možnosti spolupráce klinického logopeda a ergoterapeuta mají mnoho podob, záleží na typu postižení, věku, pohlaví a dalších aspektech. Některé z možností byly nastíněny v teoretické části této bakalářské práce. Příkladem je společný výběr a nabídka různých druhů pomůcek ke zlepšení komunikace. Oba specialisté jsou v kontaktu s rodinou, která může oběma poskytnout spoustu cenných informací o klientovi. V neposlední řadě si sdělují postřehy a výsledky získané během terapií. Jinak se člověk může projevovat při terapiích u logopeda, jinak se může chovat na ergoterapii. Jak logoped, tak i ergoterapeut pozitivně klienta motivují k dalšímu tréninku řeči a komunikace. Další spolupráce může nastat během skupinové terapie, které se mohou zúčastnit oba odborníci. V literatuře bylo popsáno, že logoped má ve skupině roli facilitátora. Avšak někteří klienti mají problém s rozuměním, proto je nezbytné, aby během skupinové terapie byl přítomen člověk, který by těmto lidem pomohl. Ergoterapeut by mohl tuto funkci významně zastat.

U otázek skupinové a individuální terapie jsem zaznamenala největší rozpor. Literatura vyzdvihuje terapii skupinovou. Celkový počet respondentů, kteří označili skupinovou terapii za efektivnější, je 17 z 25. Respondenti jsou toho názoru, že skupinová terapie je efektivní až v chronické fázi onemocnění. Podle účastníků výzkumu skupina přináší možnost srovnání s ostatními členy, kteří mají stejný problém. Poskytuje interakci s druhými, klienti mají možnost zjistit, že i ostatní mají stejné, někdy i mnohem horší problémy. Skupina poskytuje nové, nenasimulované situace. Naproti tomu stojí terapie individuální, kterou jako efektivní označilo 23 respondentů. Individuální terapii účastníci výzkumu označili jako nejefektivnější v akutním stadiu nemoci. Respondenti se domnívají, že během individuální terapie je klient klidnější, soustředěnější a nemá pocity studu před ostatními. Terapeut má možnost zaměřit se na oblasti, které klientovi činí potíže, může po-

skytnout zpětnou vazbu, sledovat provedení úkolu a ihned reagovat. Většina respondentů se shodla, že obě varianty jsou efektivní. Jak skupinová, tak i individuální terapie má svůj přínos. Avšak je nesmírně důležité myslet na fakt, že každý člověk je jiný. Je nezbytné brát ohled na lidskou individualitu, potřeby člověka, druh a stupeň fatické poruchy. Obecně však lze říci, že individuální terapie navazuje na skupinovou.

Z mého dotazníkového šetření plyne, že spolupráce logopeda a ergoterapeuta u osob s afázií je nezbytná a vede k lepším výsledkům rehabilitace. První hypotéza se dle mého potvrdila. Všichni respondenti jsou toho názoru, že spolupráce ergoterapeuta a logopeda významná je. O tom není pochyb. Nejvíce mě o tom přesvědčila jedna ze závěrečných otázek, ve které jsem se respondentů ptala, proč si myslí, že spolupráce logopeda a ergoterapeuta je důležitá. Účastníci měli možnost odpovídat svými slovy a nejvíce se shodovali v názoru, že díky vzájemné spolupráci lze dosáhnout efektivnější komunikace, vhodnější kompenzace a lepších výsledků rehabilitace vůbec. Avšak problém nastává v praxi. Ne vždy se oba odborníci na společném pracovišti nacházejí. Buď se na pracovišti ergoterapeuta nevyskytuje logoped a naopak, nebo v horším případě jsou v zařízení oba odborníci, avšak spolu z různých důvodů nespolupracují.

