

**UNIVERZITA JANA AMOSE KOMENSKÉHO PRAHA**

**BAKALÁŘSKÉ KOMBINOVANÉ STUDIUM**

**2018–2021**

**BAKALÁŘSKÁ PRÁCE**

**Karolína Fürbacherová**

**Logopedická intervence u osoby s dysartrií v Mezigeneračním  
centru Julie**

Praha 2021

Vedoucí bakalářské práce: PhDr. Hana Jůzlová

**JAN AMOS KOMENSKY UNIVERSITY PRAGUE**

**BACHELOR COMBINED (PART TIME) STUDIES**

**2018–2021**

**BACHELOR THESIS**

**Karolína Fürbacherová**

**Speech and language therapy intervention for dysarthria in  
Mezigenerační centrum Julie**

Prague 2021

The Bachelor Thesis Work Supervisor: PhDr. Hana Jůzlová

## **Prohlášení**

Prohlašuji, že předložená bakalářská práce je mým původním autorským dílem, které jsem vypracovala samostatně. Veškerou literaturu a další zdroje, z nichž jsem při zpracování čerpala, v práci řádně cituji a jsou uvedeny v seznamu použitých zdrojů.

Souhlasím s prezenčním zpřístupněním své práce v univerzitní knihovně.

V Praze dne

.....  
Karolína Fürbacherová

## **Poděkování**

Děkuji PhDr. Haně Jůzlové za její odborné vedení, cenné připomínky, vstřícnost a podporu, kterou mi poskytovala po celou dobu zpracování bakalářské práce. Dále bych chtěla poděkovat Mgr. Markétě Knedlové za její trpělivost a cenné rady. V neposlední řadě bych chtěla poděkovat panu P. za ochotu a spolupráci.

## **Anotace**

Bakalářská práce se zabývá logopedickou intervencí u osoby s dysartrií po cévní mozkové příhodě, která navštěvuje Mezigenerační centrum Julie, kde tato intervence probíhá.

Bakalářská práce je rozdělena do dvou částí. Teoretická část pojednává o narušené komunikační schopnosti, cévních mozkových příhodách, a dále se zaměřuje na dysartrii, její diagnostiku a možnosti logopedické intervence.

Praktickou část tvoří kazuistika osoby s dysartrií po cévní mozkové příhodě, která dochází do Mezigeneračního centra Julie, jež se zaměřuje na osoby s narušenou možností komunikace. Následuje popis průběhu logopedické intervence, která probíhala ve dnech 6.–17. července 2020.

Cílem bakalářské práce je popsat narušení možnosti komunikace, cévní mozkovou příhodu a dysartrii. V druhé části je potom cílem uvést konkrétní příklad kazuistiky u osoby s dysartrií a popsat, jak probíhá logopedická intervence a jaký je její vliv na komunikační schopnosti jedince.

## **Klíčová slova**

Cévní mozková příhoda, dysartrie, kazuistika, logopedické intervence, Mezigenerační centrum Julie, narušená komunikační schopnost

## **Annotation**

The bachelor thesis is about speech and language therapy intervention of a person with dysarthria after a stroke in Mezigenerační centrum Julie.

The bachelor thesis is divided into two parts. The Theoretical part is about speech disorders, strokes and dysarthria, diagnosis and the speech therapy intervention.

The Practical part contains the case study of a person with dysarthria after a stroke in Mezigenerační centrum Julie for people with speech disorders and description of speech and language therapy intervention in Mezigenerační centrum Julie from 6 to 17 July 2020.

The aim of this bachelor thesis is to describe speech disorders, strokes and dysarthria. The second part gives an example of case study of a person with dysarthria and describe speech and language therapy intervention.

## **Keywords**

Case study, dysarthria, Mezigenerační centrum Julie, speech and language therapy intervention, speech disorders, stroke

## OBSAH

<b>ÚVOD.....</b>	<b>8</b>
<b>TEORETICKÁ ČÁST.....</b>	<b>9</b>
<b>1 NARUŠENÁ SCHOPNOST KOMUNIKACE.....</b>	<b>9</b>
<b>2 CÉVNÍ MOZKOVÉ PŘÍHODY .....</b>	<b>11</b>
<b>3 ZÍSKANÁ DYSARTRIE.....</b>	<b>14</b>
3.1 Klasifikace a symptomy získané dysartrie .....	15
3.2 Diagnostika získané dysartrie.....	17
3.3 Logopedická intervence .....	19
<b>PRAKTICKÁ ČÁST .....</b>	<b>23</b>
<b>4 METODIKA.....</b>	<b>23</b>
<b>5 MEZIGENERAČNÍ CENTRUM JULIE.....</b>	<b>24</b>
5.1 Centrum denních služeb .....	24
5.2 Mateřská škola logopedická .....	25
<b>6 KAZUISTIKA.....</b>	<b>26</b>
<b>7 LOGOPEDICKÁ INTERVENCE .....</b>	<b>28</b>
<b>ZÁVĚR .....</b>	<b>31</b>
<b>SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ.....</b>	<b>32</b>
<b>SEZNAM ZKRATEK .....</b>	<b>34</b>
<b>SEZNAM PŘÍLOH.....</b>	<b>35</b>

## ÚVOD

Komunikace hraje v životě člověka důležitou roli. Používáme ji vesměs každý den a náš život je díky ní jednodušší. Nejdůležitější, leč nikoli jediná možnost, jak komunikovat, je pomocí komunikace verbální, prostřednictvím řeči. Kromě verbální komunikace používá člověk ještě komunikaci neverbální, kdy se dorozumívá pomocí gest, mimiky, postoje a řady dalších. Bohužel, ne vždy nám gesta stačí.

