Komunikační bariéra u osob se získanou dysartrií

Leona Koštuříková

Bakalářská práce
2008

Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
Fakulta humanitních studií

Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
Fakulta humanitních studií
Ústav zdravotnických studií
akademický rok: 2007/2008

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE
(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: **Leona KOŠTUŘÍKOVÁ**
Studijní program: **B 5341 Ošetřovatelství**
Studijní obor: **Všeobecná sestra**

Téma práce: **Komunikační bariéra u osob se získanou dysartrií**

Zásady pro vypracování:

V teoretické části studentka shromáždí literaturu týkající se poruchy řeči-dysartrie.
Získané informace zpracuje.
V praktické části stanoví cíle a hypotézy.
Vypracuje dotazník a realizuje průzkum u zvolené skupiny respondentů.
V závěru vyhodnotí informace získané dotazníkovým šetřením.
Vyvodí závěry ze šetření a vyhodnotí hypotézy.

Rozsah práce:

Rozsah příloh:

Forma zpracování bakalářské práce: **tištěná/elektronická**

Seznam odborné literatury:

ŠKODOVÁ, Eva; JEDLIČKA, Ivan a kol. Klinická logopedie. 1. vyd. Praha: Portál, 2003. 612 s. ISBN 80-7178-546-6.
LECHTA, Viktor. Diagnostika narušené komunikační schopnosti. 1. vyd. Praha: Portál, 2005. 386 s. ISBN 80-7178-961-5.
PEUTELSCHMIEDOVÁ, Alžběta. Logopedické minimum. 1. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 70 s. ISBN 80-244-0258-0.
NEUBAUER, Karel. Poruchy řečové komunikace u dospělých osob. Praha: AKL ČR, 1997. 52 s.
PLHÁKOVÁ, Alena. Učebnice obecné psychologie. Praha: Academia, 2004. 472 s. ISBN 80-200-1086-6.
DVOŘÁK, Josef. Logopedický slovník. 1. vyd. Žďár nad Sázavou: Logopaedia clinica, 1998. 192 s.

Vedoucí bakalářské práce: **Mgr. Renata Mlčochová**

Datum zadání bakalářské práce: **31. ledna 2008**

Termín odevzdání bakalářské práce: **30. května 2008**

Ve Zlíně dne 31. ledna 2008

UNIVERZITA TOMÁŠE BATI VE ZLÍNĚ
Fakulta humanitních studií

L.S.

prof. PhDr. Vlastimil Švec, CSc.
děkan

MUDr. František Grossmann, CSc.
ředitel ústavu

ABSTRAKT

Ve své bakalářské práci se zabývám problematikou osob se získanou dysartrií.

V teoretické části se zaměřuji na komunikaci a její možné poruchy, popisuji bariéry vyskytující se při běžné komunikaci. Dále se věnuji samotnému onemocnění - dysartrii, alternativní a augmentativní komunikaci a komunikačním schopnostem sestry.

V praktické části se zabývám komunikačními bariérami u těchto osob a možnostmi využívání kompenzačních pomůcek.

Klíčová slova: řeč, komunikace, dysartrie, komunikační bariéra, alternativní komunikace, augmentativní komunikace, kompenzační pomůcky

ABSTRACT

In my Bachelors thesis I concern with problems of people with obtained dysarthria.
In the teoretical part I focused on communication and its possible disorders. I describe barriers occuring in common communication. I also turn to disorder itself - dysarthtria, alternative and augmentative communication and communication ability.
In the practical part I concern with communication barriers by these people and option of compensation aid usage.

Keywords: speech, communication, dysarthria, communication barrier, alternative communication, augmentative communication, compensation aids

Motto:

„Lidská řeč je tím největším hřištěm, které je nám otevřeno, a každý z nás je tu hráčem, rozhodčím i divákem zároveň.“

Josef Brukner

Poděkování:

Děkuji Mgr. Bc. Renatě Mlčochové za odborné vedení, cenné rady a připomínky při zpracování mé bakalářské práce.

Ve Zlíně dne 20.5.2008 ……..……

Leona Koštuříková

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracovala samostatně a všechny použité prameny jsem uvedla v seznamu literatury.

Souhlasím, aby moje bakalářská práce byla půjčována ke studijním účelům a byla citována dle platných norem.

Ve Zlíně dne 20.5.2008 ……..……

Leona Koštuříková

OBSAH

ÚVOD **6**

I TEORETICKÁ ČÁST **7**

1 KOMUNIKACE **8**

1.1 ŘEČOVÁ KOMUNIKACE, ŘEČ, JAZYK 8

1.2 NARUŠENÁ KOMUNIKAČNÍ SCHOPNOST 10

1.3 BARIÉRY V KOMUNIKACI 13

1.3.1 Přirozené bariéry komunikace 13

1.3.2 Patologické bariéry komunikace 13

2 DYSARTRIE **15**

2.1 VÝVOJOVÁ DYSARTRIE 15

2.2 ZÍSKANÁ DYSARTRIE 15

2.2.1 Etiologie 16

2.2.2 Příznaky 16

2.2.3 Typy získané dysartrie 16

2.2.4 Diagnostika 18

2.2.5 Terapie 19

2.2.5.1 Metody a prostředky logopedické terapie 19

2.2.5.2 Principy terapie u dospělých osob 21

3 KOMUNIKACE KLIENTA S DYSARTRIÍ **22**

3.1 AUGMENTATIVNÍ A ALTERNATIVNÍ KOMUNIKACE 22

3.2 POMŮCKY 23

3.2.1 Systémy bez pomůcek 23

3.2.2 Systémy s pomůckami 23

3.2.2.1 Systémy grafických symbolů 23

3.2.2.2 Technické pomůcky s hlasovým výstupem 25

3.2.2.3 Notebook 25

4 KOMUNIKACE Z POHLEDU ZDRAVOTNÍ SESTRY **26**

4.1 KOMUNIKAČNÍ DOVEDNOSTI SESTRY 26

4.2 SPECIFIKA KOMUNIKACE U KLIENTŮ S DYSARTRIÍ 27

4.3 SOCIÁLNÍ DŮSLEDKY PRO KLIENTA A JEHO RODINU 29

5 LOGOPEDIE **32**

5.1 VYMEZENÍ OBORU LOGOPEDIE 32

5.2 ORGANIZACE LOGOPEDICKÉ PÉČE V ČR 32

5.2.1 Logopedická péče v rezortu zdravotnictví 33

II PRAKTICKÁ ČÁST **34**

6 STANOVENÍ CÍLŮ A HYPOTÉZ PRÁCE **35**

7 METODOLOGIE VÝZKUMU **36**

7.1 PRŮBĚH VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ 36
7.2 CHARAKTERISTIKA VÝZKUMU 36
7.3 NÁVRATNOST DOTAZNÍKŮ 36
7.4 ZPRACOVÁNÍ DAT 36
8 ZPRACOVÁNÍ VÝSLEDKŮ DOTAZNÍKOVÉHO ŠETŘENÍ 37
8.1 ZHODNOCENÍ HYPOTÉZ 60
9 ŘEŠENÍ PROBLÉMU, DOPORUČENÍ PRO PRAXI 62
9.1 NÁVRH ŘEŠENÍ 62
10 ZÁVĚR 63
SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY 64
SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK 66
SEZNAM GRAFŮ 67
SEZNAM TABULEK 68
SEZNAM OBRÁZKŮ 69
SEZNAM PŘÍLOH 70

ÚVOD

Řeč je jednou z dovedností, kterou používáme denně. Dorozumívat se mluvenou řečí patří mezi specificky lidské schopnosti a lidé to obvykle považují za zcela samozřejmé. Jsou však mezi námi i ti, kteří z nejrůznějších důvodů mluvenou řečí komunikovat nemohou vůbec, nebo pouze v omezené míře. Potřeba dorozumívat se s ostatními je velmi důležitá pro každého z nás. Proto se snažíme hledat náhradní způsoby, kterými by tito lidé mohli vyjadřovat všechno, co obvykle vyjadřují mluvenou řečí a mohli tak aktivně ovlivňovat svůj život, své okolí a dále se rozvíjet. [18]

Lidé s poruchami řeči jsou v každém okamžiku svého aktivního života vystavováni psychickým stresům z komunikace, zejména při navazování sociálních kontaktů a nejsou schopni se bez odborné pomoci začlenit do společnosti. Mají strach z komunikace, nejsou schopni sami překonávat psychické bariéry a obavy ze selhání v komunikaci. U dospělých jedinců a seniorů se jedná často o zásadní životní změnu, která vznikla následkem mozkové příhody nebo úrazu hlavy. Kdy jinak zdravý, pracující a samostatný člověk ztrácí zcela kontrolu nad sebou samým a dostává se do izolace. Postižený jedinec často není schopen vyjádřit svoje základní pocity, přání a myšlenky. Narušena je komunikace s celou rodinou i okolím a bez odborné pomoci není možné dosáhnout zlepšení. Kvalitu života těchto lidí pozitivně ovlivňuje nezávislost v denních aktivitách, soběstačnost a schopnost dostatečně komunikovat. [17]

Včasné zahájení léčby je pro průběh logopedické péče zásadní. Cílem je maximalizovat komunikační schopnosti a zachovat si dobrou kvalitu života.

Setkáme-li se v životě s člověkem, který má poruchu řeči, nesnažme se mu za každou cenu pomáhat nebo rozhovor urychlit, protože mu tak ubíráme sebevědomí.

Cílem bakalářské práce je seznámit se s problematikou osob s poruchou řeči - dysartrií. Zaměřila jsem se zejména na bariéry, se kterými se tito lidé nejčastěji setkávají při běžné komunikaci a možnostmi využití dostupných kompenzačních pomůcek.

I. TEORETICKÁ ČÁST

1 KOMUNIKACE

„Komunikace (z lat. communicatio) znamená obecně lidskou schopnost užívat výrazové prostředky k vytváření, udržování a pěstování mezilidských vztahů. Komunikace významně ovlivňuje rozvoj osobnosti, je důležitá v mezilidských vztazích, je prostředkem vzájemných vztahů.“ [Klenková, 2006, s 25]

„Předpokladem i důsledkem mezilidských vztahů je vzájemné dorozumívání, sdělování informací, komunikace.“ [Klapač, 1994, s 20]

„Komunikace je v obecné rovině definována jako sdělení informací nebo vzájemná výměna informací prostřednictvím nejrůznějších signálů a prostředků.“ [Jarošová, 2000, s 53]

„Záměrem každé komunikace je vyvolat odpověď, proto je komunikace dějem. Komunikační proces je složen z pěti základních složek. Pokud některá chybí, komunikace nemůže začít nebo nemůže správně probíhat.“ [Jarošová, 2000, s 54]

Složky komunikačního procesu:

1. komunikátor (mluvčí) - osoba, od které sdělení vychází
2. komunikant (příjemce) - osoba, které je zpráva určena
3. komuniké - obsah sdělení
4. zpětná vazba (reakce, odpověď) - zpráva o tom, že byla informace přijata
5. situační kontext - situace a prostředí, ve kterém komunikace probíhá

1.1 Řečová komunikace, řeč, jazyk

Řečová komunikace (mluva) je individuální vlastnost každého z nás, kterou můžeme upravovat dle momentální situace. Proces, ve kterém jsou účastníky předávány informace, zahrnuje motivovaný záměr, výběr prostředků a jejich užití. [12]

Řeč je specificky lidská vlastnost, je nejdokonalejší dorozumívací prostředek, slouží k mezilidské komunikaci (k dorozumění člověka s člověkem), není člověku vrozena, každý se jí musí naučit. Člověk má pouze vrozenou schopnost mluvit. Pouze řečí může člověk vyjádřit své myšlení, psychické stavy, touhy a přání. [3]

Jazyk je základním systémem lidské komunikace, který je prakticky realizován mluvenou řečí nebo písmem, běžně ho používáme k vyjadřování našich myšlenek. [11]

Roviny jazykového projevu:

1. Morfologicko-syntaktická - gramatická stránka řeči, souvisí se schopností jedince užívat správnou větnou vazbu s použitím různých slovních druhů, jejich skloňování a časování.
2. Lexikálně-sémantická - obsahová stránka řeči, vyjadřuje úroveň a velikost slovní zásoby.
3. Foneticko-fonologická - zvuková stránka řeči, výslovnost, sledujeme zda jsou hlásky tvořeny fyziologicky a jestli je jedinec schopen dělit slova na hlásky a věty na slova.
4. Pragmatická rovina - rovina sociálního uplatnění komunikační schopnosti, umění vyžádat si informace, vyjádřit pocity, udržet téma rozhovoru. [7]

Komunikaci rozlišujeme na verbální a neverbální:

MEZILIDSKÁ KOMUNIKACE

VERBÁLNÍ KOMUNIKACE	***NEVERBÁLNÍ KOMUNIKACE***
Verbální jazykový kód realizovaný	***Neverbální zvukové projevy*** *(melodie, intonace, a dynamika hlasového projevu)*
Orální řečí	***Manuální jazykové kódy*** *(znakové a posunkové)*
Písmem	***Soubory komunikačních symboly*** *(piktogramy, obrázková symbolika)*

1.2 Narušená komunikační schopnost

Logopedii nelze chápat pouze v rámci praktistického trendu jen jako nějaký návod na odstranění vad a poruch řeči. Stoupenci emancipačního trendu na logopedii pohlíží jako na emancipující se mladou vědu se svými právy i povinnostmi (např. precizovat své postavení v systému věd). Odborníci v zahraničí dokazují, že v logopedii probíhá proces přetváření na moderní vědu. Jedná se o změnu paradigmatu z převážné orientace, na výslovnost k orientaci na všechny jazykové roviny (paradigma vycházející z holistického-celostního chápání narušené komunikační schopnosti). Moderní koncepce logopedie upřednostňuje přesun předmětu zkoumání logopedie od „hovoření“ ke „komunikaci“. Uplatňuje se nyní tzv. pragmalingvistická koncepce a proto užíváme termín „pragmatická jazyková rovina“. Z těchto důvodů se v logopedii postupně přecházelo od termínů porucha řeči, vada řeči k termínu narušená komunikační schopnost, která zahrnuje termíny vada, porucha řeči a výstižně vyjadřuje změnu základního trendu logopedie směrem k holistickému pojetí. [7]

Definovat narušenou komunikační schopnost (dále jen NKS) není snadné, záleží na mnoha faktorech. Komunikační schopnost je narušena tehdy, jestliže některá jazyková rovina jeho projevů působí rušivě vzhledem k zamýšlenému komunikačnímu záměru.

Příčiny NKS jsou různé. [8]

Z časového hlediska mohou být příčiny:

- prenatální (v období vývoje plodu, před narozením)
- perinatální (v období porodu)
- postnatální (po narození)

Z lokalizačního hlediska se k častým příčinám řadí:

- genové mutace, aberace chromozomů, vývojové odchylky, orgánová poškození receptorů (poruchy rozumění řeči), poškození centrální části (fatické poruchy, dysartrie), poškození efektorů (narušení expresivní složky řeči, poruchy řečové produkce), působení nevhodného, nepodnětného či nedostatečně stimulujícího prostředí, narušení sociální interakce

Podle stupně může být NKS:

- trvalá nebo přechodná
- totální (úplná) nebo parciální (částečná)
- vrozená nebo získaná

Při vymezování NKS lze aplikovat různá kritéria:

- vývojová - zda aktuální úroveň osvojení jazyka u daného člověka odpovídá/neodpovídá příslušným vývojovým normám
- fyziologická - zda je/není způsob hovoru (mluvené řeči) fyziologicky korektní
- terapeutická - zda je/není v konkrétním případě určitá terapeutická intervence
- lingvistická - zda určitý řečový projev odpovídá/neodpovídá normám pro určitý jazyk (soulad, nesoulad s normou pro jednotlivé jazykové roviny)
- komunikačního záměru - zda jedinec dokáže/nedokáže projevit svůj komunikační záměr bez rušivých momentů [8]

Existuje 10 základních kategorií NKS:

1. Vývojová nemluvnost (narušený vývoj řeči)

   Vývoj řeči je složitý proces, který ovlivňují vnější i vnitřní faktory. Vnitřní faktory vyplývají ze stavu organismu a schopností dítěte, prostředí ve kterém žije na něj působí vnějšími faktory.

   Dysfázie je úplná neschopnost užívat řeč jako komunikační prostředek.

2. Získaná orgánová nemluvnost (afázie)

   Afázie je ztráta naučených schopností dorozumívat se řečí (mluvenou, čtenou, psanou), příčinou vzniku je ložiskové poškození mozku (CMP, úrazy mozku, mozkové nádory, záněty mozku, intoxikace, degenerativní onemocnění CNS).

3. Získaná psychogenní nemluvnost (mutismus)

   Mutismus je komunikační porucha, kdy člověk náhle ztrácí schopnost komunikovat

hlasitou řečí v důsledku šoku či traumatizujícího zážitku.

4. Narušení zvuku řeči (rinolálie, patolálie)

   Rinolálie (huhňavost) je patologicky změněná nosovost jednotlivých hlásek, postihuje zvuk řeči i artikulaci.

   Patolálie vzniká u rozštěpových vad, řeč bývá nesrozumitelná.

5. Narušení fluence (plynulosti) řeči (breptavost, koktavost)

   Breptavost je postižení tempa řeči. Projevuje se zrychleným tempem řeči, špatnou výslovností, polykáním koncovek, opakováním a vynecháváním hlásek, zvláštnostmi v chování.

   Koktavost se projevuje zadrháváním, příčina není známá.

6. Narušení článkování řeči (dyslálie, dysartrie)

   Dyslálie (patlavost) je vadná výslovnost jedné nebo více hlásek.

   Dysartrie viz. kapitola 2.

7. Narušení grafické stránky řeči (dyslexie, dysgrafie, dysortografie, dyskalkulie)

   Narušení grafické stránky řeči je známo spíše pod termínem specifické poruchy učení, zahrnující dyslexii (porucha čtení), dysgrafii (porucha psaní), dysortografii (porucha pravopisu), dyskalkulii (porucha počítání).

8. Symptomatické poruchy řeči

   Symptomatické poruchy řeči (komunikace) jsou takové, které doprovázejí jiné dominující postižení - např. řeč sluchově postižených, deficit porozumění některým pojmům u zrakově postižených, narušení komunikační schopnosti různého stupně u mentálně postižených atd.

9. Poruchy hlasu

   Poruchy hlasu jsou definovány jako patologické změny individuální struktury hlasu, změny v jeho akustických kvalitách, způsoby tvoření a používání, v hlase se mohou vyskytnout i různé vedlejší zvuky.