Druhá hypotéza je dle mého názoru potvrzena taktéž. V některých případech se práce logopeda a ergoterapeuta úzce prolíná, což umožňuje pohlížet na člověka ze dvou úhlů. Proto by dle mého mínění měli tito odborníci spolupracovat, aby přístup ke klientovi byl komplexní. Soběstačnost v komunikaci lze zlepšit pomocí pravidelného tréninku, který provádí oba obory. Pokud nelze poruchu řeči vyřešit definitivně, přicházejí na řadu kompenzace v podobě doporučení různých pomůcek. Pomůcky doporučuje jak ergoterapeut, tak i logoped. O tom jsem se přesvědčila i u otázky č. 37, kdy 21 respondentů z 25 odpovědělo, že doporučuje pomůcky ke zlepšení komunikace. Nejčastěji se jedná o komunikační tabulky, piktogramy, kontakty na různé organizace, literaturu, afatický slovník na DVD, PC programy a další. Orofaciální stimulace má taktéž pozitivní vliv na zlepšení komunikace. Toto provádějí též obě odvětví. 19 z 25 respondentů kladně odpovědělo, že stimulaci orofaciální oblasti provádí.

Mými dílčími cíli bylo zjistit, jaká je role ergoterapeuta a klinického logopeda u osob s poruchami fatických funkcí. Vzhledem k tomu, že jsem utvořila jeden společný dotazník, zjistit roli ergoterapeuta a logopeda z anonymního dotazníku bylo obtížné. Proto si

nyní uvědomuji, že jsem měla zůstat u první varianty a použít dotazníky dva. Jeden pro klinického logopeda a druhý pro ergoterapeuta. S ohledem na fakt, že toto je mé první dotazníkové šetření, beru to jako ponaučení pro další výzkumy.

5. ZÁVĚR

Mou hlavní náplní a cílem práce bylo zjišťování významu spolupráce klinického logopeda a ergoterapeuta u osob s narušenou komunikační schopností. Výzkum jsem prováděla pomocí dotazníku rozeslaného logopedům a ergoterapeutům na různé typy pracovišť. Na počátku jsem definovala problém, týkající se nedostatečné spolupráce klinického logopeda a ergoterapeuta v rámci multidisciplinárního týmu u osob s poruchami fatických funkcí. Samozřejmě že nezbytná je spolupráce všech odborníků v týmu, avšak já jsem se ve své práci zaměřila na dva specialisty a to klinického logopeda a ergoterapeuta. Hlavním důvodem je fakt, že pro ergoterapeuta je během terapií určitý způsob komunikace nezbytný. Ergoterapeut se musí s klientem nějakým způsobem domluvit na plánu a cíli léčby. Role ergoterapeuta a klinického logopeda u osob s poruchami řeči je především trénink dané poruchy a doporučení kompenzačních pomůcek.

Respondenti se shodovali v názoru, že ergoterapie se s logopedií v mnoha situacích prolíná. Společná práce klinického logopeda a ergoterapeuta je pro osoby s narušenou komunikační schopností více než přínosná. Oba odborníci si kladou stejný cíl. Vrátit člověka s narušenou komunikační schopností zpět do stavu, ve kterém se nacházel před onemocněním a tím zvýšit kvalitu jeho života. Z toho plyne, že spolupráce v rámci multidisciplinárního týmu je důležitá a v dalších letech by se měla jen prohlubovat, aby rehabilitace byla co nejefektivnější. Jen kompletní tým odborníků může klientovi poskytnout dokonalou péči.

Svou bakalářskou práci považuji za významnou především z pohledu na zamyšlení nad fungováním multidisciplinárního týmu, což by mělo být v dnešní době už samozřejmostí. Avšak stále tomu tak dosud v některých zařízeních není. Proto by bylo velkým přínosem, kdyby tento tým v budoucnu na každém pracovišti, byť menším, či větším správně plnil svou funkci.

6. SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

1. CSÉFALVAY, Z. *Aplikácia kognitívno-neuropsychologického prístupu v terapii afázie: možnosti a limity*. Diagnostika a terapie poruch komunikace. 2003, 1, s. 12 – 16
2. CSÉFALVAY, Z. *Pragmatické prístupy v intervencii afázie*. Diagnostika a terapie poruch komunikace. 2000, 4, s. 3 – 10.
3. CSÉFALVAY, Z. a kol. *Terapie afázie, teorie a případové studie*. 1. vydání. Praha, 2007. ISBN 978-80-7367-316-1
4. CSÉFALVAY, Z., TRAUBNER, P. *Afaziologia pre klinickú prax*. Martin, 1996 ISBN 80-217-0377-6
5. ČEHÁČKOVÁ, M., *Získané organické řečové poruchy komunikace. Afázie*. In: ŠKODOVÁ, E., JEDLIČKA, I., a kol. *Klinická logopedie*. 1. vydání. Praha, 2003. ISBN 80-7178-546-6
6. DOMAN, G., *Jak pečovat o vaše postižené dítě*. Olomouc, 1997. ISBN 80-7198-390-X
7. FAKTOROVÁ, M. *Ergoterapie u pacientů po CMP*. Diagnóza. 2000, 3, s. 12.
8. FULLER, G. *Neurologické vyšetření snadno a rychle*. 1. české vydání. Praha, 2008. ISBN 978-80-247-1914-6
9. GANGALE, D. C. *Rehabilitace orofaciální oblasti*. 1. vydání. Praha, 2004. ISBN 80-247-0534-6
10. GOODGLASS, H., KAPLAN, E., *Boston diagnostic examination for aphasia*. Philadelphia, Lea and Febiger, 1983.
11. HERZIG, R. *Ischemické cévní mozkové příhody*. Praha, 2008. ISBN 978-80-7345-148-6
12. CHALLONER, J. *Mozek*. 1. vydání. Praha, 2007. ISBN 978-80-7254-986-3
13. JERSÁKOVÁ, A. *Používání kompenzačních pomůcek (nejen v domácím prostředí) z pohledu ergoterapeuta*. Diagnóza v ošetrovatelství, 2005, 3, s. 120-121
14. JERSÁKOVÁ, A. *Uplatnění ergoterapie u afatických pacientů. Návrh RHB programu pro vybrané pacienty denního stacionáře KRL*. Praha, 2001. Diplomová práce na 1.lékařské fakultě Univerzity Karlovy. Vedoucí diplomové práce: Mária Faktorová
15. KATZ, N. *Cognition and occupation in rehabilitation: cognitive models for intervention in occupational therapy*. 1. vydání. Bethesda, 1998. ISBN 1-56900-085-9
16. KIML, J. *Afázie a reedukace řeči*. Praha, SZdN 1969
17. KLENKOVÁ, J., *Logopedie*. 1. vydání. Praha, 2006. ISBN 80-247-1110-9

18. KODZIOLKOVÁ, J. *Role ergoterapeuta při práci s pacientem po cévní mozkové příhodě*. Diagnóza v ošetrovatelství. 2005, 3, s. 118 – 119.
19. KOHOUTOVÁ, M. *Hodnocení soběstačnosti v ADL*. Předmět Teorie ergoterapie. Akad. rok 2006/2007
20. KOLÁŘ, P. *Při rehabilitaci nemůže být pacient pasivní*. Sestra, 2005, 10, S. 51-52.
21. KONEŠOVÁ, H. *Afázie a faktory ovlivňující její terapii*. Brno, 2006. Diplomová práce na Pedagogické fakultě Masarykovy univerzity. Vedoucí diplomové práce: Jiřina Klenková
22. KRAUSOVÁ, Z. *Úvod do hodnocení ADL*. Předmět Teorie ergoterapie. Akad. rok 2006/2007
23. KRÝLOVÁ, E. *Logopedická péče o pacienty po CMP*. Diagnóza, 2000, 3, s. 13
24. KUBOVÁ, L. *Alternativní komunikace, cesta ke vzdělávání těžce zdravotně postižených dětí*. Praha, 1996. ISBN 80-902134-1-3
25. KULIŠŤÁK, P. *Afázie*. 1. vydání. Praha, 1997. ISBN 80-85875-38-1.
26. KULIŠŤÁK, P. *Neuropsychologie*. 1. vydání. Praha, 2003. ISBN 80-7178-554-7.
27. LECHTA, V. a kol. *Terapie narušené komunikační schopnosti*. 1. vydání. Praha, 2005. ISBN 80-7178-961-5.
28. LIPPERT-GRÜNER, M. *Neurorehabilitace*. 1. vydání. Praha, 2005. ISBN 80-7262-317-6
29. LIPPERT-GRÜNER, M. *Trauma mozku a jeho rehabilitace*. 1. vydání. Praha, 2009. ISBN 978-80-7262-569-7
30. MIOVSKÝ, M. *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu*. 1. vydání. Praha, 2006. ISBN 80-247-1362-4
31. NEUBAUER, K. *Neurogení poruchy komunikace u dospělých: diagnostika a terapie*. 1. vydání. Praha, 2007. ISBN 978-80-7367-159-4
32. PEUTELSCHMIEDOVÁ, A. *Logopedické minimum*. 2. vydání. Olomouc, 2005. ISBN 80-244-1233-0
33. *Rehabilitace po cévní mozkové příhodě: průvodce nejen pro rehabilitační pracovníky*. 1. vydání. Praha, 2004. ISBN 80-247-0592-3
34. SLOWÍK, J. *Speciální pedagogika*. 1. vydání. Praha, 2007. ISBN 978-80-247-1733-3