K tomu, abychom řeč zvládly, potřebujeme splnit řadu předpokladů. Na jedné straně jsou to předpoklady fyziologické, na druhé straně pak dostatečný intelekt pro zvládnutí složitosti řeči. Pokud některá z těchto složek selže, je pro jedince zvládnutí řeči buď v lepším případě velice komplikované, nebo v tom horším prakticky nemožné.

U osob s diagnostikovou dysartrií je ale komunikace vlivem úrazů, cévních mozkových příhod nebo degenerativních onemocnění narušena. Získané narušení komunikační schopnosti má negativní dopad na kvalitu života každého jedince, a proto je v těchto případech velmi důležitá včasná a dlouhodobá logopedická intervence.

Cílem logopedické intervence je pokud možno navrátit jedinci jeho komunikační schopnosti, a pokud toto možné není, tak pomoci takové osobě začlenit se do společnosti a umožnit jí tak vést plnohodnotný život.

Bakalářská práce je rozdělena dvě části. Teoretická část se zabývá narušenou schopností komunikace po cévní mozkové příhodě, dysartrií a možnostmi logopedické intervence. Praktická část se zabývá logopedickou intervencí u osoby s dysartrií, která dochází do Mezigeneračního centra Julie.

Cílem bakalářské práce je popsat průběh logopedické intervence a nastínit možnosti, jak může logopedická intervence probíhat, jaká je její účinnost na zlepšení komunikačních schopností osoby s dysartrií, jaký vliv hraje při socializaci a jak ovlivňuje psychický stav jedince.



# TEORETICKÁ ČÁST

## 1 NARUŠENÁ SCHOPNOST KOMUNIKACE

Narušená schopnost komunikace (dále pouze NSK) má různorodý charakter a její přesné vymezení je poměrně komplikované vzhledem ke komplikovanému vymezení normality jako takové. Dle Lechty (1990, 2003, 2013) lze o NSK mluvit v případě, kdy se schopnost komunikace odchyluje od normy natolik, že působí problémy chápat komunikační záměr jedince.

To, co se za NSK považuje, závisí dle Lechty (2003) na řadě objektivních či subjektivních faktorů. Mezi objektivní faktory patří nejen odlišná výslovnost v rámci národních jazyků, ale i rozdíly v nářečí v rámci jednoho jazyka. Mezi subjektivní faktory řadíme vzdělání mluvčího či jeho profesní zaměření, dále sem patří fyziologické faktory, jako je únava, a psychologické faktory, například stydlivost.

Dále se za NSK nedají považovat některé fyziologické jevy, jako je fyziologická neplynulost v období okolo 3.-4. roku, fyziologický dysgramatismus do 4. roku dítěte či fyziologická dyslalie (Klenková, 2006).

NSK se projevuje v různém věku, mluvíme tedy o NSK vrozené, nebo získané v dospělosti, a její škála je poměrně široká – patří sem lehké odchylky v artikulaci až úplná ztráta schopnosti komunikovat, neboli anartrie. Dále rozdělujeme, zda se NSK týká špatné schopnosti produkovat řeč, či se projevuje v zhoršeném přijímání informací, zda je NSK trvalá, nebo přechodná a zda se jedná o dominantní narušení, či je součástí jiného převládajícího onemocnění. V některých případech si dospělý jedinec může uvědomovat svou NSK, ale také nemusí (Lechta, 2013).

Dle Lechty (1990,2003,2013) ovlivňuje NSK některou ze čtyř jazykových rovin, a to buď jednu. či několik rovin současně. Jedná se o foneticko-fonologickou, morfologicko-syntaktickou, lexikálně-sémantickou, pragmatickou rovinu či jejich kombinaci.

Foneticko-fonologická rovina se zaměřuje na realizaci a správné znění hlásek. Morfologicko-syntaktická rovina se zabývá gramatickou stránkou řeči. Další rovina je lexikálně-sémantická, ta zahrnuje aktivní i pasivní slovní zásobu a porozumění běžnému hovoru. Poslední rovina je rovina pragmatická, při níž jde o schopnost užívat řeč (Lechta, 1990).