10. Kombinované vady a poruchy řeči

    NKS se nemusí vyskytovat samostatně, ale poruchy se mohou kombinovat. Kom-

binovanou vadou se rozumí dvě nebo více na sobě nezávislých poruch. [14]

1.3 Bariéry v komunikaci

Každý, kdo chce komunikovat, se občas setkává s problémy, s překážkami, které mu komplikují interpersonální komunikaci. Uvědomit si problémy, bariéry komunikace, je prvním krokem k tomu, abychom je překonávali, abychom se s nimi dovedli vyrovnat. [9]

1.3.1 Přirozené bariéry komunikace

- obava z neúspěchu (která může působit na jedince svazujícím pocitem)
- problémy osobního rázu (promítající se do prožívání a emočního stavu)
- rozdíly mezi účastníky komunikace (kdy nejsme schopni respektovat např. nižší úroveň komunikačního partnera)
- bariéry v podobě neúcty, povýšenosti, odporu či nesympatie vůči komunikačnímu partnerovi
- skákání do řeči
- nepřipravenost na komunikování
- fyzické nepohodlí (snižuje výkonnost v poslouchání i ve verbálním projevu)
- nesoustředěnost na komunikaci
- stereotypizace (zařazování komunikačního partnera do kategorie, pomocí níž mu přiřazuje všechny další vlastnosti a podle toho s ním jedná)
- nezvyklé prostředí (může působit rušivě, uspořádání prostředí)
- vyrušování (někým třetím, nemusí ani přerušovat rozhovor, stačí jeho přítomnost a pocit, že poslouchá, o čem si dva spolu povídají)
- hluk

1.3.2 Patologické bariéry komunikace

- monotónní, nezřetelný, pomalý projev
- zhoršená srozumitelnost (v důsledku poruchy dýchání, chraptivosti, poruch polykání,…)

- nemožnost využít neřečové projevy (jako jsou např. psaní či gesta) v důsledku zdravotního stavu
- jedinec si nedokáže vybavit slovo
- jedinec nerozumí sdělení
- neschopnost vyrovnat se s komunikační poruchou

2 DYSARTRIE

„Dysartrií nazýváme poruchy motorické realizace řeči na základě organického poškození nervové soustavy. Dysartrie zahrnuje řadu typů či syndromů řečových poruch, které jsou způsobeny obtížemi ve svalové kontrole řečových mechanizmů a řazeny do oblasti motorických řečových poruch. Při dysartrii jsou postiženy v různé míře a rozsahu základní modality motorické realizace řeči - respirace, fonace, rezonance a artikulace.“ [Neubauer, 2005, s. 283]

Nejtěžší stupeň poruchy článkování řeči je **anartrie**, projevuje se neschopností tvořit artikulovanou řeč. [8]

Dysartrie a anartrie mohou vzniknout v kterémkoliv období života.

Dysartrii dělíme na vývojovou a získanou.

2.1 Vývojová dysartrie

Vývojová dysartrie zahrnuje poruchy vzniklé od počátku vývoje organismu na základě organického poškození CNS dítěte, nejčastěji v rámci syndromu dětské mozkové obrny (DMO). [11]

2.2 Získaná dysartrie

Získaná dysartrie je náhle vzniklá porucha motorické realizace řeči na bázi traumatu nebo onemocnění CNS. Může vzniknout v dětství, dospělosti i ve stáří. [14]

Vzniklé poruchy řeči se mohou spontánně upravovat, častěji však vyžadují specializovanou logopedickou péči.[8]

V populaci dospělých osob je získaná dysartrie poměrně častou poruchou. [14]

„Britští autoři Enderby a Emerson (1996) uvádějí počet 280 osob trpících získanou dysartrií na bázi cévních mozkových příhod (CMP) a lézí mozkové tkáně, úrazů hlavy a degenerativních neurologických onemocnění na 100 tisíc obyvatel.“ [Lechta, 2005, s 308]

V rámci klinického pracoviště zlínské nemocnice (KNTB) tvoří dysartrie přibližně 50% klientů.

2.2.1 Etiologie

Dysartrie může vzniknout jako důsledek CMP, úrazu hlavy, nádoru, infekčního onemocnění nebo degenerativního onemocnění (Parkinsonova nemoc, roztroušená skleroza). [8]

2.2.2 Příznaky

Poškození motorického systému může způsobit parézu (obrnu), poruchu tonu (svalového napětí) či poruchu koordinace artikulačního svalstva (svalstva jazyka, obličeje, měkkého patra, hltanu, hrtanu). Často bývají při dysartrii přítomny poruchy polykání. [18]

Dysartrie se projevuje poruchou artikulace (výslovnosti), poruchou respirace (dýchání), poruchou fonace (tvorba hlasu), nosní rezonancí (vzduch při řeči uniká nosem, řeč je huhňavá), prozódií (narušeno může být řečové tempo, hlasitost, rytmus, frázování, přízvuk, melodie, používání pauz). [21]

U degenerativních onemocnění se projevuje dysartrie pomalým nástupem a postupně se zhoršuje. [8]

2.2.3 Typy získané dysartrie

Rozdělení dysartrií dle Petrovského (1996):

Dysartrie flakcidní či periferní (chabá)

Je přítomna u postižení dolního motorického neuronu a je součástí bulbární paralýzy. Má znaky periferní parézy s atrofií postižených svalů a drobné svalové záškuby (fascikulace). Projevy jsou výraznější u oboustranného postižení hlavových nervů, projevuje se hlasově monotónním a nezřetelným projevem. Dále se mohou vyskytovat porucha dýchání, hypernazalita, chraptivost, poruchy polykání. Příčiny vzniku mohou být vaskulární, degenerativní, traumatické (myastenia gravis, infekce). [14]

Dysartrie spastická (centrální)

Vzniká při poruše horního motorického neuronu a je součástí pseudobulbární paralýzy. Řečový projev je pracný, pomalý, s protahováním slov a nesrozumitelností delšího projevu, oslabené dýchání. Příčiny vzniku mohou být vaskulární, tumory, traumata, infekce. [14]

Dysartrie ataktická či cereberální (mozečková)

Vzniká při poškození mozečku a nervových drah, neurologicky se jedná o tzv. cereberální syndrom. Chybně cílené pohyby, špatná koordinace činnosti svalových skupin, celková hypotonie. Řeč je nepravidelná, kolísání v dýchání, intenzitě hlasu i rezonanci. Příčinami vzniku mohou být hemoragie, trauma, tumor, intoxikace. [14]

Dysartrie extrapyramidová - hypokinetická

Vzniká v rámci hypokineticko-hypertonického syndromu. Svalová činnost je komplikována rigiditou a akinézou svalových skupin. Často se vyskytuje klidový třes a ztráta pohybových automatismů. Řeč je monotónní s počáteční pauzou z důvodu svalové ztuhlosti, poté překotný nepřesný projev, nedostačující dýchání, oslabený hlasový projev až afonie. Nejčastější příčinou je Parkinsonova choroba, někdy CMP či polékový parkinsonismus. [14]

Dysartrie extrapyramidová – hyperkinetická

Vzniká v rámci choreatického či atetoidního syndromu. Zahrnuje abnormální mimovolní pohyby, které ruší normální motoriku i řečový projev. Svalový tonus je snížený, mimovolní hybnost svalů je zvýšená. Řeč je hlasitá, vykřikovaná, dyskoordinace s dýchacími pohyby. Tempo řeči je kolísavé, projev je až nesrozumitelný z důvodu neschopnosti sebekontroly řečových pohybů a neschopností ovládat pohyby jazyka a úst. Příčinou bývají chorea, tiky, Huntingtonova choroba, dystonie, degenerativní choroby, podávání léků (zejména neuroleptik). [14]

Dysartrie smíšená

Neurologicky se projevuje známkami periferních i centrálních paréz. Příčinami bývají skleroza multiplex, ALS (amyotrofická laterální skleroza). [14]

2.2.4 Diagnostika

Při diagnostice motorických řečových změn se v klinické logopedické praxi využívá vyšetření pomocí diagnostických vodítek - škál a vyšetřovacích formulářů pro dysartrii. Jejich administrace a vyhodnocení patří do činnosti kvalifikovaného, zkušeného odborníka, klinického logopeda nebo logopeda pracujícího ve zdravotnictví. V současné době je vytvořen diagnostický materiál 3F - dysartrický profil (Hedánek, Roubíčková, 1997). [14]

Zahrnuje položky, které se týkají následujících oblastí:

- respirace (dýchání)
- fonace (tvoření hlasu)
- faciální svalová činnost
- diadochokinéza (přesnost opakovaných pohybů)
- reflexní činnost spjatá s polykáním, žvýkáním, kašláním
- artikulace (výslovnost)
- srozumitelnost četby a mluvy
- tempo a prozódie řeči (souhrn zvukových vlastností jazyka – přízvuk, melodie, tempo, pauza, hlasitost)

Jednotlivé položky jsou hodnoceny pomocí celé řady požadovaných pohybů a výkonů. Výsledky lze kvantifikovat na třístupňové škále: dobrý výkon - 2 body, omezené provedení - 1 bod, neschopnost vykonat zadanou položku - 0 bodů. Na základě bodového hodnocení je zpracován celkový dysartrický profil vyšetřované osoby. Test vychází z obdobných diagnostických postupů, které jsou používány i v zahraničních materiálech pro diagnostiku dysartrií u dospělých osob, jako je Dysarthria profile (Robertson, 1982), užívající pětistupňové škály, či Enderbyové Frenchay Dysarthry Assessment z roku 1983 (Robertson a Thompson, 1986; Cséfalvay, 1995; Love 1995) [14]

2.2.5 Terapie

Terapie by měla být zahájena neodkladně, ihned po odeznění život ohrožujících komplikací a dosažení stabilizace zdravotního stavu. Terapie dysartrie patří do činnosti kvalifikovaného, zkušeného odborníka, klinického logopeda nebo logopeda pracujícího ve zdravotnictví. [14]

Včasné zahájení léčby je pro průběh logopedické péče zásadní. Cílem je maximalizovat komunikační schopnosti a zachování dobré kvality života. [8]

U náhle vzniklých dysartrií se snažíme o obnovení porušených funkcí, u osob s komunikačními obtížemi na bázi degenerativního onemocnění o podchycení časného stadia degenerativního onemocnění a stabilizaci stavu. [8]

Velmi důležité je prolomit komunikační bariéru, která u klienta může vlivem obtíží být výrazná. Terapie se realizuje v rámci terapeutického plánu, kterého se terapeut drží a podle kterého s klientem pracuje s cílem eliminace či minimalizace jeho problému. [8]

2.2.5.1 Metody a prostředky logopedické terapie

Při terapii dospělých klientů s dysartrií se pozornost zaměřuje na následující oblasti:

1. Ovlivnění mluvy přiměřeným tělesným tonusem a svalovou relaxací

Přiměřený svalový tonus celého těla je předpokladem pro stabilní a optimální řečový projev. Relaxační cvičení slouží pro navození sebekontroly nad stavem svalového tonu celého těla, hlavně v oblasti mluvidel.

Využívají se metody jako jsou:

Jacobsonova progresivní relaxace - jedná se o relaxační techniku založenou na vědomém stahování a následném uvolňování svalů v jednotlivých částech těla.

Autogenní trénink - relaxační tréninková psychoterapeutická metoda, nácvik relaxace je základem pro uplatnění dalších terapeutických autosugescí a prožitků. Usnadňuje regulaci svalového a současně psychického napětí a umožňuje lépe ovládat některé vegetativní funkce. [8]

2. Obnovení hybnosti a svalové síly v orofaciální oblasti

Tyto cviky se provádějí s kontrolou v zrcadle několikrát denně pro navození správné hyb-

nosti a síly rtů, jazyka a mimického svalstva. [8]

3. Dechová cvičení

Jejich cílem je zvýšit vitální kapacitu plic, zlepšit sílu a koordinaci dýchacích svalů. Cvičí se plný dech s odstraněním souhybů dalších částí těla a zapojuje se fonace od samohlásek po rytmické slovní řady. [8]

4. Fonační cvičení a využití rezonance

Cvičení hlasového počátku, optimální síly a výšky hlasu, dobré koordinace dýchání a fonace. Využívají se možnosti zesílení hlasového projevu nazalizací (nosovostí) a rozšiřování uvolněných rezonančních prostor, nácvik měkkého hlasového projevu dle typu obtíží. [8]

5. Artikulační cvičení

Cvičení spojujeme se snahou o zpomalení tempa řeči při mluvě a čtení, o zvýraznění a oddělování artikulačních pohybů se sebekontrolou sluchem a zrakem v zrcadle. [8]

6. Prozódie a větná intonace

Zahrnuje cvičení větné intonace v rozdílu mezi typy vět, sdělení a přiměřený slovní přízvuk. [8]

7. Rytmizační cvičení

Mají široké kompenzačně-motivační užití pro možnost rychlého ovlivnění srozumitelnosti projevu. Navozují mluvní podnět spojený s pohybem při každé slabice či slovu a tím pomáhají ustanovit tempo řeči. Využívá se také stíněného čtení či grafického zdůraznění slabik, slov a hlásek. [8]

8. Neverbální komunikace a komunikační pomůcky

Využívají se u těžkých a perzistentně přetrvávajících poruch komunikace s okolím. Zahrnuje pomůcky jako jsou komunikační písmena, obrázkové symboly či posunky. [8]

9. Skupinové postupy

Postupy zaměřené na sociální skupinovou interakci a napodobení skutečné komunikační situace se využívá k převodu dovedností z individuální terapie do spontánního řečového projevu. [8]

2.2.5.2 Principy terapie u dospělých osob

- je nutné realisticky a jasně stanovit možnosti zlepšení
- využívat kompenzační a edukační postupy
- stanovit dlouhodobý reedukační plán ke zlepšení porušených funkcí
- nezapomínat na základní cíl - zlepšit srozumitelnost řeči a pracovat s projevy, které ovlivňují praktickou řečovou komunikaci
- nezapomínat, že obtíže jsou v celém motorickém řečovém systému a ne jen v artikulaci

U dospělých osob s dysartrií je třeba věnovat velkou pozornost vybavení motivace přiměřené věku a psychickým schopnostem dospělé osoby. Bez vhodné motivace postiženého (viz. příloha P IV) dochází často ke ztrátě zájmu o terapii, je třeba jej upozornit na dlouhodobý proces, který může trvat různě dlouho. Proto je velmi důležité stanovit reálný cíl logopedické péče, daný cíl je pro tyto osoby velmi důležitý. Vytvoření individuálního terapeutického programu je předpokladem pro dlouhodobý a kladný efekt v péči o tyto osoby. [8, 12]

3 KOMUNIKACE KLIENTA S DYSARTRIÍ

3.1 Augmentativní a alternativní komunikace

Augmentativní a alternativní komunikace (AAK) je oblast klinické praxe, která se pokouší kompenzovat projevy poruchy a postižení osob (po určitou dobu či trvale) se závažnými expresivními komunikačními poruchami (tj. závažným postižením řeči, jazyka a psaní). [20]

Augmentativní systémy komunikace mají podporovat již existující, ale pro běžné dorozumívání nedostatečné komunikační schopnosti. [14]

Alternativní komunikační systémy se používají jako náhrada mluvené řeči. [14]

Spousta klientů při verbální komunikaci používá k dokreslení významu slov mimiku gesta, řeč těla. Popřípadě mohou své myšlenky vyjádřit písemně. Je-li řeč omezená, obtížně srozumitelná nebo se klient řečí nemůže vyjadřovat vůbec, jsou tyto vedlejší způsoby komunikace ještě důležitější. Pro potřeby klientů slyšících, ale majících poruchy řeči byly tyto způsoby rozvedeny do znakových nebo symbolických systémů. [8]

V současné moderní době dochází k rozvoji technických pomůcek. Klienti s narušenou komunikační schopností se musí naučit, jak tyto pomůcky využívat efektivně. Měly by se stát součástí každodenního života, a ne jen příležitostní záležitostí. Je proto důležité, aby se s pomůckou seznámil nejen klient s poruchou řeči, ale i okolí. Klient má mít možnost využívat nejvhodnější způsob komunikace, který nejvíce vyhovuje jemu samotnému, stupni postižení a schopnosti ovládat danou pomůcku. V celém procesu AAK je velmi důležitá role mluvícího komunikačního partnera, který musí umět rozpoznat snahu klienta o komunikaci a reagovat na ni. Snažíme se nepokládat pouze otázky typu ano/ne, pokládáme jen jednu otázku, dáváme mu dostatek času na odpověď, akceptujeme způsob kterým se klient dorozumívá. [14]

Sdružení pro augmentativní a alternativní komunikaci (SAAK) slouží zájmům klientů, kteří se v důsledku těžkého zdravotního postižení nemohou dorozumívat mluvenou řečí. Toto sdružení vzniklo v roce 1994 jako aktivita několika lidí, kteří si uvědomovali, že pro klienty s těžkým postižením řeči je třeba dělat více než dosud. Proto bylo zřízeno specializované centrum a z různých prostředků se podařilo vybavit půjčovnu pomůcek, která s úspěchem slouží již několik let a je stále rozšiřována. Smyslem půjčovny je to, aby si klien-

ti mohli mnohdy nákladné pomůcky vyzkoušet v klidu doma předtím, než si je zakoupí. Dle ohlasů je o tuto formu služby velký zájem, před zapůjčením je obvykle nutné krátké vyšetření klienta za účelem vybrání vhodné pomůcky. Výpůjční doba není dlouhá, zpravidla 1 - 2 měsíce. Půjčovna slouží především pro potřeby dětí a dospělých s těžkými vadami řeči, předně klientům centra. Půjčovné se neplatí. Pomůcky, které tato půjčovna nabízí uvádím v příloze č. VI. [19]

3.2 Pomůcky

Kompenzační (náhradní) pomůcky pomáhají lidem s poruchami komunikace účinně se dorozumívat a reagovat na podněty ve svém okolí.

Při využívání kompenzačních pomůcek je třeba využívat všech schopností klienta. Zásadou je vždy to, aby způsob dorozumívání byl co nejpřirozenější.