35. VOLÍKOVÁ, K. *Logopedická péče o dospělé osoby s poruchami řečové komunikace*. Brno, 2006. Diplomová práce na Pedagogické fakultě Masarykovy Univerzity. Vedoucí diplomové práce: Bytešnicková Ilona.
36. VOTAVA, J. *Rehabilitace osob po cévní mozkové příhodě*. Neurologie pro praxi, 2001, 4, S.184 – 189.
37. VYŠTEJN, J. *Vady výslovnosti*. 1. vydání. Praha, 1991. ISBN 80-04-24504-8

Internetové zdroje:

1. KOUBKOVÁ, D. *Ergoterapie: důležitá součást ucelené rehabilitace*. [online]. c2007-2009, [cit. 2009-09-02]. Dostupné na: <http://www.zdn.cz/clanek/ergoterapie-dulezita-soucast-ucelene-rehabilitace-422441>
2. Autor neznámý. *Mozková příhoda*. [online]. Léčba cévní mozkové příhody. [cit. 2009-10-15]. Dostupné na: http://www.mozkovaprihoda.cz/jnp/cz/lecba_cmp/lecba_cevni_mozkove_prihody.html
3. ŠOSOVÁ, H. *Rehabilitační tým*. [online]. Rehabilitace. [cit. 2009-11-12]. Dostupné na <http://www.reha-arnika.cz/reha/Vzdelavani%20rehabilitace/tema.doc>
4. ŠVESTKOVÁ, O. a kol. *Metodiky hodnocení psychosenzomotorického potenciálu*. [online]. c2008. Komora. [cit. 2009-09-25]. Dostupné na <http://www.komora.cz/download.aspx?dontparse=true&FileID=1612>
5. WIKIPEDIE: otevřená encyklopedie. [online]. Posl.editace 13. 10. 2009 [cit. 2009-11-15]. Kvantitativní výzkum. Dostupné na: http://www.cs.wikipedia.org/wiki/Kvantitativn%C3%AD_v%C3%BDzkum

7. PŘÍLOHY

Příloha č. 1: Přehled vad a poruch řeči

Příloha č. 2: Přehled afázií

7.1. Přehled vad a poruch řeči (Slowík, 2007)

Centrální vady a poruchy	
Vývojová dysfázie	Opožděný vývoj řeči s výrazně narušenou schopností sluchového rozlišování, vnímání a chápání řeči, stavby vět a výraznými agramatismy (má většinou dobrou prognózu vývoje a nápravy)
Afázie	Narušení již vyvinuté schopnosti porozumění a produkce řeči zpravidla po organickém poškození levé mozkové hemisféry (nejčastěji u dospělých osob po cévní mozkové příhodě, úrazu hlavy, nádorech apod.)
Breptavost (tumultus sermonis)	Enormě rychlá, artikulačně nedbalá a proto špatně srozumitelná řeč (porucha tempa řeči) – bývá spojena s drobným organickým poškozením mozku (podle nálezu EEG)
Koktavost (balbuties)	Porucha plynulosti řeči, patrná především v dialogu, projevující se tonickými, klonickými nebo smíšenými křečemi svalstva mluvních orgánů, může být doprovázena koverbálními projevy chování