Pro NSK se nejvíce používá klasifikace dle symptomu, kterou uvádí Lechta (1990, str. 21) a která člení NSK do 10 kategorií:

1. Vývojová nemluvnost
2. Získaná orgánová nemluvnost (afázie)
3. Získaná psychogenní nemluvnost (mutismus)
4. Narušení zvuku řeči (huhňavost, palatolalie)
5. Narušení fluence (plynulosti) řeči (tumultus sermonis, breptavost)
6. Narušení článkování řeči (dyslalie, dysartrie)
7. Narušení grafické stránky řeči (dysgrafie, dyslexie, dyskalkulie)
8. Symptomatické poruchy řeči (doprovázejí jiné dominující postižení, narušení nebo onemocnění)
9. Poruchy hlasu
10. Kombinované vady a poruchy řeči

V případě NSK u dospělých lidí uvádí Lechta (2013, str. 15) upravené dělení do těchto devíti kategorií (bez vývojové nemluvnosti):

1. získaná porucha porozumění a produkce řeči v důsledku mozkové leze – afázie
2. získaná psychogenní nemluvnost – mutismus
3. narušení zvuku řeči – huhňavost
4. narušení fluence řeči – koktavost, breptavost
5. narušení článkování řeči – dyslalie, dysartrie
6. poruchy hlasu – dysfonie, afonie
7. kombinované vady a poruchy řeči
8. symptomatické poruchy řeči – NSK při různých dominujících postiženích, onemocněních, narušeních
9. narušení grafické stránky řeči – agrafie, alexie, akalkulie, dyslexie, dysgrafie, dyskalkulie

## 2 CÉVNÍ MOZKOVÉ PŘÍHODY

Cévní mozkové příhody (dále CMP) patří mezi časté příčiny dysartrie. CMP jsou „rychle se rozvíjející ložiskové, někdy i celkové příznaky poruchy funkce mozku trvající déle než 24 hodin nebo končící smrtí nemocného, bez přítomnosti jiné zjevné příčiny než cévního původu“ (Bauer, 2002, str. 171). Jedná se o nebezpečné onemocnění, které patří mezi nejčastější příčiny mortality.

CMP vzniká v důsledku nedostatečného prokrvení části nebo celého mozku či krvácením do mozkové tkáně. Pokud dojde k nedostatečnému prokrvení části nebo celého mozku, mluvíme o ischemické cévní mozkové příhodě, v případě krvácení do mozkové tkáně se jedná o hemoragickou cévní mozkovou příhodu. Ischemická cévní mozková příhoda je v porovnání s hemoragickou častější a úmrtnost je nižší.

Mezi nejčastější příčiny ischemické CMP patří ateroskleróza neboli kornatění tepen či embolizace. Příčinou hemoragické CMP je krvácení do mozku způsobené rupturou (prasknutím) cévní stěny.

Ischemické CMP můžeme dle průběhu dělit na 4 typy (Bauer, 2002, str. 177):

1. Tranzitorní
2. Reverzibilní
3. Progredující
4. Dokončená

Tranzitorní CMP je krátkodobá porucha mozkové funkce. Jedná se o varovný faktor, jenž signalizuje závažnější onemocnění. U reverzibilní CMP přetrvávají příznaky delší dobu než u tranzitorní CMP, odeznívá do 14 dnů a může způsobit trvalý funkční deficit. Progredující CMP je méně častý typ CMP, jehož příznaky se začnou projevovat pomalu v průběhu několika dní. Dokončená CMP znamená trvalý funkční deficit.

Příčiny hemoragické CMP jsou různé a závisejí na faktorech, jako je lokalizace, rozsah či celkový zdravotní stav pacienta. Hemoragické CMP dělíme na tyto typy (Bauer, 2002, str. 177–178):

1. Centrální tříštivé hemoragie
2. Globózní subkortikální hemoragie
3. Mozečková krvácení

#### 4. Krvácení do mozkového kmene

#### 5. Subarachnoidální krvácení (SAK)

Centrální tříštivé hemoragie se projevují bolestí hlavy, zvracením, může dojít k inkontinenci, postižený bývá červený v obličeji a má zvýšenou teplotu. U tohoto typu je prognóza nepříznivá a je zde vysoká mortalita. V případě globozní subkortikální hemoragie je prognóza příznivější a mortalita není tak vysoká. Mozečková krvácení se nejčastěji projevují nevolností, zvracením, bolestí hlavy a poruchami stoje a chůze. Ačkoli tato CMP je většinou závažná, nebývá bohužel vždy správně diagnostikována. U krvácení do mozkového kmene je prognóza beznadějná. V případě subarachnoidálního krvácení záleží na rychlosti a rozsahu krvácení. Projevuje se prudkou bolestí hlavy, často při fyzické či psychické námaze. Pokud dojde k závažnějšímu krvácení, může se dostavit pocit zmatenosti, nevolnosti, fotofobie, případně může pacient upadnout i do komatu. Typickým příznakem je také meningeální syndrom, pro který je typická opozice šíje.

K CMP může dojít buď v klidovém stavu – např. ve spánku či po jídle, kdy je krevní tlak nízký, jak je tomu u ischemické trombotické CMP – nebo naopak během fyzické či duševní zátěže.

Velice důležitá je urgentní a detailní diagnóza, při které jsou vyloučená další onemocnění, jako jsou nádory či záněty. K přesné diagnóze slouží kromě anamnézy a klinického obrazu také řada laboratorních a instrumentálních vyšetření, jako je výpočetní tomografie a magnetická rezonance.

Dojde-li k CMP, je nutná okamžitá hospitalizace, při které kromě diagnostiky dochází v první fázi také ke stabilizaci pacienta, udržování jeho vitálních funkcí a k sekundární prevenci. Léčba by v ideálním případě měla být zahájena do 3 hodin. Nejčastěji je pacient hospitalizován na jednotce intenzivní péče.

Následná terapie je komplexní proces, na kterém se podílí řada odborníků, mimo jiné fyzioterapeut, psychoterapeut a logoped.