3.2.1 Systémy bez pomůcek

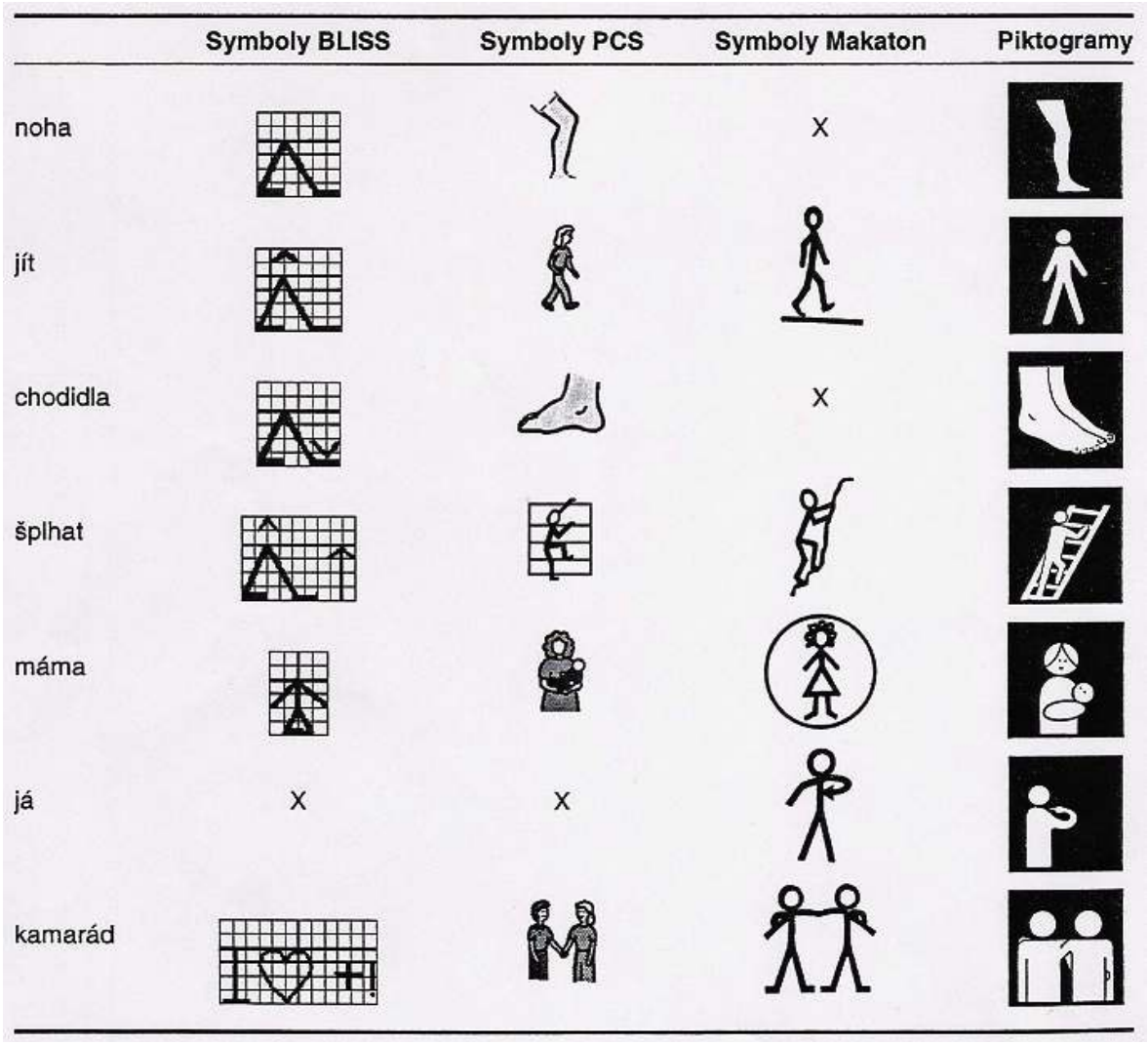
Systémy, které při komunikaci nevyžadují pomůcky - cílený pohled, výrazy obličeje, gesta, držení těla, manuální znaky a systémy. [14]

3.2.2 Systémy s pomůckami

3.2.2.1 Systémy grafických symbolů

PCS (Picture Commnication Symbols) - autorkou je logopedka Roxana Johnson, jde o realistické barevné obrázky, symboly jsou v v barevném i černobílém provedení. [14]

Piktogramy - grafické či kreslené symboly, jsou černobílé a navrženy tak, aby redukovaly obtíže v diskriminaci figury a pozadí. [14]



Obrázek 1: Systémy grafických symbolů

Grafické symboly pomáhají pochopit strukturu prostředí, sled činností v čase, stavbu věty. Jsou výhodné i pro možnost vyjádření abstraktních jazykových pojmů. Je důležité uvědomit si, že není vždy jednoznačný vztah mezi rozeznáním obrázku/symbolu podle pojmenování a schopností využít ho pro komunikaci - i klient, který podle názvu neidentifikuje pojem na obrázku, může být schopný přiřadit obrázek k předmětu a naučit se pomocí obrázku o tento předmět požádat. [18]

Symboly se sestavují do komunikačních tabulek.

Komunikační tabulky - forma komunikační tabulky vychází z potřeb klienta (velikost tabulky, umístění symbolů, barevný kontrast). Klient by měl být vtažen do procesu výběru slovní zásoby a uspořádání tabulky tak, aby byla zajímavá a odrážela osobnost, zájmy a

jeho věk. Podstatné je zajistit rozšiřování slovní zásoby, tvorba tabulky je pokračující proces a nová slovní zásoba musí být dostupná podle měnící se komunikační situace. Klient musí umět o tabulku požádat. Komunikační tabulky mohou být též v elektronické podobě (Go Talk - viz. příloha P VI). [14]

Komunikační deník (slovník) - vytvořený rodinou a klientem. Je tvořen slovy a symboly, kterým daný jedinec rozumí a které jsou mu srozumitelné. Umožňuje trénink komunikačních dovedností a slouží jako podpora při běžné komunikaci.

3.2.2.2 Technické pomůcky s hlasovým výstupem

Pomůcky s hlasovým výstupem se liší typem nahrané řeči:

Digitalizovaná řeč - lidský hlas nahraný na komunikační pomůcku. Výhodou je možnost využití pomůcky v různém jazykovém prostředí, je pro posluchače přirozenější. Nevýhodou je to, že uživatel je závislý na tom, co mu ostatní lidé nahrají. [14]

Syntetická řeč - řeč generalizovaná počítačem. Její výhodou je menší náročnost na kapacitu paměti počítače. Je možno vytvářet pomocí speciálního softwaru neomezené množství nových vzkazů samotným uživatelem, ale nevýhodou je nepřirozenost hlasu. [14]

3.2.2.3 Notebook

Notebook (přenosný počítač) musí být vybaven speciálním softwarem. Výhodou je možnost jeho současného využití i snadnější změna systému dle individuálních potřeb uživatele.

Elektronické pomůcky a pomůcky na počítačové bázi jsou finančně nákladné, a proto se tedy setkáváme nejen s finančními omezeními při pořizování těchto pomůcek. Dalším důležitým momentem je i to, do jaké míry je klient postižen a schopen pomůcky obsluhovat.

4 KOMUNIKACE Z POHLEDU ZDRAVOTNÍ SESTRY

Sestra používá dovednost komunikovat s klientem jako součást svého profesionální vybavení. Komunikace slouží k navázání a rozvíjení kontaktu s klientem. Komunikace je dovednost, kterou můžeme rozvíjet kdykoliv v životě. Nemoc, dlouhodobá hospitalizace, odloučení od rodiny či nemožnost pracovat, může mít za následek zhoršení psychiky a komunikačních dovedností klienta. [15]

V praxi rozlišujeme tři druhy profesionální komunikace:

1. Sociální komunikace - je neplánovaná, jedná se o běžný hovor a kontakt s klientem, který můžeme využívat na pokoji (např. při stlaní lůžka, hygieně). Slouží k navázání vztahu, získání důvěry a k usnadnění další komunikace v rámci ošetřování. [15]

2. Specifická (strukturovaná) komunikace - má určitou časovou náplň, při níž sdělujeme důležitá fakta a motivujeme klienta k další léčbě. Je nutno podávat srozumitelné informace, aby jim klient rozuměl. [15]

3. Terapeutická komunikace - rozhovor s klientem při denním kontaktu. Poskytujeme pomoc a oporu v obtížných chvílích rozhodování a při adaptaci na změnu. [15]

4.1 Komunikační dovednosti sestry

Komunikační dovednosti nám pomáhají k navázání a rozvíjení kvalitnějšího kontaktu s klientem. Je velmi důležité umět druhému člověku naslouchat, vnímat nejen co říká, ale i jak to říká a sledovat přitom jeho mimiku, pohyby. Teprve poté můžeme lépe poznat skutečný smysl klientova sdělení. Při naslouchání se stává, že se nevědomě věnujeme něčemu jinému, má na tom podíl i náš psychický stav. Nejsme na tom každý den stejně, jednou je lépe, jindy hůře, ale jako profesionálové musíme naše pocity a nálady nechat za branou nemocnice a před klienty nedát na sobě nic znát. Důležité je naslouchat nejen druhým, ale i sám sobě. Musíme si všímat toho, co se v nás děje při setkání s klientem, jaké máme pocity, co si o něm myslíme, ale hlavně se ho nesnažíme posuzovat dle prvního dojmu. Nemocný klient se může chovat jinak, může být náladový, agresivní, depresivní, proto není vhodné jej odsuzovat. Je důležité si uvědomit, že i my sami se můžeme ocitnout v jeho roli a nikdy nevíme, jak se zachováme ke svému okolí.

S nasloucháním úzce souvisí respekt, tzn. postoj k lidem, ocenění druhého jako lidské by-

tosti. Tento postoj je patrný z našeho jednání. Po dobu, kterou si vymezíme pro klienta, se věnujeme pouze a výhradně jemu. Respekt je známkou naší spoluúčasti na jeho situaci a výrazem naší důvěry k němu samotnému. Další důležitou dovedností sestry je empatie, vcítění se do duševního stavu druhé osoby. Díky empatii můžeme klienta lépe poznat a porozumět mu. Své porozumění bychom měli dávat najevo, představuje pro něj ujištění, že mu rozumíme. Neměli bychom se ukvapovat a dělat rychlé závěry. Pokud si nejsme jisti, že jsme informacím rozuměli (klienti často mluví nejasně), to, že se zeptáme znovu není známkou naší nepozornosti či neschopnosti. Je totiž velmi důležité, aby si klient objasnil souvislosti a vztahy, kterých si doposud nebyl vědom a které jsou pro něj nové. Nemělo by se stávat, aby si klient po rozhovoru s lékařem kladl otázku, zda mu lékař rozuměl a poznal, jak svá slova myslel a jaký význam jim přikládal. Rozhovor mezi lékařem a klientem představuje velmi důležitý moment v průběhu hospitalizace. V případě, že lékař nedostatečně komunikuje s klientem a neposkytuje mu dostatek informací na které má právo, neměl by mít strach se lékaře zeptat na cokoliv i několikrát. Od lékaře se očekává, že sdělí klientovi informace o jeho zdravotním stavu. Na poskytování informací je třeba zvolit vhodný okamžik, používat srozumitelná slova a vhodný způsob komunikace. Včasné poskytnutí informací může pomoci ke zmírnění negativního dopadu na psychiku klienta při nově vzniklé situaci (nemoci) a následně k přijmutí a smíření se s touto situací. [2, 13, 15]

4.2 Specifika komunikace u klientů s dysartrií

Komunikace s klienty s dysartrií je náročná a vyžaduje mimořádnou trpělivost. Je třeba zvolit takovou komunikaci, která odpovídá zdravotnímu stavu klienta a individuálnímu postižení. Pro vhodnou a efektivní péči je nutno získat nejen klientovu spolupráci, ale i rodiny a ošetřujícího personálu. Snažíme se trvale motivovat klienta, zdůrazňovat úspěchy v komunikaci, nikdy nesmíme přirovnávat úkoly ke školní výuce, může ho to výrazně demotivovat. Snažíme se dodržovat doporučení a postupy, pomáhající ke zlepšení komunikačních schopností a poté je předávat dalším ošetřujícím osobám či rodinným příslušníkům. Velmi důležité je vytvořit motivující prostředí, aktivně pomáhat těmto klientům a pravidelně každodenně s nimi provádět terapeutická cvičení a snažit se s nimi komunikovat. [10, 11]

V praxi se snažíme využívat možností logopedické péče. Klient vzhledem k diagnóze dysartrie potřebuje bohaté a zejména motivující komunikační prostředí. Dle možností se

snažíme využívat vhodné metody komunikace u daného jedince v závislosti na jeho zdravotním stavu a schopnostech. [8]

Nejčastějším a stěžejním problémem v péči o tyto klienty jsou projevy hněvu, frustrace, podrážděnosti, smutku, deprese, aj., které lze vzhledem k deficitu komunikace očekávat.

Snažíme se vždy pokud to jde, o nalezení takového způsobu komunikace, kterým se s klientem dorozumíme (můžeme improvizovat a využít např. papír, tužku, kartičky s písmeny, obrázky, signály či vhodné kompenzační pomůcky).

Naším úkolem je u klienta neustále podněcovat a posilovat nácvik komunikace. S nácvikem komunikativních dovedností je vhodné začít co nejdříve, jakmile to zdravotní stav dovolí. Je vhodné vytvořit si způsob dorozumívání po konzultaci s logopedem, který je vhodný pro daného klienta. Snažíme se mluvit vždy pomalu, srozumitelně, používat ustálené fráze, přiměřenou nonverbální komunikaci a dle potřeb korigovat své vyjádření. Přistupujeme ke klientovi empaticky, jsme trpěliví. Nikdy se nesnažíme po klientovi opakovat špatně artikulovaná slova. Vždy je třeba udržovat oční kontakt (neměli bychom zapomínat na to, že když na něj mluvíme, musí zřetelně vidět náš obličej, naše rty a oči). Nelitujeme klienta, zacházíme s ním úměrně k jeho věku, s ohledem na zvýšenou psychickou citlivost k němu přistupujeme tolerantně. Do nácviku komunikačních schopností je důležité zapojit i rodinné příslušníky. Nebojme se pokud je to vhodné držet klienta při komunikaci za ruku či jej pohladit. [2, 15]

Měli bychom se tedy snažit dodržovat následující zásady při komunikaci s klienty s dysartrií:

- Nepředstírejme, že rozumíme, klienti to poznají.
- Snažme se ihned zjistit téma, o kterém klient mluví. Použijme ukázáním, přitakáním na otázku, kresbou, posunkem.
- Je třeba tolerance k pomalosti a omezení mluvy, dejme čas na vyjádření se.
- Při dlouhém sdělení se řeč zpravidla zhorší, motivujme je do krátkých, jasných obratů řeči.
- Můžeme opakovat srozumitelnou část sdělení, napovědět další slovo, otázkou usměrnit další projev na slova, která můžeme odhadnout.
- Je-li osoba s dysartrií schopna psát, ihned zapojme využití písma, klient bez posti-

žení motoriky rukou by měl být schopen psát, často ovšem nemá podmínky, pomůcky, stydí se uplatnit tuto formu komunikace.

4.3 Sociální důsledky pro klienta a jeho rodinu

Získaná porucha řeči jako je dysatrie, která vznikla v průběhu života, velmi silně ovlivní dosavadní způsob života klienta. Dle rozsahu postižení se mohou změnit jak sociální podmínky, tak i rodinné či přátelské vztahy. Člověk je individuální a jedinečná bytost, proto reaguje každý na změny v životě odlišně. Takové změny v životě vždy zasáhnou nejen jedince, ale i celou rodinu. Klient hledá pomoc zejména u svých blízkých.

Pozitivní citové vztahy, ke kterým patří především láska a přátelství jsou důležitou životní hodnotou a mohou klientovi výrazně pomoci při vyrovnávání se s nově vzniklou situací, kterou dysartrie přináší. [13]

Dysartrie může vzniknout jako důsledek CMP, úrazu hlavy, nádoru, infekčního onemocnění nebo degenerativního onemocnění, jako jsou Parkinsonova nemoc či roztroušená skleroza. [8]

Dle vyvolávající příčiny mohou být klienti postiženi nejen poruchou řeči, ale i tělesně či duševně.

Pokud po překonaném onemocnění či úraze zůstanou následky, změní to vztahy klienta k rodině i přátelům a on sám se ocitne v situaci, kdy je závislým na cizí pomoci (závislost závisí na stupni postižení). Ošetřování postiženého klienta klade značné nároky na toho, kdo péči zajišťuje a může vyvolat takovou zátěž, která pak může ovlivnit kvalitu poskytované péče. [16]

1. Tělesná zátěž

Pokud je klient postižen tělesně (např. pokud vznikla dysartrie v důsledku CMP) je ošetřování o takto postižené osoby velmi náročné. Péče o tělesně postiženého klienta závisí na rozsahu postižení, ne vždy jsou však členové rodiny schopni zajistit dostatečnou péči, proto mohou využívat sociálních služeb. V případě, že nejsou schopni z různých důvodů pečovat o svého blízkého vůbec, je v dnešní době možnost umístit svého blízkého do zařízení a domovů sociální péče. [16]

2. Zátěž plynoucí z okolního prostředí

Pokud se klient po propuštění z nemocnice vrací zpět domů, je někdy potřeba dle rozsahu postižení zajistit pomůcky ke snadnějšímu pohybu v domácnosti (madla, zábradlí,…) či k usnadnění komunikace (elektronické pomůcky, pc,…). Proto se můžeme často setkat se značným finančním omezením. [16]

3. Sociální zátěž pro pečovatele

Pokud se některý člen rodiny rozhodne pečovat o svého příbuzného a tento klient vyžaduje poskytování péče neustále, může u pečovatele vzniknout sociální zátěž. Pečovatel je pak izolován od rodiny, přátel i společenského života. Všechny typy zátěže často vyústí ve velkou citovou zátěž. Péče o klienta pečovateli brání nakládat s vlastním časem a musí se vyrovnávat s velkou zodpovědností, která je na něj kladena. Pokud si neudělá občas volno, aby si odpočinul, hrozí, že vznikne u pečovatele vyčerpání, které se může projevit vztekem a odporem ke klientovi. Proto je třeba, aby se členové rodiny domluvili, jakým způsobem se budou na péči podílet. Péče může mít různou formu: pomoc při zajištění některých činností, finanční podpora, zajištění péče v době, kdy si pečovatel potřebuje odpočinout, apod. Důležité je, aby si člověk, který se o klienta stará, uvědomil, že musí dbát i sám o sebe a věnovat pozornost a čas také svým osobním potřebám a zálibám. V současnosti je možno využít sítě sociálních služeb, které poskytují respitní péči (krátkodobý pobyt), která umožní odpočinek pečovatele. Je vhodné si čas od času naplánovat rodinnou schůzku, která vtáhne ostatní členy rodiny do spoluzodpovědnosti za poskytování péče. [16]

4. Nemocný klient

Nemocný klient se v důsledku své nemoci ocitá v situaci, kdy může ztratit sociální role, které měl doposud (vedení domácnosti, výchova dětí, zaměstnání,…). Takový jedinec potřebuje pomoc při vyrovnávání se s identitou. Je velmi důležité respektovat jeho přání, potřeba identity zahrnuje i potřebu zachování lidské důstojnosti. Je důležité podporovat snahu nemocného o získání co největší nezávislosti a soběstačnosti a napomáhat rozvoji činností, které pacientovi dávají nový smysl života. [16]

5. Rehabilitace

Rehabilitace řeči a komplexní rehabilitace by měla začít co nejdříve. Její intenzita závisí na stavu klienta a na stupni postižení. Se zásadami rehabilitace by měli být seznámeni

všichni blízcí, aby věděli, kdy svému příbuznému nemají či naopak mají pomáhat, aby dosáhl optimálního pokroku. Klienta učíme, jak si poradit s běžnými každodenními činnostmi, a povzbuzujeme ho k maximální možné samostatnosti, soběstačnosti, sebeobsluze i tréninku komunikace. [16]

6. Edukace rodiny

Již od prvních dnů od vzniku onemocnění je třeba společně s klientem a jeho rodinou stanovit plán další péče a rehabilitace, který bude následovat po propuštění z nemocnice. Proto je nezbytná úzká spolupráce zdravotníků, rodinných příslušníků a samozřejmě i klienta. Před tím, než je propuštěn do domácího léčení by měli lékař, sestra a ostatní odbornosti (logoped, rehabilitační i sociální pracovník) poučit klienta i jeho rodinu o prognóze a nejvhodnějším způsobu života po propuštění. Podat dostatek informací týkajících se zajištění péče (např. úpravy v domácnosti, nejvhodnější způsob dorozumívání se, rozvoj soběstačnosti, pohyblivosti, možnosti využití sociálních služeb). Dále je třeba seznámit blízké klienta s možností, jak a kde získat kompenzační pomůcky, vhodné pro snadnější komunikaci a péči o svého blízkého. [16]

5 LOGOPEDIE

5.1 Vymezení oboru logopedie

Klinický logoped zajišťuje péči o klienta se získanou dysartrií ve zdravotnickém zařízení, nejlépe od počátku onemocnění klienta.