Neurotické vady a poruchy	
Mutismus	Oněmění, příčinou bývá např. psychické trauma, k terapii je nezbytná psychologická pomoc
Selektivní mutismus	Výběrová nemluvnost vůči konkrétní osobě (otec, matka, učitel) nebo v určité situaci nebo prostředí (např. škola), příčinou jsou často nevhodné výchovné přístupy k dítěti, po odeznění negativních faktorů je prognóza velmi dobrá
Surdomutismus	Neurotická ztráta řeči spojená s útlumem slyšení, s projevy nápadné živé schopnosti odezírat řeč podle mimiky a úst mluvícího, a to na bázi nevědomého slyšení

Vady mluvidel	
Huhňavost (rhinolalia)	Patologicky snížená rezonance hlasité řeči buď vlivem překážky v nose nebo nosohltanu či v důsledku poruchy patrohltanového uzávěru
Patolálie	Porucha výslovnosti při rozštěpu patra, po operativní léčbě má dítě dobrou prognózu nápravy

Poruchy artikulace	
Dyslalie	Patologická forma výslovnosti některých hlásek, resp. jejich nahrazování jinými hláskami (paralálie) nebo vynechávání hlásek (mogilálie), jednotlivé typy dyslalie se označují podle písmen řecké abecedy
Dysartrie	Celková porucha artikulace (doprovází např. DMO, Parkinsonovu nemoc apod.), postiženy jsou řečové funkce, ne přímo fatická mozková centra

Poruchy hlasu	
Chraptivost (dystonie)	Porucha způsobená zpravidla patologickými změnami na hlasivkách
Mutace	Nejčastěji jako fyziologická změna doprovázející změnu hlasového rejstříku při dynamickém vývoji hlasových orgánů v období puberty

Symptomatické vady a poruchy	
Vady a poruchy řeči způsobené jiným primárním postižením (např. nedoslýchavostí, mentálním postižením)	

7.2. Příloha č. 2

Přehled afázií (Cséfalvay a kol., 2007)

Klinický syndrom afázie	Spontánní řeč	Porozumění řeči	Opakování	Pojmenování
Brocova afázie	Nonfluentní agramatická parafázie	Lehké až těžké poruchy	narušeno	Narušeno
Globální afázie	Absentuje řečová stereotypie	Těžce narušeno	Těžce narušeno	Těžce narušeno
Transkortikální motorická afázie	Nonfluentní echolalická	Lehké až středně těžké poruchy	Nenarušeno, případně lehce narušeno	Narušeno
Smíšená transkortikální afázie	Nonfluentní řečové stereotypie	Těžce narušeno	Zachováno, mírně narušeno	Narušeno
Wernickeho afázie	Fluentní parafázie, neologismy	Těžce narušeno	Narušeno	Narušeno
Kondukční afázie	Fluentní	Lehce narušeno	Výrazně narušeno, fonemická parafázie	Lehce narušeno
Amnestická afázie	Fluentní anomické pauzy	Lehce narušeno	Zachováno	Narušeno
Transkortikální sensorická afázie	Fluentní echolalická	Těžké poruchy	Zachováno, echolálie	Narušeno

EVIDENCE VÝPŮJČEK

Prohlášení:

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

V Praze, 30.11. 2009

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

Jméno	Ústav / pracoviště	Datum	Podpis

**Univerzita Karlova v Praze, 1. lékařská fakulta
Kateřinská 32, Praha 2**

**Prohlášení zájemce o nahlédnutí
do závěrečné práce absolventa studijního programu
uskutečňovaného na 1. lékařské fakultě Univerzity Karlovy v Praze**

Jsem si vědoma, že závěrečná práce je autorským dílem a že informace získané nahlédnutím do zveřejněné závěrečné práce nemohou být použity k výdělečným účelům, ani nemohou být vydávány za studijní, vědeckou nebo jinou tvůrčí činnost jiné osoby než autora.

Byla jsem seznámena se skutečností, že si mohu pořizovat výpisy, opisy nebo kopie závěrečné práce, jsem však povinen/a s nimi nakládat jako s autorským dílem a zachovávat pravidla uvedená v předchozím odstavci.

V Praze dne 30. 11. 2009

jméno a příjmení zájemce