Velice důležitá je i prevence vzniku CMP, při které je nutno brát v potaz zdravotní stav jedince. Mezi rizikové faktory patří onemocnění srdce či diabetes. Důležitou roli však hrají i další faktory, jako například věk, pohlaví, genetické predispozice či vliv prostředí, ve kterém jedinec žije. Ač řadu faktorů, které mají vliv na vznik CMP, není

možné ovlivnit, některá rizika lze zmírnit například správnou životosprávou či vhodnou medikací (Bauer, 2002).

### 3 ZÍSKANÁ DYSARTRIE

Dysartrie je porucha motorické realizace řeči, což znamená, že osoba s dysartrií ztrácí schopnost tvořit artikulovanou řeč, v případě anartrie dochází k úplné ztrátě této schopnosti. Při dysartrii nedochází jen k poruše artikulace, ale dochází k narušení i ostatních složek řeči, jako je respirace, fonace a prozodie (Klenková, 2006).

Dysartrie vzniká při poškození centrální nervové soustavy a může vzniknout jak u dospělých, tak i u dětí jako následek cévní mozkové příhody (CMP), úrazu hlavy či nádoru, nebo v důsledku degenerativního onemocnění, kdy má dysartrie pomalý nástup a dochází k postupnému zhoršení. U dětí je nejčastější příčinou dysartrie dětská mozková obrna. V tomto případě se používá termín vývojová dysartrie (Lechta, 2013).

Klenková (2006) rozděluje příčiny dysartrie do čtyř skupin podle období, kdy k narušení došlo, zda to bylo v prenatálním období, v perinatálním období, v postnatálním období či v pozdějším věku. Mezi příčiny dysartrie vzniklé v pozdějším věku řadí cévní onemocnění, zánětlivá onemocnění mozku, nádory, úrazy hlavy, degenerativní onemocnění, jako je roztroušená skleróza či Parkinsonova nemoc.

Při dysartrii dochází k porušení hlavových nervů, které se podílí na produkci řeči, a to konkrétně V., VIII., IX., X. a XII. hlavového nervu. K porušení nervu může dojít jednostranně či oboustranně, což má vliv na míru poškození funkce řečových orgánů. Poškození V. hlavového nervu – trigeminal (trojklanný) – ovlivňuje schopnost správně ovládat čelist, a tím pádem má vliv na otevírání a zavírání úst, žvýkání a artikulační pohyby jazyka a rtů, neboť čelist nemůže být nastavena do správné pozice.

VIII. hlavový nerv – facialis (lícní, obličejový) – ovlivňuje mimiku obličeje a pohyblivost rtů, které tak nejdou například vyšpulit.

Poškození IX. hlavového nervu – glossopharyngeus (jazykohltanový) – způsobuje ztuhlost kořene jazyka, což má za následek jeho špatnou pohyblivost, a také špatnou artikulaci v důsledku narušení pohyblivosti svalstva hltanu.

Narušení tvorby hlasu v důsledku poškození hlasivkových vazů souvisí s X. hlavovým nervem – vagus (bludivý). Hlas je dyšný, sípavý. Při vdechování jsou slyšitelné zvuky. Dalším projevem je zvýšená huhňavost neboli hypernazalita.

Následkem porušení XII. hlavového nervu – hypoglossus (podjazykový) dochází k oslabení jazyka, jeho hybnosti a špatné koordinaci pohybů. Poškození tohoto nervu

způsobuje, že jedinec nedokáže jazyk vypláznout, či jej zatahnout zpátky do úst. Řeč je špatně srozumitelná (Klenková, 2006).

### **3.1 Klasifikace a symptomy získané dysartrie**

V české literatuře se setkáváme zejména se dvěma typy klasifikace dysartrie, a to buď z hlediska lokalizace léze, či podle neurologických symptomů.

Podle lokalizace symptomů (Csefalvay, 2003; Klenková, 2006; Love, 2009) rozlišujeme šest typů dysartrie, a to korová, pyramidová, extrapyramidová, mozečková, bulbární a smíšená.

Korová nebo kortikální dysartrie vzniká následkem poškození motorických korových oblastí mozku. Hlas je tvořen namáhavě, dochází ke změně jeho kvality. Řeč má spastický charakter, při delších slovech či větách dochází k chybám, objevuje se iterace (opakování prvních slabik).

Pyramidová dysartrie vzniká porušením pyramidových drah od buněk v mozkové kůře k jádrům mozkových nervů v bulbu. Poškozena bývá zejména funkce řeči, archaické funkce jako sání, žvýkání a polykání jsou nepoškozeny. Hlas může přecházet na konci vět do šepotu. Řeč je zpomalená, těžce srozumitelná se zvýšenou nosovostí. Výraz tváře bývá často neměnný a řeč působí monotónněji. U některých pacientů se může objevit spastický smích a pláč, který není ovlivňován vůlí.

Extrapyramidová dysartrie se vyskytuje ve dvou formách. V případě extrapyramidové dysartrie hypotonické dochází ke zhoršení kvality řeči způsobené narušeným dýcháním a vyražením některých hlásek. Pro extrapyramidovou dysartrii hypertonickou je typická snížená intenzita hlasu a zpomalená artikulace, v některých případech se vyskytuje palilálie – opakování slabik či slov. Nejčastěji se s tímto typem setkáváme u pacientů s Parkinsonovou nemocí.