Název logopedie je utvořen z řeckého slova logos – slovo a paidea – výchova. [7]

„Logopedii definujeme jako vědní obor interdisciplinárního charakteru, jehož předmětem jsou zákonitosti vzniku, eliminování a prevence narušené komunikační schopnosti. Logopedie v moderním chápání je vědou zkoumající narušenou komunikační schopnost z hlediska jejích příčin, projevů, následků, možností diagnostiky, terapie i prevence.“ [Lechta, 2005, s 15-16]

Logopedie je vědní a studijní obor, který se stále vyvíjí. Současná logopedie se nezabývá pouze odstraňováním vad a poruch řeči, ale orientuje se na všechny jazykové roviny. Je oborem interdisciplinárním, tzn. využívá poznatků z jiných vědních oborů a také s nimi při diagnostice i terapii jedinců s narušenou komunikační schopností spolupracuje. [7]

Logopedie je součástí speciální pedagogiky, ta je orientována na výzkum, výchovu, vzdělávání, na pracovní i společenské možnosti handicapovaných (tělesně, smyslově, rozumově postižených jedinců). Logopedie se zabývá patologickou stránkou komunikačního procesu, spolupracuje s foniatrií, otorinolaryngologií, neurologií, neurochirurgií, stomatologií, pediatrií, plastickou chirurgií, psychiatrií, psychologií. [7]

5.2 Organizace logopedické péče v ČR

Cílovou skupinou logopedické péče jsou děti, dospívající, dospělí a také senioři, u nichž se vyskytuje narušená komunikační schopnost. Péči poskytují odborníci - logopedi. V České republice je poskytování logopedické péče v kompetenci tří rezortů (ministerstva zdravotnictví, ministerstva školství, mládeže a tělovýchovy, ministerstva práce a sociálních věcí). [7, 11]

5.2.1 Logopedická péče v rezortu zdravotnictví

V rezortu ministerstva zdravotnictví je logopedická péče poskytována osobám s narušenou komunikační schopností v logopedických poradnách (ambulancích), nemocnicích, léčebnách či rehabilitačních ústavech. Logopedi provádějí poradenskou činnost pro osoby s narušenou komunikační schopností i pro rodinné příslušníky. K atestaci se může logoped přihlásit na základě splnění legislativních požadavků příslušného rezortu. Po složení atestační zkoušky se nazývá logoped klinickým logopedem. [10]

II. PRAKTICKÁ ČÁST

6 STANOVENÍ CÍLŮ A HYPOTÉZ PRÁCE

CÍL 1: Zjistit bariéry se kterými se osoby s dysartrií nejčastěji setkávají

H1: Předpokládám, že převážná většina respondentů se nejčastěji setkává s komunikační bariérou na úřadech.

H2: Domnívám se, že převážné většině respondentů pomáhá s vyřizováním potřebných záležitostí rodina.

H3: Předpokládám, že u většiny respondentů ovlivňuje porucha řeči nejvíce psychickou pohodu a dorozumívání v běžných/každodenních situacích.

CÍL 2: Zjistit uplatnění kompenzačních pomůcek u osob s dysartriií

H4: Předpokládám, že více jak polovina respondentů využívá některých kompenzačních pomůcek pro snadnější komunikaci.

H5: Předpokládám, že většina osob, která používá kompenzační pomůcky, využívá služeb přístrojů na počítačové bázi.

CÍL 3: Vyhodnotit a zpracovat údaje

7 METODOLOGIE VÝZKUMU

K vlastnímu sběru dat byla použita metoda dotazníku vlastní konstrukce. Dotazník jako výzkumná metoda má tu výhodu, že lze rychle získat konkrétní informace od velkého počtu osob v krátké době. Dotazník obsahoval 16 položek, byl zcela anonymní s jasnými pokyny pro vyplnění (viz. příloha P I). [1]

7.1 Průběh výzkumného šetření

Vlastní výzkum probíhal ve 3 zdravotnických zařízeních: v KNTB ve Zlíně (ambulance klinické logopedie), v městské nemocnici Hustopeče (oddělení ošetřovatelské péče) a ve Veselí nad Moravou - příspěvková organizace nemocnice Kyjov (úsek následné péče).

7.2 Charakteristika výzkumu

Ve zdravotnických zařízeních byli osloveni respondenti 18 let a více. Celkem jsem použila 30 dotazníků.

7.3 Návratnost dotazníků

Celkem se mi vrátilo všech 30 dotazníků, tedy 100% návratnost.

7.4 Zpracování dat

Získaná data jsou zpracována a znázorněna v tabulkách a grafech dle četností.

Absolutní četnost v tabulce udává počet respondentů, kteří odpovídali na danou položku.

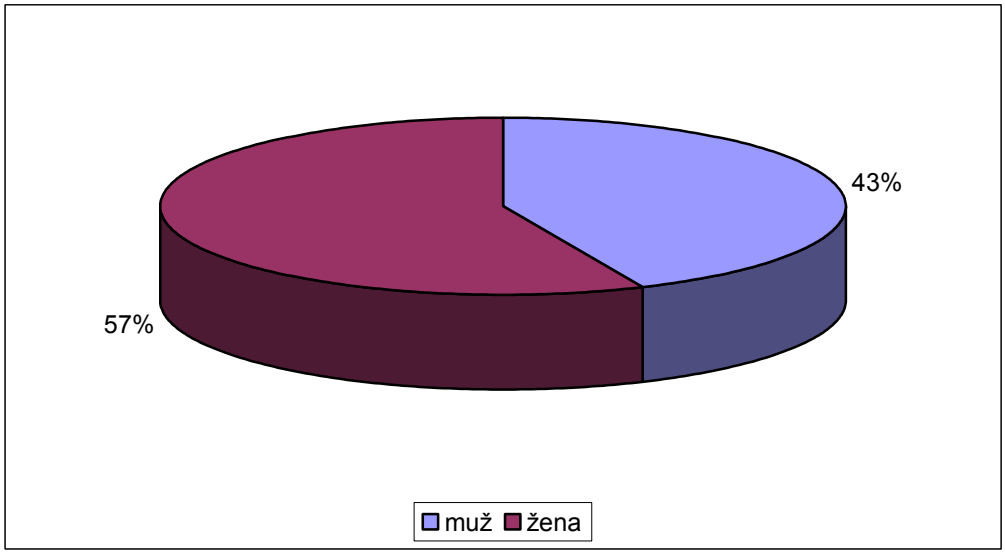
Relativní četnost poskytuje informace o tom, jak velká část z celkového počtu hodnot připadá na danou dílčí hodnotu, je vyjádřena v procentech (%).

8 ZPRACOVÁNÍ VÝSLEDKŮ DOTAZNÍKOVÉHO ŠETŘENÍ

Otázka číslo 1: Pohlaví

	Absolutní četnost	Relativní četnost
Muž	13	43%
Žena	17	57%
Celkem	30	100%

Tabulka 1: Pohlaví



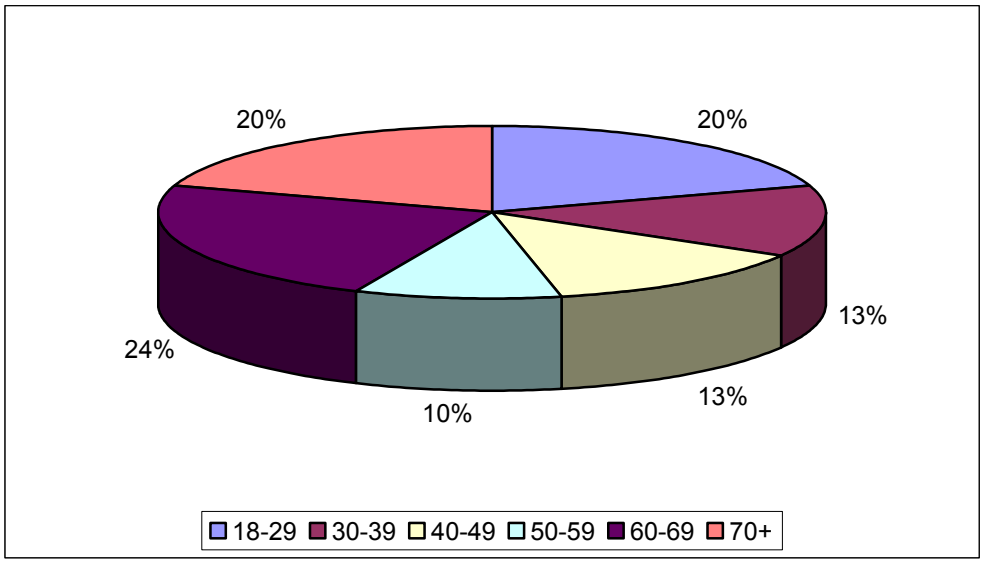
Graf 1: Pohlaví

Komentář: Dotazníkového šetření se zúčastnilo celkem 30 respondentů, z čehož bylo 13 mužů (43%) a 17 žen (57%).

Otázka číslo 2: Věk

	Absolutní četnost	**Relativní četnost**
18-29	6	20%
30-39	4	13%
40-49	4	13%
50-59	3	10%
60-69	7	24%
70 a více	6	20%
Celkem	30	100%

Tabulka 2: Věk



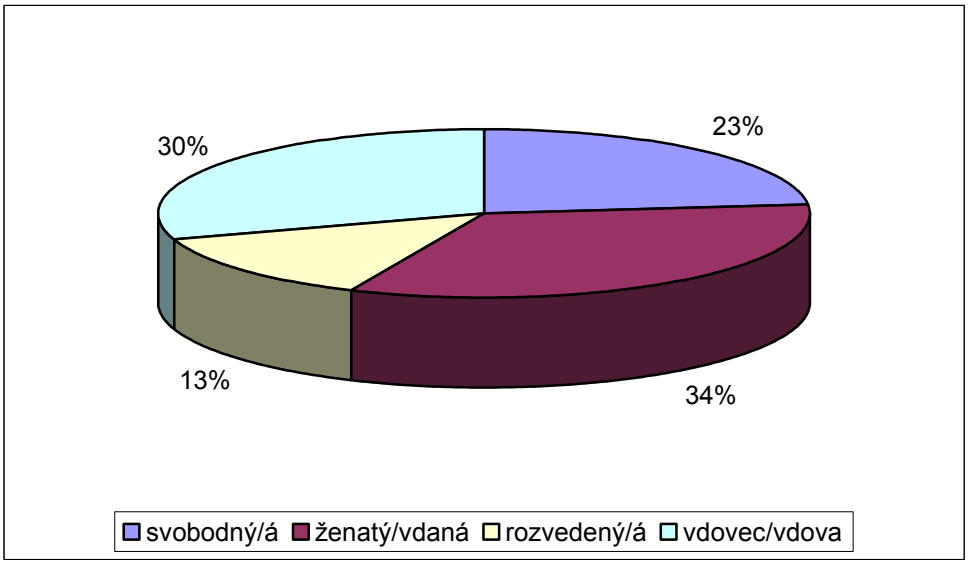
Graf 2: Věk

Komentář: Na dotazník odpovídali lidé různých věkových kategorií, od 18 let a více. Nejvíce respondentů bylo ve věkové skupině 60-69 let (27%), nejméně ve věkové skupině 50-59 let (10%).

Otázka číslo 3: Rodinný stav

	Absolutní četnost	Relativní četnost
Svobodný/á	7	23%
Ženatý/vdaná	10	34%
Rozvedený/á	4	13%
Vdovec/vdova	9	30%
Celkem	30	100%

Tabulka 3: Rodinný stav



Graf 3: Rodinný stav

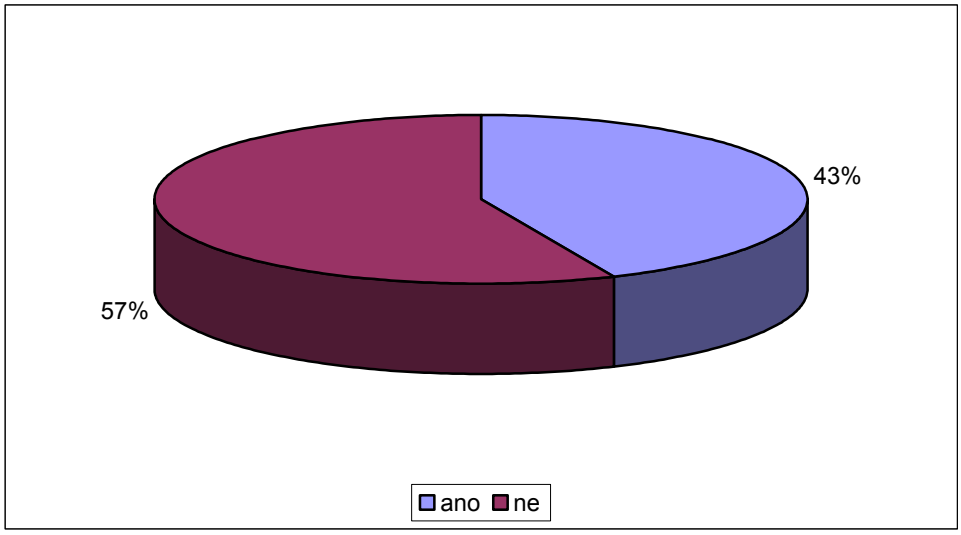
Komentář: Z grafu i tabulky je viditelné, že nejvíce respondentů bylo ve stavu ženatý/vdaná (34%), pouze o 1 respondenta méně vdovec/vdova, nejméně jich bylo ve stavu rozvedený/á (13%).

Otázka číslo 4:

Změnilo se Vaše sociální postavení v závislosti na postižení?

	Absolutní četnost	Relativní četnost
Ano	13	43%
Ne	17	57%
Celkem	30	100%

Tabulka 4: Změnilo se sociální postavení

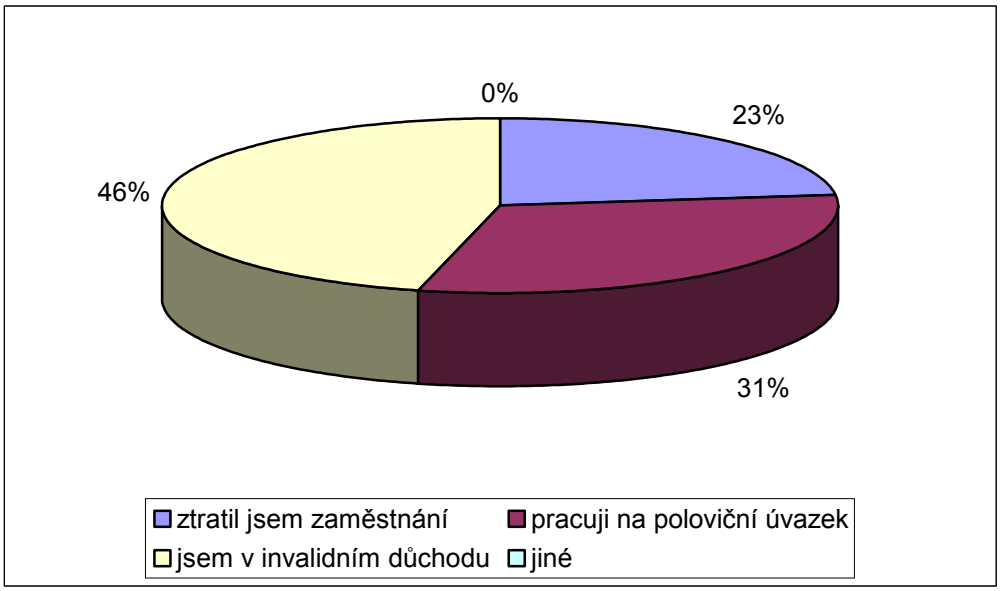


Graf 4: Změnilo se sociální postavení

Komentář: U 17 respondentů (57%) nedošlo ke změně sociálního postavení, u 13 respondentů (43%) došlo ke změně sociálního postavení (v závislosti na postižení). Zajímalo mě k jakým změnám došlo, proto jsem s touto odpovědí pracovala dále.