Bulbární dysartrie je porucha typu chabé obrny. V případě této dysartrie jsou poškozeny i primární funkce, jako je žvýkání či polykání. Řeč je špatně srozumitelná, huhňavá, Csefalvay (2003) ji přirovnává k „polykání horké brambory“, u některých jedinců může dojít až k úplné ztrátě hlasu – afonii.

Cerebelární neboli mozečková dysfázie vzniká na základě poškození mozečku a jeho drah v mozku. Dochází k narušení koordinace svalů hrtanu a artikulačních orgánů.

Řeč je tvořena velice namáhavě, působí skandovaně a dochází k hezitacím. Typická je neschopnost provádět rychlé a rytmické pohyby mluvidel.

V případě smíšené, nebo také kombinované dysartrie dochází k narušení více motorických systémů najednou. Symptomy tohoto typu se odvíjí podle místa narušení, takže se mohou objevit různě symptomy dle výše zmíněných. Tento typ dysartrie je nejčastější.

Další způsob, jak lze dělit dysartrii, je z hlediska neurologických symptomů (Neubauer, 2007; Lechta, 2013), a to na dysartrii flakcidní, spastickou, ataktickou, hypokinetickou, hyperkinetickou a smíšenou.

Pro flakcidní dysartrii je typická slabost svalů, které se podílejí na dýchání, mluvení a polykání. Hlas je chraptivý, působí monotónně a nezřetelně. Objevuje se zvýšená nosovost, která je u tohoto typu dysartrie výraznější než u jiných typů.

V případě spastické dysartrie dochází k poruše celkové hybnosti, a tím pádem ke zpomalení artikulačních pohybů, řeč je v důsledku toho zpomalená a je tvořena namáhavě ve smyslu tlačené fonace. Dochází k protahování slov a delší projev je nesrozumitelný. Také dýchání je značně potlačeno.

Ataktická (celebrární či mozečková) dysartrie způsobuje špatnou koordinaci svalů potřebných k mluvení. Pro tuto dysartrii je typický nepravidelný řečový projev, řeč je sakadovaná, dochází tedy k vyrážení slabik či slov. Ulpívání na každé slabice slova působí dojmem, jako by jednotlivé slabiky byly vyslovovány jako samostatné slovo.

Hypokinetická dysartrie se nejčastěji objevuje u pacientů s Parkinsonovou nemocí. Řeč je monotónní, intenzita hlasu je snižena, někdy se řečový projev zpomaluje až do zastavení, jindy naopak zrychluje až do nesrozumitelného mumlání. Dalším projevem je palilalie, opakování slabik či slov.

V případě hyperkinetické dysartrie je řeč naopak hlasitá, vykřikovaná a celkově působí málo srozumitelně, a to kvůli neschopnosti ovládat pohyby jazyka a úst. Řečový projev může být přerušen nekontrolovatelnými, mimovolnými pohyby orgánů, které se podílejí na mluvení.

V případě, že u pacienta dojde ke kombinaci dvou nebo více dysartrií, mluvíme o smíšené dysartrii. Neubauer (2007) uvádí jako příklady smíšených dysartrií spasticko-flakcidní dysartrii při amyotrofické laterální skleróze, atakticko-spastickou dysartrii v případě roztroušené sklerózy, atakticko-spastickou a flakcidní dysartrii u



olivopontocerebelární atrofie, spasticko-ataktickou a hypokinetickou dysartrií, která se vyskytuje u Wilsonovy nemoci, a hypokineticko-spastickou a ataktickou dysartrií v případě progresivní supranukleární paralýzy.

### 3.2 Diagnostika získané dysartrie

Diagnostika dysartrie je komplexní vyšetření, na kterém se podílí řada odborníků. V první řadě je to neurolog, který provede neurologické vyšetření. Ke správnosti diagnostiky přispívá i fonetické, oftalmologické, otorhinolaryngologické a logopedické vyšetření. Důležitá je i spolupráce dalších odborníků, jako je fyzioterapeut či psycholog (Lechta, 2003).

Pro logopedickou diagnostiku jsou dle Lechty (2005, str. 20) důležité tři úrovně:

1. orientační – zda má či nemá sledovaná osoba NKS
2. základní – o jaký druh NKS se jedná
3. speciální – přesnější identifikace zjištěné NKS

Při diagnostice je velmi důležité odlišit dysartrií od dalších narušení komunikační schopnosti. V případě získané dysartrie se jedná hlavně o možnou záměnu s afázií. Dysartrie nemá na rozdíl od afázie vliv na fatické funkce jedince, jako je psaní či čtení.

Csefalvay (2003) uvádí, že při komplexním vyšetření dysartrie je potřeba se zaměřit na hodnocení:

1. motorické funkce artikulačních orgánů
2. výslovnosti jednotlivých hlásek
3. respirace
4. rezonance
5. fonace
6. prozodických komponentů řeči

Dle Neubauera (2007) by měla být diagnostika dysartrie vedena snahou o definování typu dysartrie, stupně závažnosti a vlivu na komunikační schopnost jedince.