	Absolutní četnost	Relativní četnost
Ztratil jsem zaměstnání	3	23%
Pracuji na polov. úvazek	4	31%
Jsem v inval. důchodu	6	46%
Jiné	0	0%
Celkem	13	100%

Tabulka 5: Změna sociálního postavení



Graf 5: Změna sociálního postavení

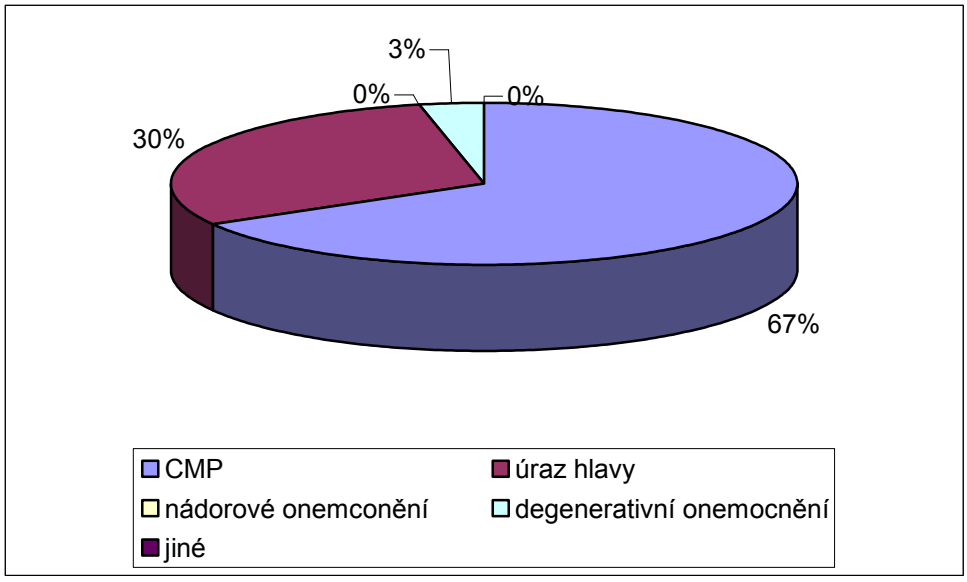
Komentář: 13 respondentů odpovědělo na otázku týkající se změny sociálního postavení v závislosti na postižení kladně.Vznikly u nich následujícím změny: nejvíce způsobilo postižení invalidizaci u 46%, 31% pracuje i nadále na poloviční úvazek a 23% respondentů ztratilo zaměstnání.

Otázka číslo 5:

V jaké souvislosti u Vás vzniklo postižení řeči?

	Absolutní četnost	Relativní četnost
CMP	20	67%
Úraz hlavy	9	30%
Nádorové onemocnění	0	0%
Degenerativní onemoc-nění	1	3%
Jiné	0	0%
Celkem	30	100%

Tabulka 6: Souvislosti vzniku postižení řeči



Graf 6: Souvislosti vzniku postižení řeči

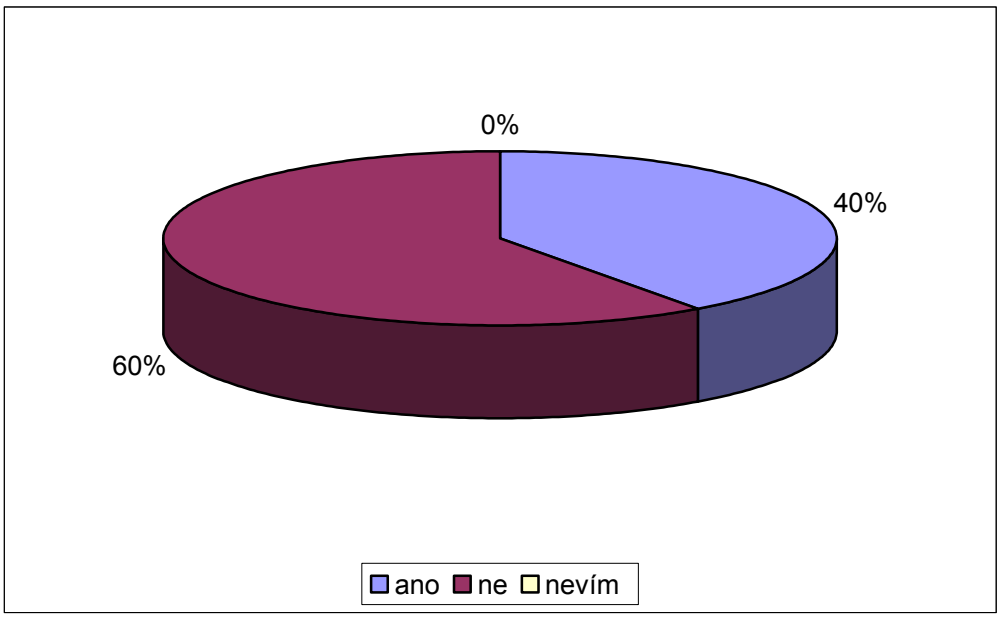
Komentář: Z celkového počtu respondentů byla příčinou vzniku poruchy řeči v 67% CMP, úraz hlavy v 30% a degenerativní onemocnění v 1%.

Otázka číslo 6:

Máte pocit, že se Vaše rodinné vztahy změnily v souvislosti s postižením?

	Absolutní četnost	Relativní četnost
Ano	12	40%
Ne	18	60%
Nevím	0	0%
Celkem	30	100%

Tabulka 7: Změnily se rodinné vztahy v souvislosti s postižením

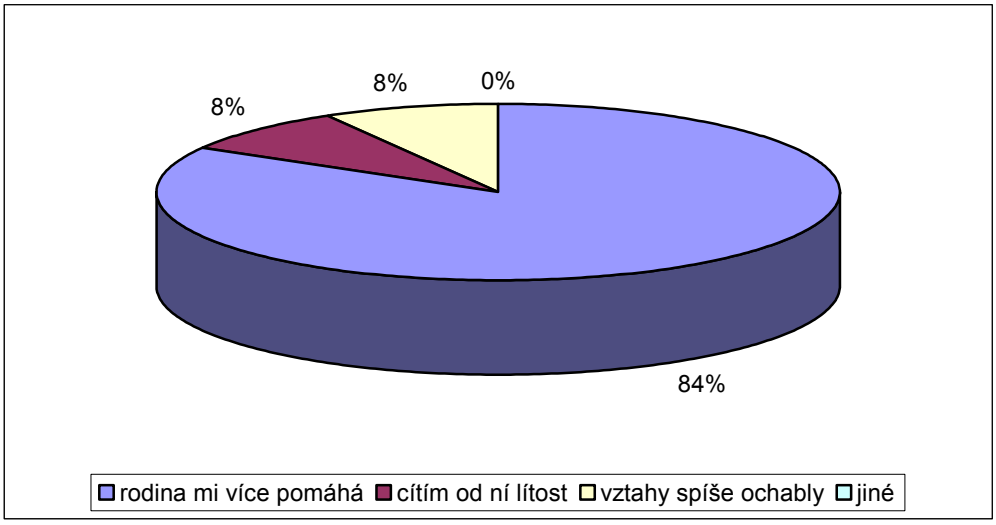


Graf 7: Změnily se rodinné vztahy v souvislosti s postižením

Komentář: 18 respondentů (60%) odpovědělo, že nedošlo ke změně rodinných vztahů, u 12 (40%) došlo ke změně. Zajímalo mě, jak se změnily rodinné vztahy, proto jsem s touto otázkou pracovala dále.

	Absolutní četnost	Relativní četnost
Rodina mi více pomáhá	10	84%
Cítím od nich lítost	1	8%
Vztahy spíše ochably	1	8%
Jiné	0	0%
Celkem	12	100%

Tabulka 8: Změna rodinných vztahů v souvislosti s postižením



Graf 8: Změna rodinných vztahů v souvislosti s postižením

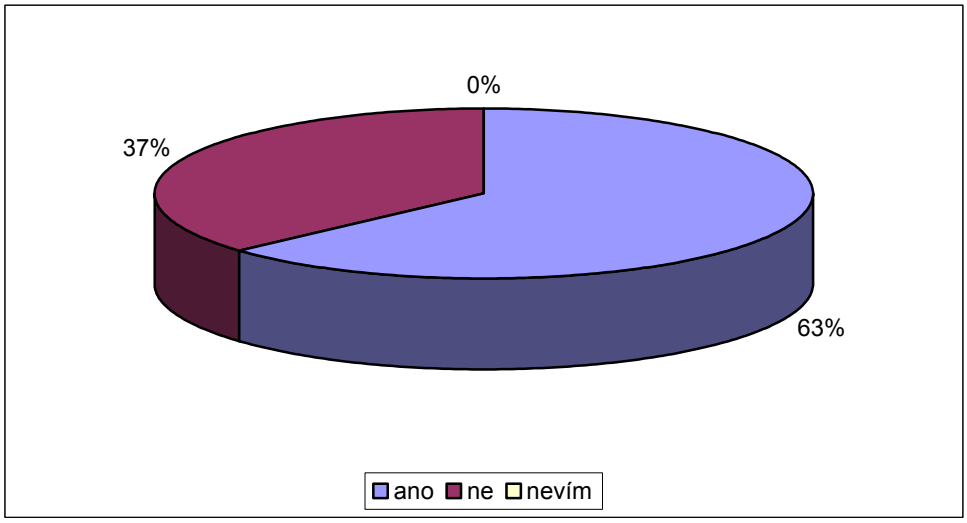
Komentář: Postižení zasáhne nejen jedince samotného, ale i jeho blízké. Proto mě zajímalo, zda se změnily rodinné vztahy pozitivně či negativně. Z tabulky i grafu je patrné, že v 80% rodina postiženým osobám více pomáhá, lítost a ochabnutí rodinných vztahů udali respondenti stejně, v obou případech v 8%.

Otázka číslo 7:

Máte pocit, že se Vaše přátelské vztahy změnily v souvislosti s postižením?

	Absolutní četnost	Relativní četnost
Ano	19	63%
Ne	11	37%
Nevím	0	0%
Celkem	30	100%

Tabulka 9: Změnily se přátelské vztahy v souvislosti s postižením

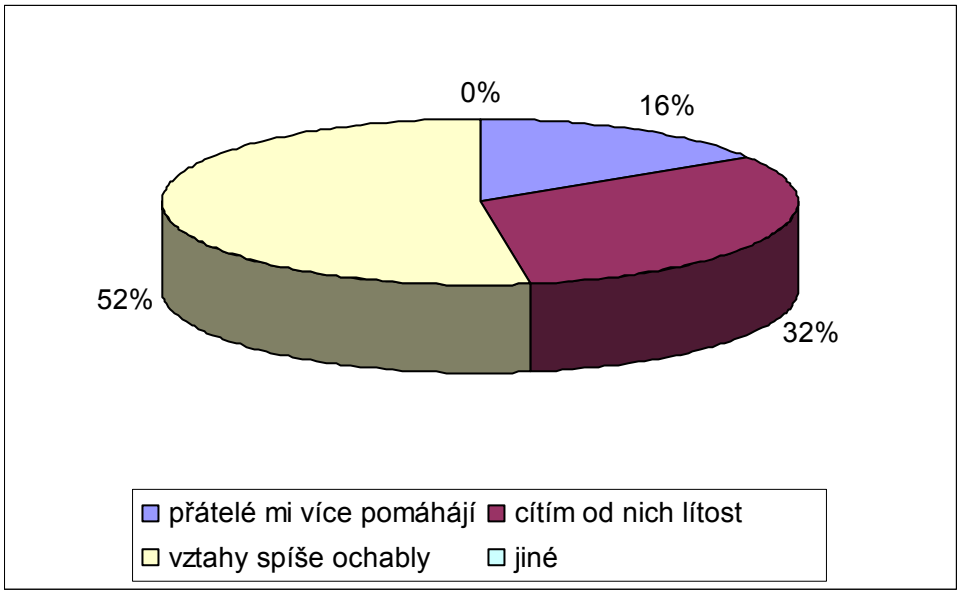


Graf 9: Změnily se přátelské vztahy v souvislosti s postižením

Komentář: 11 respondentů (37%) odpovědělo, že u nich nedošlo ke změně rodinných vztahů, u 19 (63%) došlo ke změnám. Zajímalo mě, jak se tyto přátelské vztahy změnily, proto jsem s touto otázkou pracovala dále.

	Absolutní četnost	Relativní četnost
Přátelé mi více pomáhají	3	16%
Cítím od nich lítost	6	32%
Vztahy spíše ochably	10	52%
Jiné	0	0%
Celkem	19	100%

Tabulka 10: Změna přátelských vztahů v souvislosti s postižením



Graf 10: Změna přátelských vztahů v souvislosti s postižením

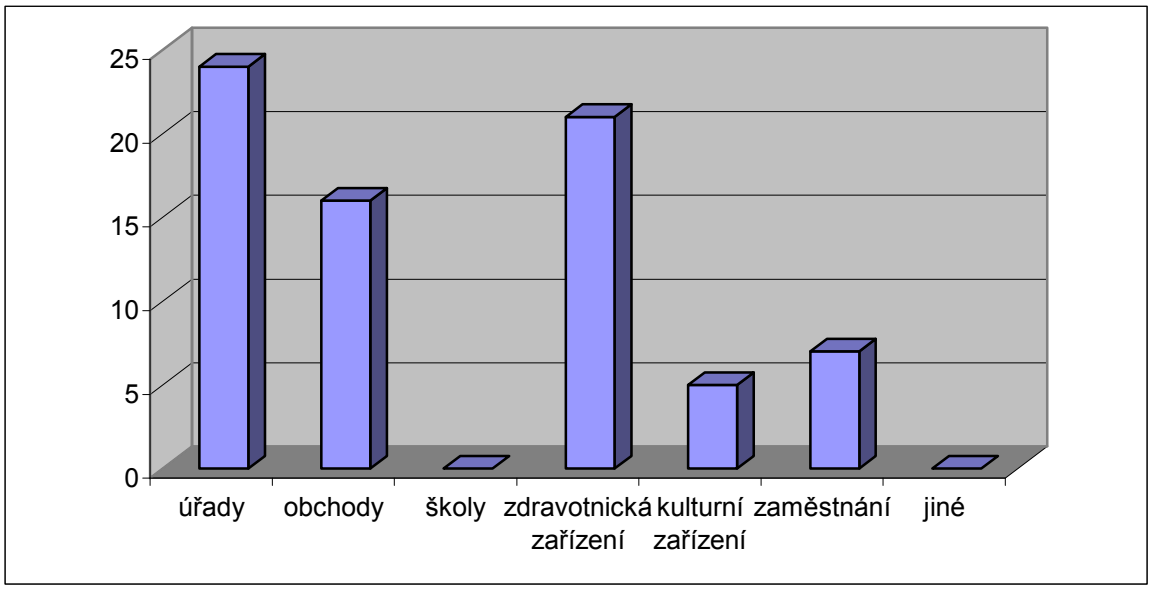
Komentář: V 52% přátelské vztahy spíše ochably a pouze v 16% přátelé více pomáhají. Z těchto výsledků je patrné, že ve srovnání rodinných a přátelských vztahů je rodina pro postižené větší oporou.

Otázka číslo 8:

Kde se nejčastěji setkáváte s komunikační bariérou?

	Absolutní četnost	Relativní četnost
Úřady	24	33%
Obchody	16	22%
Školy	0	0%
Zdravotnická zařízení	21	29%
Kulturní zařízení	5	7%
Zaměstnání	7	9%
Jiné	0	0%
Celkem	73	100%

Tabulka 11: Místa, kde se nejčastěji setkáváte s bariérou



Graf 11: Místa, kde se nejčastěji setkáváte s bariérou

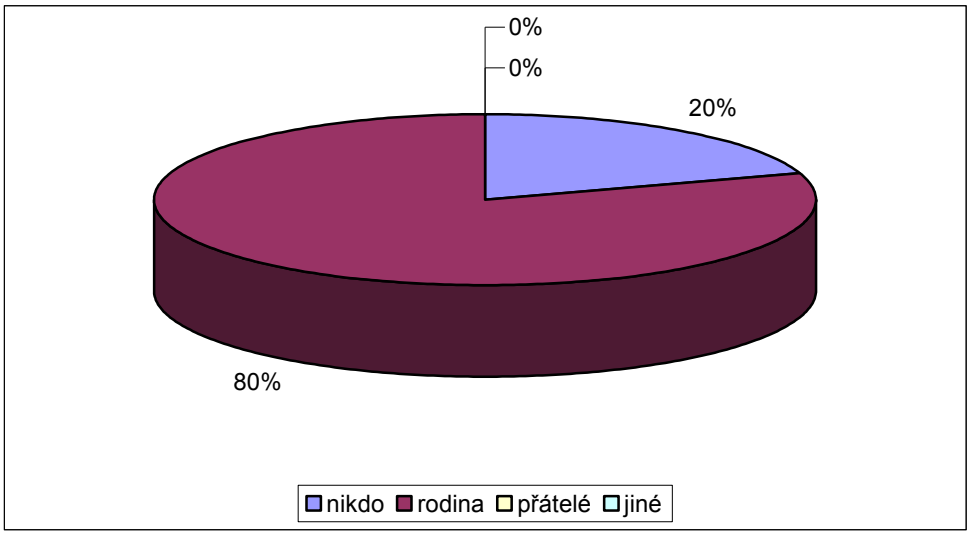
Komentář: V této otázce měli respondenti možnost zaškrtnout více odpovědí. Nejvíce se setkávají s komunikačními bariérami na úřadech, ve zdravotnických zařízeních a v obchodech.

Otázka číslo 9:

Kdo Vám pomáhá s vyřizováním potřebných záležitostí např. na úřadech?

	Absolutní četnost	**Relativní četnost**
Nikdo	6	20%
Rodina	24	80%
Přátelé	0	0%
Jiné	0	0%
Celkem	30	100%

Tabulka 12: Pomoc s vyřizováním potřebných záležitostí



Graf 12: Pomoc s vyřizováním potřebných záležitostí

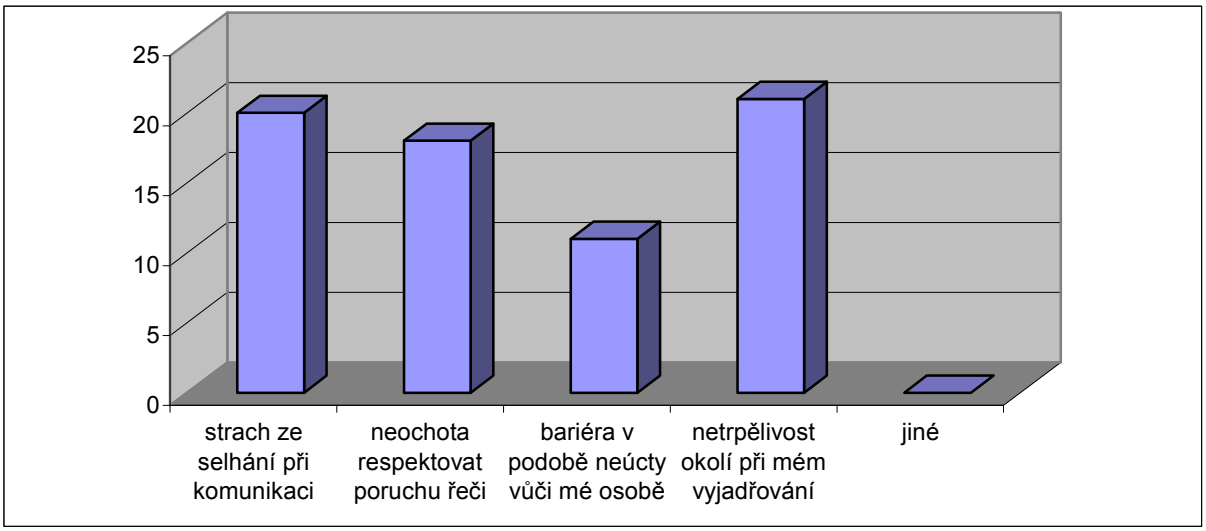
Komentář: V 80% pomáhá respondentům s vyřizováním potřebných záležitostí rodina, ve 20% přátelé.

Otázka číslo 10:

Se kterými překážkami se nejčastěji při komunikaci setkáváte?

	Absolutní četnost	Relativní četnost
Strach	20	28%
Neochota	18	26%
Neúcta	11	16%
Netrpělivost	21	30%
Jiné	0	0%
Celkem	70	100%

Tabulka 13: Se kterými překážkami se nejčastěji při komunikaci setkáváte



Graf 13: Se kterými překážkami se nejčastěji při komunikaci setkáváte

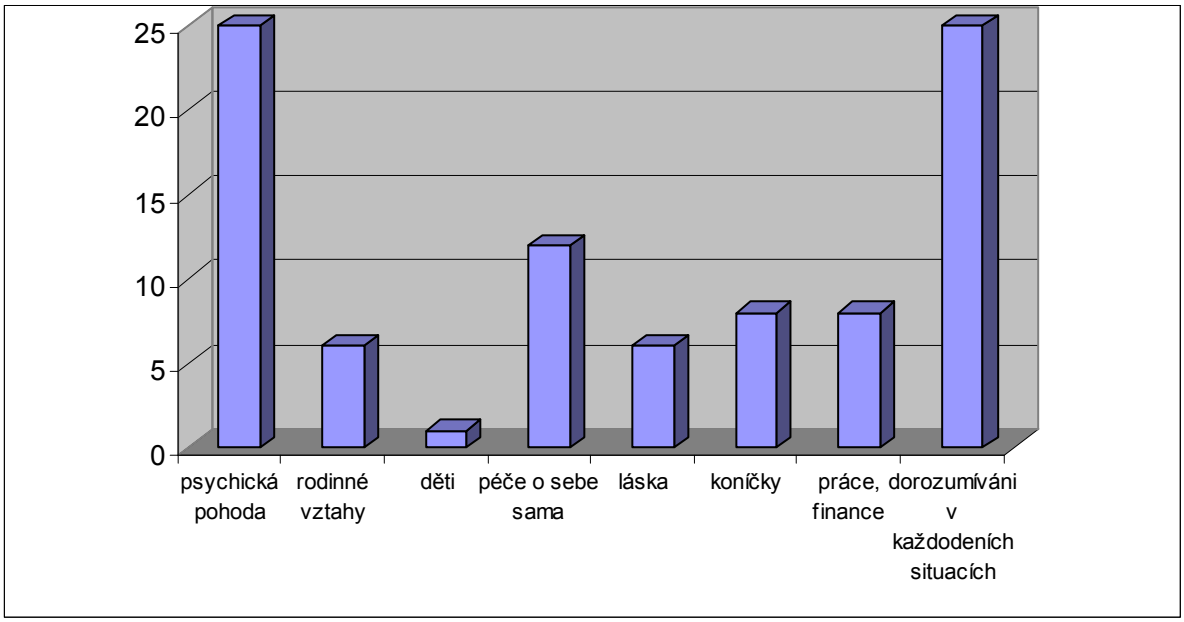
Komentář:V této otázce byla možnost více odpovědí. Zjišťovala jsem, se kterými překážkami se nejčastěji respondenti setkávají při komunikaci. Nejvíce uváděli netrpělivost okolí, strach ze selhání a neochotu respektovat poruchu řeči. Naopak nejméně pociťovali bariéru v podobě neúcty.

Otázka číslo 11:

Kterou oblast života nejvíce ovlivňuje Vaše postižení?

	Absolutní četnost	Relativní četnost
Psychická pohoda	25	27%
Rodinné vztahy	6	7%
Děti	1	1%
Péče o sebe sama	12	13%
Láska	6	7%
Koníčky	8	9%
Práce, finance	8	9%
Dorozumívání	25	27%
Celkem	90	100%

Tabulka 14: Kterou oblast života nejvíce ovlivňuje postižení



Graf 14: Kterou oblast života nejvíce ovlivňuje postižení

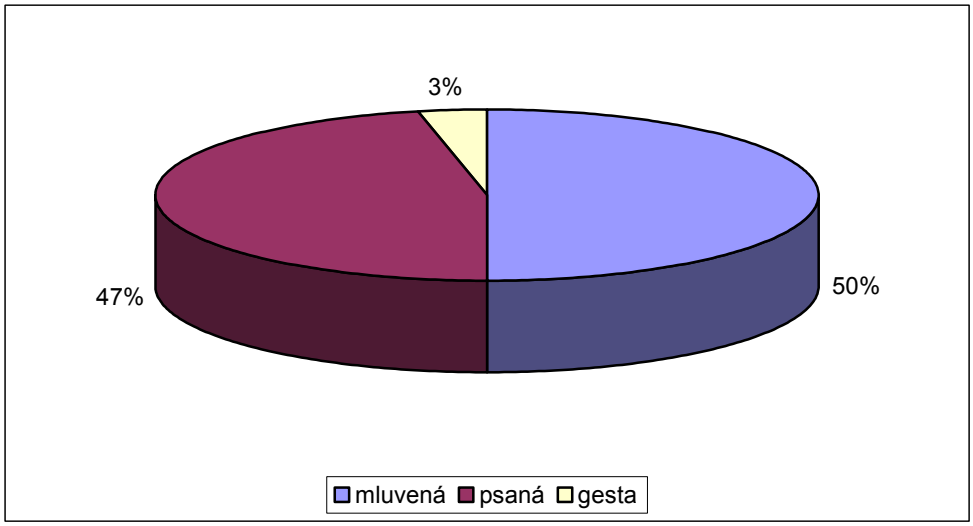
Komentář: Dotazovaní měli možnost zvolit více odpovědí. Z tabulky i grafu je viditelné, že jejich postižení nejvíce ovlivňuje dorozumívání v každodenních situacích a psychickou pohodu. Nejméně byla ovlivněna oblast děti.

Otázka číslo 12:

Kterému způsobu komunikace dáváte nejvíce přednost?

	Absolutní četnost	Relativní četnost
Mluvená	15	50%
Psaná	14	47%
Gesta	1	3%
Celkem	30	100%

Tabulka 15: Kterému způsobu komunikace dáváte přednost

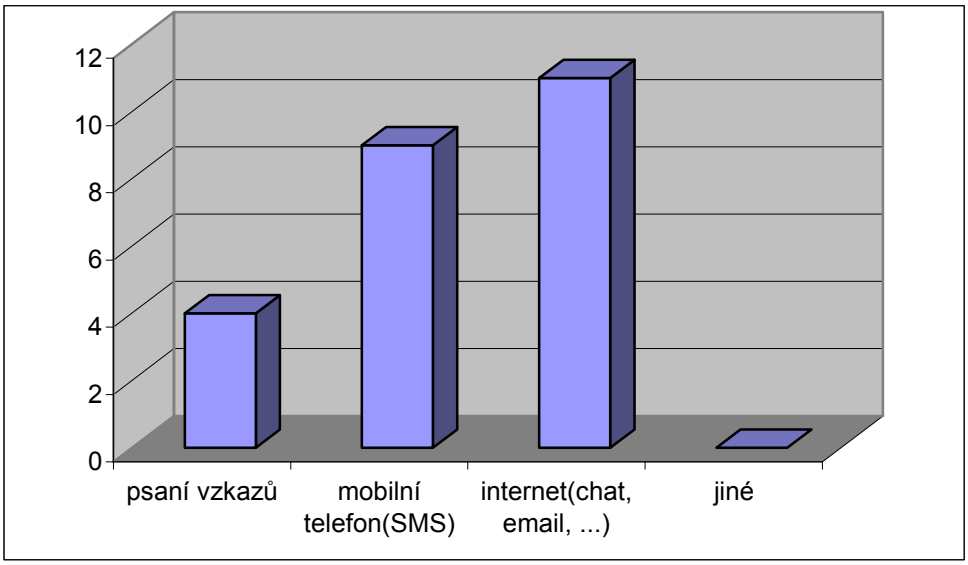


Graf 15: Kterému způsobu komunikace dáváte přednost

Komentář: V této otázce jsem zjišťovala který druh komunikace respondenti nejvíce upřednostňují. V 50% je to komunikace mluvená, v 47% psaná a nejméně jsou využívána gesta 3%.

	Absolutní četnost	Relativní četnost
Psaní vzkazů	4	17%
Mobilní telefon	9	45%
Internet	11	46%
Jiné	0	0%
Celkem	24	100%

Tabulka 16: Nejpoužívanější možnosti psané komunikace



Graf 16: Nejpoužívanější možnosti psané komunikace

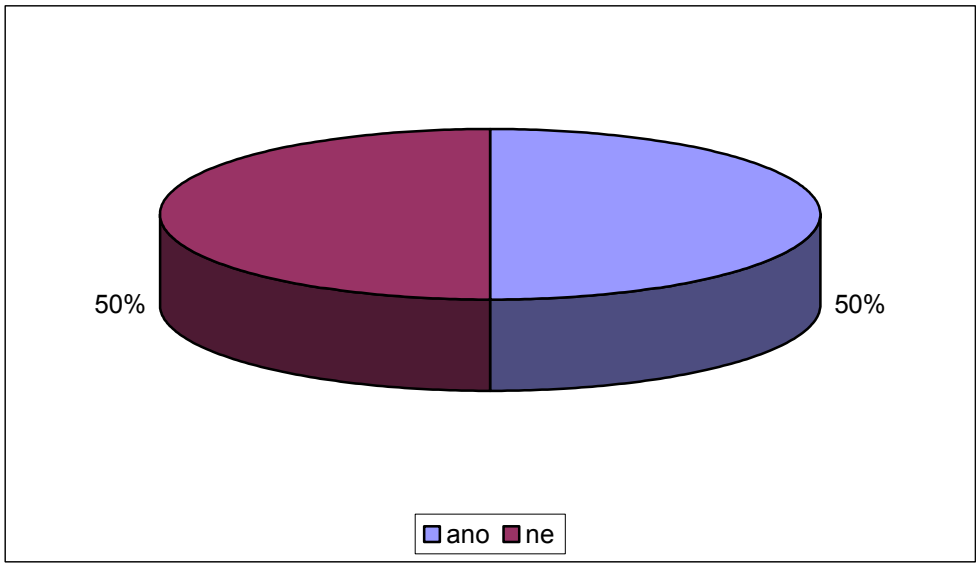
Komentář: Zajímalo mě, kterou formu psané komunikace respondenti využívají. Na tuto podotázku byla možnost několika odpovědí. Nejvíce využívají internetových služeb, pouze o jednoho respondenta méně mobilní telefon (psaní textových zpráv), a nejméně využívají psaní vzkazů.

Otázka číslo 13:

Informoval Vás někdo o možnostech využití kompenzačních /náhradních/ pomůcek?

	Absolutní četnost	Relativní četnost
Ano	15	50%
Ne	15	50%
Celkem	30	100%

Tabulka 17: Informovanost o možnostech využití kompenzačních pomůcek

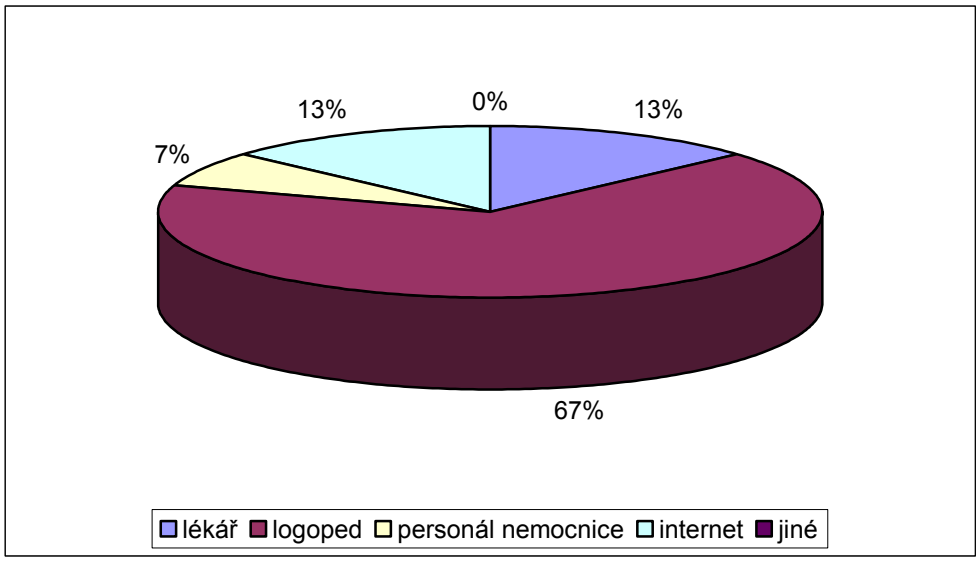


Graf 17: Informovanost o možnostech využití kompenzačních pomůcek

Komentář: Touto otázkou jsem chtěla zjistit, zda respondenty někdo informoval o možnostech využití kompenzačních pomůcek. Výsledky jsou stejné, v 50% byli informováni a v 50% nebyli informováni.

	Absolutní četnost	Relativní četnost
Lékař	2	13%
Logoped	10	67%
Personál nemocnice	1	7%
Internet	2	13%
Jiné	0	0%
Celkem	15	100%

Tabulka 18: Informátor o možnostech využití kompenzačních pomůcek



Graf 18: Informátor o možnostech využití kompenzačních pomůcek

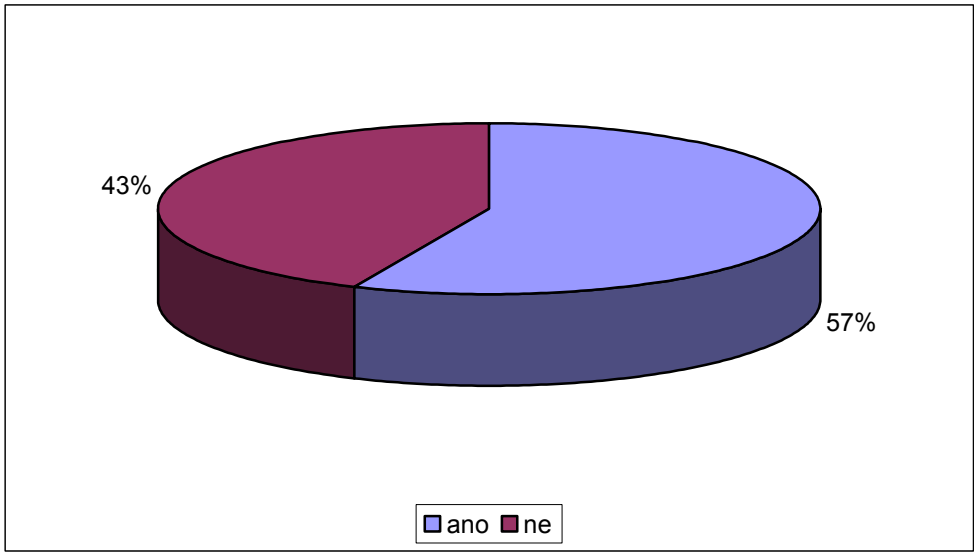
Komentář: O možnostech používání kompenzačních pomůcek informoval respondenty v 67% logoped, shodně ve 13% internet a lékař a v 7% personál nemocnice.

Otázka číslo 14:

Využíváte některých kompenzačních pomůcek?

	Absolutní četnost	Relativní četnost
Ano	17	75%
Ne	13	43%
Celkem	30	100%

Tabulka 19: Užívání kompenzačních pomůcek

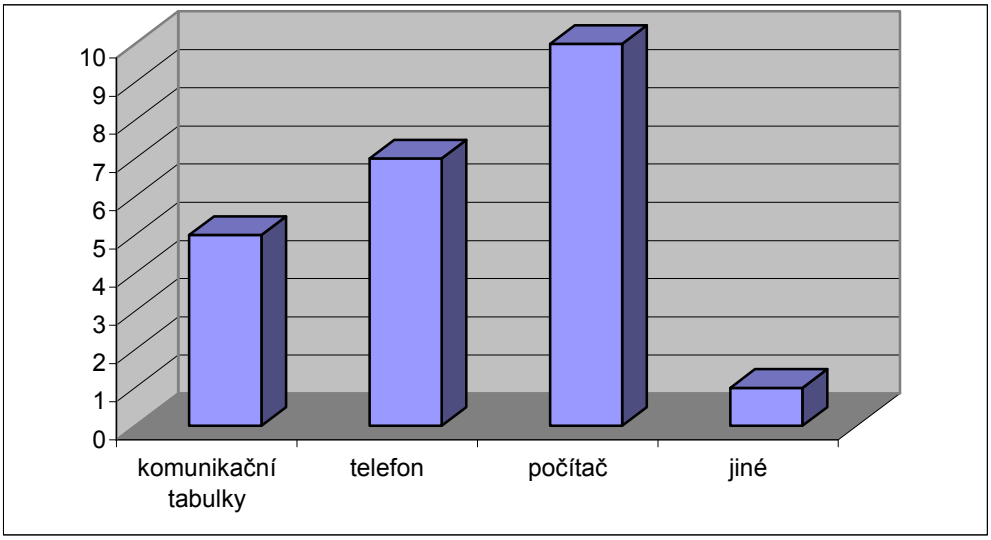


Graf 19: Užívání kompenzačních pomůcek

Komentář: 13 respondentů (43%) nevyužívá žádných kompenzačních pomůcek, 17 (57%) využívá některých kompenzačních pomůcek. Chtěla jsem zjistit které pomůcky a proto jsem s otázkou jsem pracovala dále.