K diagnostice se u nás nejčastěji používá Test 3F. Test je rozdělen na tři části: F1 – faciokinezi, F2 – fonorespiraci a F3 – fonetiku, odtud název 3F. Každá skupina je dále rozdělena na tři části. V případě faciokineze je to část, která se zaměřuje na rty, čelist a jazyk. V rámci fonorespirace se zkoumá respirace, respirace při fonaci a fonace. Poslední skupina se skládá z vyšetření artikulace, prozodie a srozumitelnosti.

Každá z těchto částí obsahuje pět úkolů, které jsou hodnoceny body 0, 1 či 2, přičemž 0 znamená, že úkol nebyl zvládnut, 1, že úkol byl zvládnut se středně těžkými či lehkými potížemi a 2 znamená zvládnutí úkolu. Test trvá přibližně 30–60 minut a je určen dospělým a starším dětem, které už umí číst.

Po sečtení všech přidělených bodů dostáváme tzv. dysartrický index (DX), který vyjadřuje stupeň poruchy (Roubíčková, 2011, str. 13):

85–90 bodů – bez poruchy

74–85 bodů – velmi lehká dysartrie

57–73 bodů – lehká dysartrie

36–56 bodů – středně těžká dysartrie

17–35 bodů – těžká dysartrie

0–17 bodů – velmi těžká dysartrie (anartrie)

Metodika vyšetření dysartrie se dle Csefalvay (2003) skládá z těchto 5 částí:

1. respirace
2. artikulace
3. fonace
4. rezonance
5. souvislý řečový projev

Jedná se o komplexní metodiku, jejíž snahou je poměrně detailní zhodnocení všech symptomů, které se mohou u dysartrie vyskytovat. Tato metodika je určena dětem i dospělým.

Vyšetření dýchání se nejprve zaměřuje na klidové dýchání, na způsob nádechu a výdechu. Následně se hodnotí způsob dýchání a ovládání výdechového proudu při mluvení. Dále se hodnotí výdrž rovnoměrného dechového tlaku. K tomuto úkolu se používá například slámka či balonek.

Další částí je vyšetření artikulace, které tvoří nejrozsáhlejší část metodiky. Sledují se při něm orgánové změny, pohyblivost a artikulační schopnosti rtů, jazyka a čelisti. Dále se sledují orgánové změny tvrdého a měkkého patra, dávivý reflex či případně poruchy polykání.

Při vyšetření fonace se hodnotí základní charakteristiky hlasu, jako je kvalita hlasu, jeho síla a výška. Dále se zkoumá fonační čas při prodloužené fonaci hlásky á.

K vyšetření rezonance se používá Gutzmannova A–I zkouška. Mimo to se také hodnotí stupeň rinolalie.

Na závěr této metodiky se hodnotí souvislý mluvený projev. Nejdříve pomocí opakování jednoduchých vět, poté na základě popisu dějového obrázku a nakonec reprodukování krátkého příběhu, přičemž se zaměřujeme kromě respirace, fonace, artikulace a rezonance také na plynulost řeči, mimiku tváře, srozumitelnost řeči a jiné zvláštnosti (Csefalvay, 2003; Lechta, 2013).

Následně by měla na diagnostiku dysartrie navázat terapie, která se zaměří na obnovu komunikačních schopností jedince (Neubauer, 2007).

### **3.3 Logopedická intervence**

Dle Lechty (2011, str. 18) je logopedická intervence aktivita, která má pro logopeda tři cíle:

1. identifikovat
2. eliminovat, zmírnit či alespoň překonat narušenou schopnost komunikace
3. předejít tomuto narušení (zlepšit komunikační schopnosti)

Při své práci musí logoped využívat také poznatky z dalších vědních oborů, jako je lékařství, pedagogika, psychologie či lingvistika. Jedná se tedy o složitý, interdisciplinární a komplexní proces, který se odehrává na třech základních úrovních. Těmito úrovněmi jsou logopedická diagnostika, terapie a prevence.

Logopedická intervence by se neměla zaměřovat pouze na jazyk a řeč, ale „*na komunikační schopnosti člověka v tom nejširším možném pojetí, na zkvalitnění jeho komunikační kompetence*“ (Lechta, 2011, str. 21). Pokud není možné zcela odstranit projevy NKS, je nutné zaměřit se právě na komunikační schopnosti osoby s NKS. V těchto případech je důležité zredukovat míru narušení na nejnižší možnou úroveň a dále se věnovat odstraňování komunikačních bariér, které brání jedinci při komunikaci.

V případě dysartrie je zásadní včasný a neodkladný začátek terapie. Tudiž, aby se s terapií začalo co možná nejdříve, nejlépe ihned po dosažení stabilizovaného stavu pacienta. V počáteční fázi by měla logopedické intervence probíhat intenzivní formou. Brzká a intenzivní forma terapie je nejúčinnější prostředek pro zvýšení efektivity terapie a komunikačního potenciálu pacienta.