	Absolutní četnost	Relativní četnost
Komunikační tabulky	5	22%
Telefon	7	30%
Počítač	10	44%
Jiné	1	4%
Celkem	23	100%

Tabulka 20: Užívané kompenzační pomůcky



Graf 20: Užívané kompenzační pomůcky

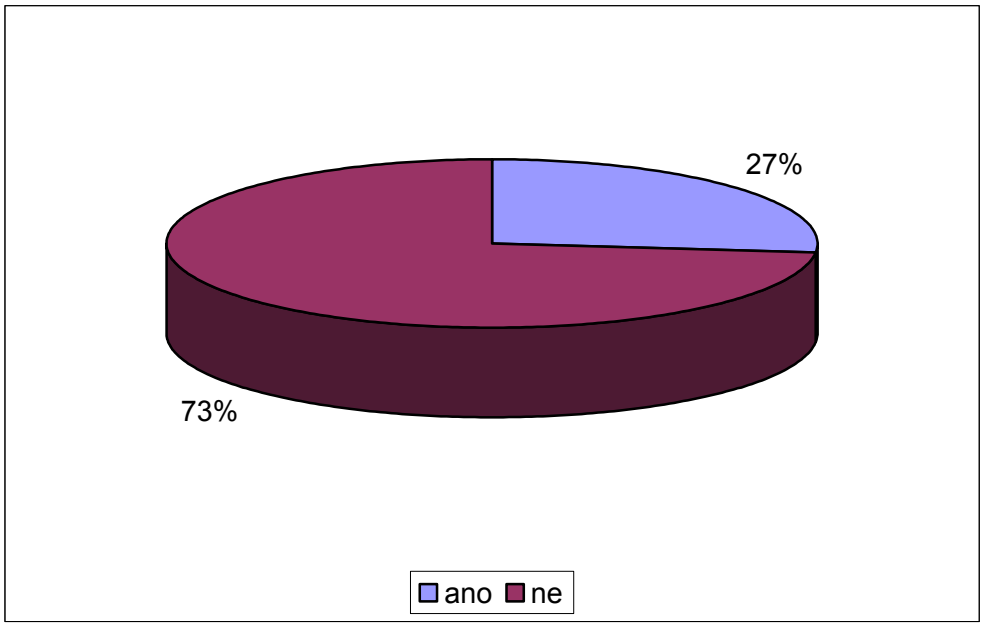
Komentář: Nejvíce je využíván počítač, dále mobilní telefon, komunikační tabulky a nejméně jiné - papír a tužka.

Otázka číslo 15:

Setkali jste se někdy během hospitalizace ve zdrav. zařízení s tím, že by personál /s výjimkou logopeda/ využíval nějaké pomůcky pro snadnější komunikaci s Vámi?

	Absolutní četnost	Relativní četnost
Ano	8	27%
Ne	22	73%
Celkem	30	100%

Tabulka 21: Zkušenost s využíváním pomůcek ve zdravotnických zařízeních

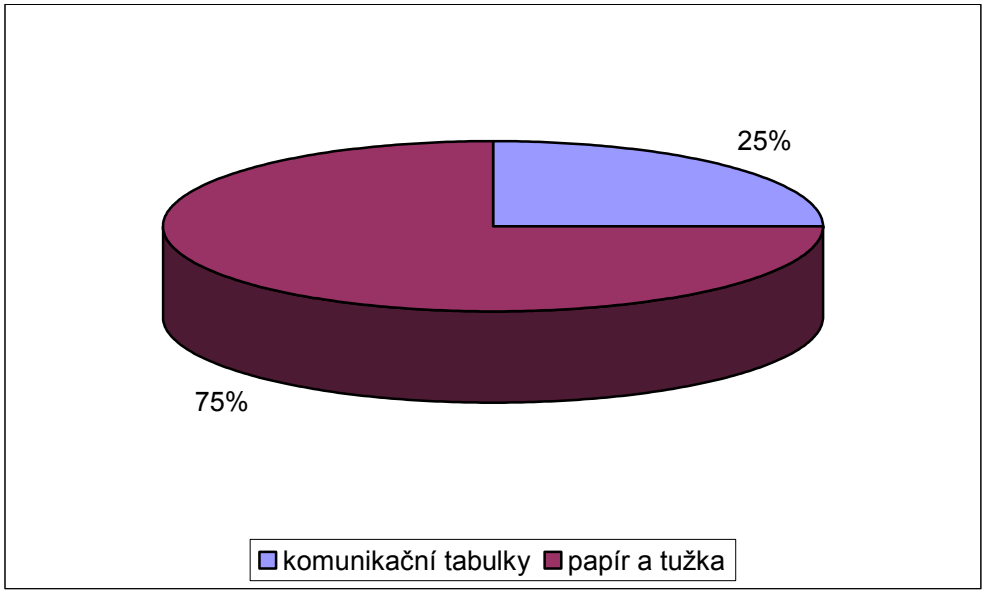


Graf 21: Zkušenost s využíváním pomůcek ve zdravotnických zařízeních

Komentář: Zajímalo mě jako zdravotníka, zda se tito lidé setkali během hospitalizace s tím, že by personál nemocnice využíval pomůcky pro usnadnění komunikace. Velmi mě překvapilo, že pouze v 8 případech (27%) se s tím setkali a ve 22 (73%) případech nikoliv.

	Absolutní četnost	Relativní četnost
Komunikační tabulky	2	25%
Papír a tužka	6	75%
Celkem	8	100%

Tabulka 22: Používané pomůcky ve zdravotnickém zařízení



Graf 22: Používané pomůcky ve zdravotnickém zařízení

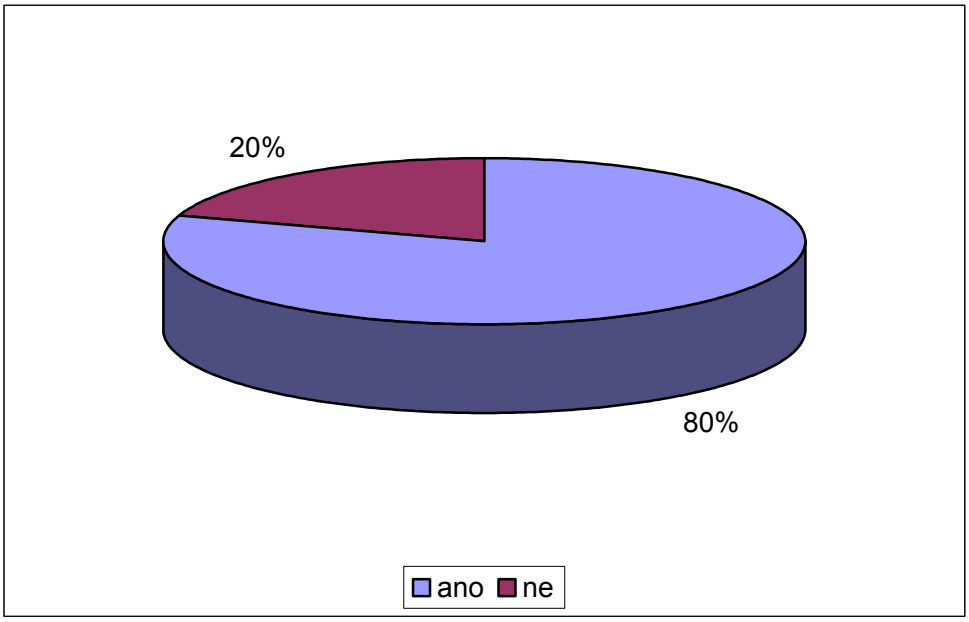
Komentář: 8 respondentů odpovědělo, že se setkali s nějakou pomůckou pro snadnější komunikaci ve zdravotnickém zařízení. V 6 případech (75%) používali papír a tužku, 2 respondenti (25%) používali komunikační tabulky.

Otázka číslo 16:

Uvítali by jste během Vaší hospitalizace nějaké pomůcky pro snadnější komunikaci?

	Absolutní četnost	**Relativní četnost**
Ano	24	80%
Ne	6	20%
Celkem	30	100%

Tabulka 23: Uvítání pomůcek



Graf 23: Uvítání pomůcek

Komentář: Tuto otázku jsem položila proto, abych zjistila, zda by tito lidé s poruchami řeči uvítali nějaké pomůcky pro snadnější komunikaci. 24 respondentů (80%) odpovědělo ano, u 6 (20%) byla odpověď záporná.

8.1 Zhodnocení hypotéz

H1: *Předpokládám, že většina osob s dysartrií se nejčastěji setkává s komunikační bariérou na úřadech.*

Z vlastní zkušenosti, kdy jsem se často setkala na úřadech s neochotou úředníků, jsem se domnívala, že lidé s poruchou řeči se nejčastěji setkávají s bariérami právě zde. Nejvíce respondentů (24 z 30) uvedlo, že se nejčastěji setkávají s komunikační bariérou na úřadech. Hypotéza se potvrdila.

Zajímavé zjištění bylo, kdy 21 respondentů odpovědělo, že se setkává s komunikační bariérou ve zdravotnických zařízeních. Domnívala jsem se, že pracovníci ve zdravotnictví jsou dostatečně erudováni a ohleduplní v tom, jak se chovat ke klientům s poruchami řeči. Z dotazníků vyplývá, že tomu tak bohužel není.

H2: *Domnívám se, že převážné většině respondentů pomáhá s vyřizováním potřebných záležitostí rodina.*

Pokud vznikne porucha řeči v průběhu života a z plného zdraví, ovlivní to velmi silně jak klienta samotného tak i jeho rodinu. Proto hraje zejména rodina velmi důležitou roli, klient totiž hledá pomoc zejména u svých blízkých. Z výsledků plyne, že 24 z 30 respondentů pomáhá při vyřizování potřebných záležitostí rodina. Hypotéza se potvrdila.

H3: *Předpokládám, že u většiny respondentů ovlivňuje porucha řeči nejvíce psychickou pohodu a dorozumívání v běžných/každodenních situacích.*

Hypotézu se podařilo potvrdit. Postižení ovlivňuje nejčastěji psychickou pohodu, stejně je tomu i oblast dorozumívání v běžných/každodenních situacích. V obou případech odpovědělo překvapivě naprosto stejný počet respondentů, 25 z 30.

H4: *Předpokládám, že více jak polovina respondentů využívá některých kompenzačních pomůcek pro snadnější komunikaci.*

Tato hypotéza se potvrdila. 17 respondentů z 30 využívá kompenzační pomůcky.

H5: *Předpokládám, že většina osob, která používá kompenzační pomůcky, využívá služeb přístrojů na počítačové bázi.*

Hypotéza se potvrdila. Z 17 respondentů, kteří požívají kompenzační pomůcky jich 10 využívá přístrojů na počítačové bázi (notebook, stolní počítač, speciální software).

9 ŘEŠENÍ PROBLÉMU, DOPORUČENÍ PRO PRAXI

9.1 Návrh řešení

V rámci výzkumného šetření jsem zjistila, že se osoby trpící dysartrií často setkávají s komunikační bariérou ve zdravotnických zařízeních. Proto jsem vytvořila edukační materiál - „Doporučení pro zdravotníky při komunikaci s klienty s dysartrií.“ (viz. příloha P V)

Zároveň navrhuji možná dechová a hlasová cvičení pro klienty (viz. příloha P II, III), která mohou realizovat i sestry.

Zjistila jsem, že převážná většina respondentů by uvítala během hospitalizace pomůcky pro snadnější komunikaci. Proto bych doporučila námět pro další práci.Vytvoření pomůcky pro rychlou kompenzaci komunikační poruchy a zabezpečení základního dorozumění s klientem (např. obrázky, či kartičky s popisem, které by vystihovaly klientovy potřeby). Cílem této pomůcky by bylo minimalizovat stres při komunikaci a také předcházet riziku vzniku logofobie (strach z mluvení).

10 ZÁVĚR

Ve své bakalářské práci jsem se věnovala problematice týkající se osob se získanou dysartrií. Tuto poruchu řeči jsem si zvolila z důvodu, že jsem se s tímto pojmem nikdy dříve nesetkala.

Snažila jsem se zaměřit na komunikaci a její možné poruchy, vystihnout bariéry, které se mohou vyskytovat při běžné komunikaci. Dále jsem se věnovala alternativní a augmentativní komunikaci, která se pokouší kompenzovat projevy poruchy a postižení osob, kompenzačním pomůckám pro osoby s dysartrií a komunikačním schopnostem, které by měla sestra ovládat, při komunikaci s těmito klienty.

Jako cíle jsem si zvolila zjistit bariéry se kterými se tyto osoby nejčastěji setkávají a uplatnění kompenzačních pomůcek. Pro výzkum se mi podařilo zajistit pouze 30 respondentů, ale i přesto to bylo poměrně obtížné. Stanovila jsem si pět hypotéz, vztahujících se k této problematice. Získané údaje, jsem zpracovala do podoby tabulek a grafů.

Je třeba si uvědomit, že pokud vznikne u osob porucha řeči v průběhu života, náhle a z plného zdraví, způsobí mnoho změn v dosavadním životě. Může způsobit jak změny sociálního postavení, tak i změny v rodinných či přátelských vztazích. Proto je třeba si uvědomit, že i nás může kdykoliv postihnout nemoc či úraz, který nás invalidizuje či způsobí poruchu řeči. Pokusme se vžít do role těchto osob a uvědomit si, jak my sami bychom se cítili a jak bychom si přáli, aby se k nám druzí chovali.

Tato práce mi dala mnohé poučení, jak se chovat ke klientům s poruchou řeči.

Jsem ráda, že jsem si vybrala toto téma, pro mé budoucí povolání zdravotní sestry jsem si uvědomila důležitost individuálního přístupu k těmto klientům.

Doufám, že teoretické poznatky a výsledky praktické části mé práce budou přínosem pro všechny, kterým se dostanou do rukou.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

[1] BÁRTLOVÁ, Sylva - SADÍLEK, Petr - TÓTHOVÁ, Valérie. *Výzkum a ošetřovatelství*. 1. vyd. Brno: Národní centrum ošetřovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2005. 146 s. ISBN 80-7013-416-X.

[2] BERAN, Jiří. *Psychoterapeutický přístup v klinické praxi*. 2. vyd. Jinočany: H&H, 1996, 168 s. ISBN 80-85 467-43-7.

[3] DOLEJŠÍ, Pavel. *Jak se naučit správně vyslovovat*. 4 vyd. Humpolec: JAS, 2005. 104 s. ISBN 80-86480-66-6.

[4] DVOŘÁK, Josef. *Logopedický slovník*. 1. vyd. Žďár nad Sázavou: Logopaedia clinica, 1998. 192 s.

[5] JAROŠOVÁ, Darja. *Teorie moderního ošetřovatelství*. 1. vyd. Praha: ISV, 2000. 133 s. ISBN 80-85866-55-2.

[6] KLAPAČ, Michal. *Psychologie v praxi*. 2. vyd. Praha: Transal Books, 1994. 87. s. ISBN 80-900954-1-0.

[7] KLENKOVÁ, Jiřina. *Logopedie*. 1. vyd. Praha: Grada, 2006. 228 s. ISBN 80-247-1110-9.

[8] LECHTA, Viktor. *Diagnostika narušené komunikační schopnosti*. 1. vyd. Praha: Portál, 2005. 386 s. ISBN 80-7178-961-5.

[9] MIKULÁŠTÍK, Milan. *Komunikační dovednosti v praxi*. 1. vyd. Praha: Grada, 2003. 368 s. ISBN 80-247-0650-4.

[10] NEUBAUER, Karel. *Logopedie učební text pro bakalářské studium speciální pedagogiky*. 2. vyd. Hradec Králové: Gaudeamus, 2007. 107 s. ISBN 978-80-7041-093-6.

[11] NEUBAUER, Karel. *Poruchy řečové komunikace u dospělých osob*. Praha: Asociace klinických logopedů české republiky, 1997. 52 s.

[12] PEUTELSCHMIEDOVÁ, Alžběta. *Logopedické minimum*. 1. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2001. 70 s. ISBN 80-244-0258-0.

[13] PLHÁKOVÁ, Alena. *Učebnice obecné psychologie*. 1. vyd. Praha: Academia, 2004. 472 s. ISBN 80-200-1086-6.

[14] ŠKODOVÁ, Eva - JEDLIČKA, Ivan; a kolektiv. *Klinická logopedie*. 1. vyd. Praha: Portál, 2003. 612 s. ISBN 80-7178-546-6.

[15] VENGLÁŘOVÁ, Martina - MAHROVÁ, Gabriela. *Komunikace pro zdravotní sestry*. Praha: Grada, 2006. 144 s. ISBN 80-247-1262-8.

Internetové zdroje:

[16] LÁVIČKOVÁ, Jana. *Sociální důsledky CMP pro nemocného a rodinu*. [online]. [cit. 2008-03-30]. Dostupný z: <http://www.sestra.cz/scripts/detail.php?id=288313>

[17] Občanské sdružení Logo. *Projekt „Mluvit bez obav“* . [online]. [cit. 2008-05-15]. Dostupný z: <http://www.oslogo.cz/aktivity8.html>

[18] Speciálně pedagogické centrum pro děti a mládež s vadami řeči se zaměřením na augmentativní a alternativní komunikaci. *Augmentativní a alternativní komunikace - úvod*. [online]. [cit. 2008-03-26]. Dostupný z: <http://www.alternativnikomunikace.cz>

[19] Speciálně pedagogické centrum pro děti a mládež s vadami řeči se zaměřením na augmentativní a alternativní komunikaci. *Augmentativní a alternativní komunikace - Půjčovna*. [online]. [cit. 2008-03-26]. Dostupný z: <http://www.alternativnikomunikace.cz/saak/index.php?page=pujcovna&menu=saak>

[20] Speciálně pedagogické centrum pro děti a mládež s vadami řeči se zaměřením na augmentativní a alternativní komunikaci. *Co je augmentativní a alternativní komunikace a komu je určena*. [online]. [cit. 2008-03-26]. Dostupný z: <www.alternativnikomunikace.cz/index.php?page=cojeAAK>

[21] VELEBOVÁ, Zuzana. *Asociace klinických logopedů - Dysartrie pro veřejnost* [online]. [cit. 2008-03-30]. Dostupný z: <http://www.klinickalogopedie.cz/index.php?pg=134>

SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK

AAK Augmentativní a alternativní komunikace

CMP Cévní mozková příhoda

CNS Centrální nervová soustava

DMO Dětská mozková obrna

H Hypotéza

KNTB Krajská nemocnice Tomáše Bati

NKS Narušená komunikační schopnost

P Příloha

Pc Personal computer – osobní počítač

SAAK Sdružení pro augmentativní a alternativní komunikaci

SEZNAM GRAFŮ

Graf 1: Pohlaví 37
Graf 2: Věk 38
Graf 3: Rodinný stav 39
Graf 4: Změnilo se sociální postavení 40
Graf 5: Změna sociálního postavení 41
Graf 6: Souvislosti vzniku postižení řeči 42
Graf 7: Změnily se rodinné vztahy v souvislosti s postižením 43
Graf 8: Změna rodinných vztahů v souvislosti s postižením 44
Graf 9: Změnily se přátelské vztahy v souvislosti s postižením 45
Graf 10: Změna přátelských vztahů v souvislosti s postižením 46
Graf 11: Místa, kde se nejčastěji setkáváte s bariérou 47
Graf 12: Pomoc s vyřizováním potřebných záležitostí 48
Graf 13: Se kterými překážkami se nejčastěji při komunikaci setkáváte 49
Graf 14: Kterou oblast života nejvíce ovlivňuje postižení 50
Graf 15: Kterému způsobu komunikace dáváte přednost 51
Graf 16: Nejpoužívanější možnosti psané komunikace 52
Graf 17: Informovanost o možnostech využití kompenzačních pomůcek 53
Graf 18: Informátor o možnostech využití kompenzačních pomůcek 54
Graf 19: Užívání kompenzačních pomůcek 55
Graf 20: Užívané kompenzační pomůcky 56
Graf 21: Zkušenost s využíváním pomůcek ve zdravotnických zařízeních 57
Graf 22: Používané pomůcky ve zdravotnickém zařízení 58
Graf 23: Uvítání pomůcek 59

SEZNAM TABULEK

Tabulka 1: Pohlaví 37
Tabulka 2: Věk 38
Tabulka 3: Rodinný stav 39
Tabulka 4: Změnilo se sociální postavení 40
Tabulka 5: Změna sociálního postavení 41
Tabulka 6: Souvislosti vzniku postižení řeči 42
Tabulka 7: Změnily se rodinné vztahy v souvislosti s postižením 43
Tabulka 8: Změna rodinných vztahů v souvislosti s postižením 44
Tabulka 9: Změnily se přátelské vztahy v souvislosti s postižením 45
Tabulka 10: Změna přátelských vztahů v souvislosti s postižením 46
Tabulka 11: Místa, kde se nejčastěji setkáváte s bariérou 47
Tabulka 12: Pomoc s vyřizováním potřebných záležitostí 48
Tabulka 13: Se kterými překážkami se nejčastěji při komunikaci setkáváte 49
Tabulka 14: Kterou oblast života nejvíce ovlivňuje postižení 50
Tabulka 15: Kterému způsobu komunikace dáváte přednost 51
Tabulka 16: Nejpoužívanější možnosti psané komunikace 52
Tabulka 17: Informovanost o možnostech využití kompenzačních pomůcek 53
Tabulka 18: Informátor o možnostech využití kompenzačních pomůcek 54
Tabulka 19: Užívání kompenzačních pomůcek 55
Tabulka 20: Užívané kompenzační pomůcky 56
Tabulka 21: Zkušenost s využíváním pomůcek ve zdravotnických zařízeních 57
Tabulka 22: Používané pomůcky ve zdravotnickém zařízení 58
Tabulka 23: Uvítání pomůcek 59

SEZNAM OBRÁZKŮ

Obrázek 1: Systémy grafických symbolů..... 24

SEZNAM PŘÍLOH

PŘÍLOHA P I: Dotazník

PŘÍLOHA P II: Dechová cvičení a relaxace

PŘÍLOHA P III: Hlasová cvičení

PŘÍLOHA P IV: Doporučení pro osoby se získanou dysartrií

PŘÍLOHA P V: Doporučení pro zdravotníky při komunikaci s klienty s dysartrií

PŘÍLOHA P VI: Kompenzační pomůcky pro osoby s poruchami řeči

PŘÍLOHA P I: DOTAZNÍK

Dobrý den,

jmenuji se Leona Koštuříková a jsem studentkou 3. ročníku bakalářského studijního programu Ošetřovatelství oboru Všeobecná sestra, na Univerzitě Tomáše Bati ve Zlíně.

Dotazník, který Vám předkládám bude sloužit k účelům vypracování mé bakalářské práce na téma: „Komunikační bariéra u osob se získanou dysartrií“.

Tímto se na Vás obracím s prosbou o vyplnění tohoto dotazníku, který je zcela anonymní. Všechny získané informace z něj budou použity pouze pro studijní účely.

Děkuji za ochotu a čas strávený nad tímto dotazníkem.

Označte vždy jednu odpověď pokud není uvedeno jinak.

Za vyplnění dotazníku předem děkuji Leona Koštuříková

---

1. Pohlaví:

- ❑ muž
- ❑ žena

2. Věk: ……

3. Rodinný stav:

- ❑ svobodný/á
- ❑ ženatý/vdaná
- ❑ rozvedený/á
- ❑ vdovec/vdova

4. Změnilo se Vaše sociální postavení v závislosti na postižení?

- ❑ ano
  - o ztratil/a jsem zaměstnání
  - o pracuji na poloviční úvazek
  - o jsem v invalidním důchodu
- ❑ ne

5. V jaké souvislosti u Vás vzniklo postižení řeči?

- ❑ cévní mozková příhoda
- ❑ úraz hlavy
- ❑ nádorové onemocnění
- ❑ degenerativní onemocnění (Parkinsonova nemoc, roztroušená skleróza)
- ❑ jiné……

6. Máte pocit, že se Vaše rodinné vztahy změnily v souvislosti s postižením?

- ❑ ano
  - o rodina mi více pomáhá
  - o cítím od nich lítost
  - o vztahy spíše ochably
  - o jiné…….
- ❑ ne
- ❑ nevím

7. Máte pocit, že se Vaše přátelské vztahy změnily v souvislosti s postižením?

- ❑ ano
  - o přátelé mi více pomáhají
  - o cítím od nich lítost
  - o vztahy spíše ochably
  - o jiné…….
- ❑ ne
- ❑ nevím

8. Kde se nejčastěji setkáváte s komunikační bariérou? /možnost více odpovědí/

- ❑ úřady
- ❑ obchody
- ❑ školy
- ❑ zdravotnická zařízení
- ❑ kulturní zařízení
- ❑ zaměstnání
- ❑ jiné……

9. Kdo Vám pomáhá s vyřizováním potřebných záležitostí např. na úřadech?

- ❑ nikdo, zvládám to sám/sama
- ❑ rodina
- ❑ přátelé
- ❑ jiné……

10. Se kterými překážkami se nejčastěji při komunikaci setkáváte?

/možnost více odpovědí/

- ❑ strach ze selhání při komunikaci
- ❑ neochota respektovat poruchu řeči
- ❑ bariéra v podobě neúcty vůči mé osobě
- ❑ netrpělivost okolí při mém vyjadřování
- ❑ jiné……

11. Kterou oblast života nejvíce ovlivňuje Vaše postižení? /možnost více odpovědí/

- ❑ psychická pohoda
- ❑ rodinné vztahy
- ❑ děti
- ❑ péče o sebe sama
- ❑ láska
- ❑ koníčky
- ❑ práce, finance
- ❑ dorozumívání v běžných/každodenních situacích (sdělování potřeb)

12. Kterému způsobu komunikace dáváte nejvíce přednost?

- ❑ mluvená
- ❑ psaná /možnost více odpovědí/
  - o psaní vzkazů, dopisy
  - o mobilní telefon (psaní textových zpráv)
  - o internet (email, icq, chat)
  - o jiné……
- ❑ gesta

13. Informoval Vás někdo o možnostech využití kompenzačních /náhradních/ pomůcek?

- ❑ ano /kdo/……
- ❑ ne

14. Využíváte některých kompenzačních pomůcek?

- ❑ ano /možnost více odpovědí/
  - o komunikační tabulky (tabulka s písmeny, obrázky, piktogramy, elektronická komunikační tabulka)
  - o telefon (psaní textových zpráv)
  - o přístroje na počítačové bázi (notebook, stolní počítač, speciální software)
  - o jiné…….
- ❑ ne

15. Setkali jste se někdy během hospitalizace ve zdravotnickém zařízení s tím, že by personál /s výjimkou logopeda/ využíval nějaké pomůcky pro snadnější komunikaci s Vámi?

- ❑ ano /jakou/……
- ❑ ne

16. Uvítali by jste během Vaší hospitalizace nějaké pomůcky pro snadnější komunikaci?

- ❑ ano
- ❑ ne

PŘÍLOHA P II: DECHOVÁ CVIČENÍ A RELAXACE

Respirace a mluva

- Trvání výdechu ovlivňuje délku úseku, který lze vyslovit najednou.
- Nádechy je třeba klást do vhodných míst, především mezi jednotlivé věty mluvy.
- Síla výdechového proudu ovlivňuje sílu a výšku hlasového projevu.
- Plný dech a efektivní dechová produkce zahrnuje jak hrudní, tak i brániční složku dýchání, cílem je maximální využití jak hrudní, tak i břišní hybnosti.
- Cílem zlepšení má být zlepšení síly a ovládání svalstva a navození techniky dýchání, aby byla využitá kapacita plic, využitelný objem vzduchu dostatečný a fáze výdechu co nejpomalejší.

Při obtížích v užití dechu při mluvním výkonu se osvědčuje postup navození plného dechu a jeho zapojení do mluvních cvičení s následným navozováním vhodného místa pro nádechy při mluvě.

Postup stimulace správného způsobu dýchání:

- Dýchání provádíme vždy nosem a začínáme výdechem.
- Začínáme nácvikem bráničního dýchání, nejlépe v počátku vleže.
- Začínáme několikerým hlubokým výdechem s vědomým vtažením břicha.
- Po výdechu můžeme na 2 – 3 vteřiny zadržet dýchací pohyby.
- Při hlubokém nádechu se břicho vyklenuje vpřed a plní, bránice stoupá vzhůru, pohyb kontrolujeme lehkým přiložením dlaně na břicho, tím zesílíme sebekontrolu pohybu, opakovaně odstraňujeme násilné krajní polohy při nádechu a neplynulé či trhavé pohyby břicha.
- Přejdeme do polohy vsedě a vložíme si ruce palci do podpažních jamek, prsty jsou položeny na hrudníku. Při omezené hybnosti rukou využijeme jednu ruku či alespoň vnímání odporu hrudníku oproti přiložené dlani terapeuta.
- Zde rukama kontrolujeme pohyby hrudníku, snažíme se o plynulé roztahování především do stran, cítíme, jak se prsty rukou vzdalují od boků.
- U zrcadla sledujeme pohyb v oblasti klíčních kostí ve výšce ramen, zesilujeme ten-

to pohyb bez pohybu ramen, můžeme kontrolovat jemným přiložením ruky na klíční kost.

- Spojením předchozích mechanismů bráničních, hrudních a kličkových vzniká jednotný plný dech. Je možné spojení kontroly pohybů při dýchání tak, že si vsedě dáme jednu ruku zlehka na břicho a druhou palcem do podpaždí, konec ukazováčku zaměříme na klíční kost. Pak můžeme kontrolovat pohyb bránice a břicha, hrudníku a zdvih klíční kosti. Při omezení hybnosti rukou je možno trénovat vnímání hybnosti dýchacích svalů oproti přiloženým rukám terapeuta.
- Vhodný sled fází dechu při cvičení – výdech 12 dob, vdech šest dob, výdrž tři doby.
- Polohy těla a očí podporují správný mechanismus dýchání, při nádechu jde pohled vzhůru, při výdechu dolů. Výdechové polohy v předklonu, nádechové s napřímením a vzpažením rukou lze po navození jisté kontroly plného dechu užívat pro zesílení efektivnosti cvičení a posílení svalstva, dynamiky výdechového proudu.

Závěrem je třeba zdůraznit, že při nadměrném celkovém napětí těla, úzkosti, trémě se dech zrychluje a je obtížné jej ekonomicky využívat. Při nácviku celkové relaxace se nejčastěji osvědčuje Schultzův autogenní trénink, nacvičující navození pocitů tíhy, tepla, uvolnění a jejich rychlé vybavení pomocí opakovaných spouštěcích formulí typu „ cítím se uvolněně“ apod. Další užívanou možností je Jacobsonova progresivní relaxace. Tento postup užívá vnímání kontrastních poloh jednotlivých částí těla a svalových skupin v okamžiku maximálního napětí a relaxace. Popis cvičení u těchto metodik lze nalézt v dostupné literatuře.

Užití dechových cvičení v mluvě

Užívání plného dechu a vhodných úseků v mluvním projevu lze trénovat až po získání jistoty v sebekontrole dýchacích pohybů. Je vhodné užít monologu na základě hlasitého čtení s případným vyznačením míst mezi větami či slovy, kde se budeme nadechovat.

PŘÍLOHA P III: HLASOVÁ CVIČENÍ

Polohu a sílu hlasu je vhodné procvičovat nejdříve v krátkých sděleních na základě čtení textu či mluvy zpaměti, aby bylo možno se cele soustředit na polohu a zvuk hlasu. Další úrovní je přechod k delším mluvním celkům i ve spontánně tvořeném monologu na dané téma. Bez snahy o užívání vhodné polohy hlasu v průběhu celého dne je ovšem vliv cvičení omezený. Při snaze ovládnout vhodnou techniku zesílení hlasu se osvědčuje postup zaměřený na zesílení nazalizace. Jeho základní snahou je vybavit zesílení hlasu v oblasti rezonančních dutin, nikoliv zesílením napětí v oblasti hrtanu a hlasivek.

Postup při zvýšení intenzity hlasu:

- Nejprve se zaměříme na měkký hlasový začátek pomocí fonace dlouhého „Hmmm“, které opakovaně tvoříme na rtech.
- Zaměříme se na vnímání nazality, nosní vibrace při tomto nazálním zvuku pomocí vnímání vibrace křídla nosu. Osvědčuje se přímé protovnání vzoru a jeho napodobení přiložením obou rukou či následným přikládáním.
- Přiložením ruky na hrtan zvyšujeme uvědomění si hrudní a hrdelní rezonance a ohybů hrtanu, napětí v této oblasti.
- Snažíme se při zvuku „Hmmm“ a připojením samohlásek „Hmmmááá, Hmmméée, Hmmmíí, Hmmmóóó, Hmmmúúú“ o maximalizaci vibrace nosních křídel a hrudníku, a to bez zdvihů hrtanu. Jde o plynulé, neoddělované zvuky!
- Následující trénink zesilování hlasu se zesilováním nosní a hrudní rezonance, lépe je bez výrazného zdvihu hrtanu, který by svědčil o zesílením napětí v oblasti hlasivek.
- Pro převod do mluvy se osvědčují slova začínající na slabiky ma, me, mi, mo, mu, umožňující využití navozeného měkkého hlasového začátku a zesílení.

Tento postup může u části osob s dysartrií přispět k zesílení a stabilizaci hlasového projevu.

PŘÍLOHA P IV: DOPORUČENÍ PRO OSOBY SE ZÍSKANOU DYSARTRIÍ

- Nevzdávejte se, hledejte pomoc odborníků, problém s porušenou řečí je řešitelný s pomocí zkušeného logopeda.
- Snažte se trvale zlepšovat sebekontrolu vlastní řeči, uvědomování si, jak mluvíte, za jakých okolností lépe, jaký postup se osvědčuje.
- Zadané postupy je nutno co nejčastěji samostatně procvičovat, bez vaší dlouhodobé snahy nedosáhnete optimálního rehabilitačního výsledku v obnovení vaší mluvy.
- Rehabilitace řeči podobně jako rehabilitace postižené ruky či nohy vyžaduje každodenní pravidelné procvičování, je nutné najít v denním režimu pravidelný čas na provádění cvičení a ten důsledně dodržovat.
- Snažte se o klidnou, pomalou mluvu s výraznými pohyby ústy, pokud vám okolí nerozumí, nezrychlujte mluvu, nekřičte, opakujte vaše sdělení jinými slovy, pomalu, klidně.
- Používejte krátké věty, ale ne pouze jednotlivá slova. Pokud stále opakujete stejné slovo, kterému okolí nerozumí, nedáváte mu šanci na porozumění vaší myšlence.
- Lidé okolo vás se snaží vám porozumět, nebojte se užít všechny možnosti - ukazujte, pište, malujte, okolí to přivítá.
- Mluvte s lidmi okolo vás, jen ten, kdo se nevzdá vlastní řeči, má reálnou šanci na rychlý či pozvolný návrat svých řečových schopností.

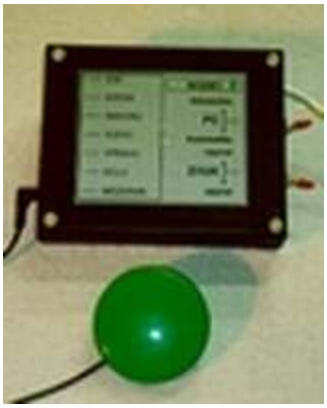
PŘÍLOHA P V: DOPORUČENÍ PRO ZDRAVOTNÍKY PŘI KOMUNIKACI S KLIENTY S DYSARTRIÍ

Viz. Edukační materiál (vložen v kapse).

PŘÍLOHA P VI: KOMPENZAČNÍ POMŮCKY PRO OSOBY S PORUCHAMI ŘEČI

Bigmac (pomůcka s hlasovým výstupem 1 vzkazová)

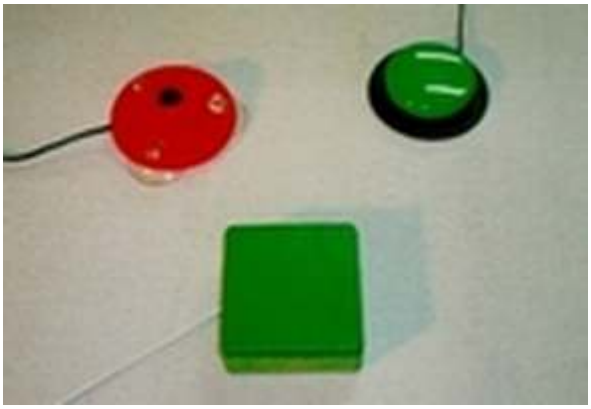
Pomůcka s hlasovým výstupem 8 vzkazů



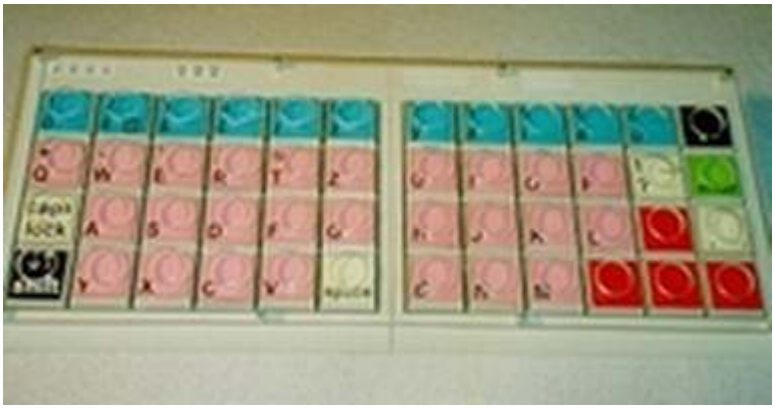
Pomůcka s hlasovým výstupem 32 vzkazů

Hlavové ukazovátko

Klávesnice s plexisklovým krytem



Trackbally Microsoft Easy Ball a Genius Kids Ball



Velkoplošná klávesnice

Kapesní počítač Psion REVO s textovým editorem

Notebook Compaq s programem CS-Voice a ACKeyboard a dalšími programy

Notebook s dotykovou obrazovkou Siemens s programem ACKeyboard a CS-Voice a dalšími programy

Go Talk