Dále je nutné brát v potaz, že se jedná o dlouhodobý proces, a to i v případě, že se jedná o onemocnění s nepříznivou prognózou. Naopak, cílem terapie je „*maximalizace komunikačních schopností a zachování dobré kvality sociálního života osoby s dysartrií.*“ (Lechta, 2011, str. 306)

Důležitá je také přesná diagnostika, která umožní individualizaci logopedické intervence. V rámci diagnostiky by se mělo přihlídnout k psychickému rozpoložení pacienta a využívat vhodnou motivaci. Dále by měl terapeut brát v potaz věk dospělé osoby, a podle toho uzpůsobit průběh terapie a zvolit vhodné pomůcky, které při ní bude využívat. V opačném případě by mohlo dojít ke ztrátě zájmu pacienta a terapie by nemusela být úspěšná.

Neubauer (2018, str. 127) uvádí pro terapii dysartrie tyto zásady:

- nepředstírat, že osobě s dysartrií rozumíme
- být trpělivý
- používat kratší věty a jednoduchá sdělení
- dávat najevo snahu porozumět mluvčímu
- pomáhat například zopakováním srozumitelné části, napovědět další slovo či otázkou nasměrovat mluvčího na slova, která jdou lépe odhadnout
- v případě, kdy je toho osoba s dysartrií schopná, využívat i psaný projev

Při logopedické intervenci u osob s dysartrií se zaměřujeme hlavně na tyto oblasti (Neubauer, 2018):

1. Svalový tonus a relaxace
2. Obnovení hybnosti a svalové síly v orofaciální oblasti
3. Dechová cvičení
4. Fonační cvičení a využití rezonance
5. Artikulační cvičení
6. Prozódie a větná intonace
7. Rytmizační cvičení
8. Neverbální komunikace a komunikační pomůcky
9. Skupinové formy terapie

Uvolněný a přiměřený svalový tonus celého těla a hlavně mluvících orgánů hraje klíčovou roli při efektivnosti terapie. Existuje řada metod, jimiž toho můžeme dosáhnout. Jedna z nich je například Jacobsonova progresivní svalová metoda, která

využívá cílené střídání napětí konkrétního svalu a jeho uvolnění. Další metodou je autogenní trénink, při němž dochází na základě sugesce k navozování pocitů, které vedou k relaxaci. Pokud má pacient poruchu hybnosti, je potřeba jej zajistit do vzpřímeného sedu.

Již od počátku terapie bychom se měli zaměřovat na obnovení hybnosti a svalové síly mluvidel. K tomu slouží například izotonická cvičení proti odporu a orofaciální cvičení, při nichž se testuje protruze a retrakce rtů, otevření a zavření úst, vysunutí jazyka z úst či přesouvání jazyka. Jako pomůcka pro kontrolu správnosti cviků slouží zrcadlo.

Dechová cvičení mají za úkol zlepšit koordinaci dýchacích svalů, plynulost dýchání či sílu dechového proudu, což má pozitivní vliv na fonaci, artikulaci a prozódii mluvy. Dýchání by mělo být prováděno nosem. Důležité je odstranit souhyby dalších částí těla. Nejprve cvičíme dýchání v klidu, po získání jistoty a kontroly nad dechem zkusíme trénovat správné dýchání při čtení.

Správné dýchání má vliv na kvalitu, hlasitost a výšku hlasu. K tomu slouží řada fonačních a rezonančních cvičení. Začínáme jednoduššími cviky, kdy se trénuje prodlužování fonace hlásky m, í, pomocí nichž cvičíme měkký hlasový začátek.

Artikulační cvičení mají za cíl zpřesnit výslovnost jednotlivých hlásek za pomoci správných artikulačních pohybů, a tím pádem zlepšit srozumitelnost řeči. Pokud došlo k těžké poruše hybnosti, je žádoucí nahradit artikulační mechanismy dané hlásky alternativními mechanismy. Například v případě, že pacient není schopný uzavřít rty při výslovnosti hlásek b, p, m, je možné využít spojení zubů a rtů.

Cvičení na prozódii a větnou intonaci se zaměřují především na rozdíl mezi typy vět a jejich sdělením, a to pomocí napodobování či zapojení přístrojových metod typu visible speech.

Rytmizační cvičení jsou velice nápomocná při zlepšování srozumitelnosti řeči. Pomáhají ustanovit tempo řeči, kdy je pohyb spojen s každou slabikou či slovem, čímž také zlepšují srozumitelnost mluveného projevu. Tato cvičení jsou zvláště vhodná u osob s překotnou mluvou.

V případě, že došlo u osoby s dysartrií k těžkému narušení schopnosti verbální komunikace, je nutné nahradit tuto ztrátu vhodnou alternativou s přihlédnutím ke

schopnostem konkrétní osoby. Mezi vhodné alternativy patří piktogramy, gesta a v dnešní době stále více i počítačové programy.

Naopak, pokud je osoba s dysartrií schopná srozumitelné verbální komunikace, měla by být podporována a vhodně motivována tuto schopnost udržovat a dále rozvíjet. Jako vhodný prostředek může posloužit skupinová terapie osob s podobnými komunikačními problémy (Neubauer, 2018).

# PRAKTICKÁ ČÁST

## 4 METODIKA

V praktické části bakalářské práce jsem využila zkušenosti, které jsem získala v Mezigeneračním centru Julie, Elišky Přemyslovny 445, Praha 5 – Zbraslav. O spolupráci jsem požádala jednoho z dlouholetých klientů se smíšenou dysartrií po ischemické CMP.

Jedná se o kvalitativní výzkum, který se zaměřuje na jednotlivce, a to ve formě případové studie (Hendl, 2008). Bakalářská práce si klade za cíl odpovědět na tyto výzkumné otázky:

1. Zlepšuje logopedická intervence komunikační schopnosti?
2. Podílí se logopedická intervence na socializaci?
3. Může mít logopedická intervence pozitivní vliv na psychický stav jedince?

Klient byl pozorován během letní praxe, která trvala dva týdny (od 6. do 17. července 2020). V rámci ní jsem jej mohla sledovat během každodenních činností, které zahrnují cvičení na trénink paměti, fyzická cvičení, výtvarné a hudební terapie, fyzioterapii a v neposlední logopedickou intervenci a terapii na základě Feuersteinovy metody.

V rámci logopedické intervence jsem měla možnost sledovat, jak probíhají dechová a fonační cvičení, myofunkční terapie, izotomická a izometrická cvičení, počítačové programy MENTIO, Sunball či BrainJogging.

Cílem bakalářské práce je popsat průběh logopedické intervence u osoby s dysartrií po CMP, nastínit možnosti progresu v komunikačních schopnostech a zvážit vliv logopedické intervence na socializaci a psychický stav klienta.

Klient byl seznámen s tím, že informace získané během naší spolupráce budou použity v této bakalářské práci. Svůj souhlas potvrdil vlastnoručním podpisem v Informovaném souhlasu (viz Příloha A).

## 5 MEZIGENERAČNÍ CENTRUM JULIE

Mezigenerační centrum Julie bylo založeno v roce 2012 a sídlí v Praze 5 na Zbraslavi. Tvoří jej centrum denních služeb pro seniory a dospělé osoby s narušenou komunikační schopností a logopedická mateřská škola.

Primárním smyslem tohoto centra bylo vytvořit denní centrum pro seniory jako příjemné a láskyplné místo, kde by mohli klienti důstojně prožívat svoje stáří. Postupně se k této myšlence přidal i nápad propojit generace, které jsou si v dnešní době více a více cizí, a to generaci seniorů a jejich vnoučat. Proto bylo propojeno denní centrum s mateřskou školou, čímž se nenásilně vytvořila atmosféra sounáležitosti a respektu ke všem etapám lidského života. Vytvoření přirozených vazeb mezi generacemi je pro všechny prospěšné, protože dle Matějčeka: „*Děti potřebují babičky*“ (Matějček, 2005, str. 65).

Jako pojící článek mezi oběma generacemi měla být logopedie. A proto jak děti, tak dospělí docházející do Mezigeneračního centra Julie mají narušenou schopnost komunikace a potřebují logopedickou péči. Dobře fungující generační vztahy přitom vytvářejí vhodné prostředí pro učení.

### 5.1 Centrum denních služeb

Centrum denních služeb pro seniory a dospělé osoby s narušenou komunikační schopností vzniklo dle zákona 108/2006 Sb. o sociálních službách a nachází se v přízemních prostorách Mezigeneračního centra Julie. Toto zařízení se specializuje na seniory, u nichž došlo k dočasné či trvalé ztrátě soběstačnosti, k narušení komunikačních schopností či pocitu osamění. Dále se Centrum denních služeb specializuje na dospělé osoby s narušenou schopností komunikace.

Centrum funguje 4 dny v týdnu, od pondělí do čtvrtka, a to od 7:30 do 13:00. Během dne probíhá řada terapeutických a kognitivních aktivit, jako jsou různé formy muzikoterapie, arteterapie, fyzických cvičení a fyzioterapie, probíhá zde keramická dílna na rozvoj jemné motoriky, dále pak tréninky paměti či skupinová terapie podle Feuersteinovy metody.



Velice důležitý je i psychosociální aspekt těchto terapií, zmírnění komunikačních bloků klientů a vytvoření příjemné a bezpečné atmosféry, která má pozitivní vliv na motivaci klientů.

Dále zde probíhá individuální logopedická intervence, která je přizpůsobena potřebám dospělých osob a která využívá řadu počítačových programů. Logopedická intervence se zaměřuje především na obnovení svalové hybnosti pomocí orofaciální stimulace, izometrická a izotonická cvičení, dále dechová a fonační cvičení, cvičení pro správnou artikulaci a v neposlední řadě i rozvoj kognitivních a jazykových schopností.

## **5.2 Mateřská škola logopedická**

Mateřská škola logopedická byla založena spolu s Centrem denních služeb a je zapsána v rejstříku škol MŠMT ČR. Nachází se v prvním patře Mezigeneračního centra Julie, čímž je přirozeně oddělena od denního centra pro seniory a osoby s narušenou schopností komunikace. Do mateřské školy chodí děti od 3 do 6, případně 7 let, a to na doporučení školského poradenského zařízení.

Mateřská škola je otevřená 5 dnů v týdnu, na rozdíl od denního centra je otevřena i v pátek, a to vždy od 7:30 do 16:00. Denní program dětí se v ničem neliší od režimu dospělých. I oni mají aktivity, které zahrnují fyzická cvičení, výtvarné a hudební činnosti, keramiku na posílení jemné motoriky, a také řadu kognitivních aktivit, které se zaměřují na rozvoj jejich rozumových a jazykových znalostí.

I s dětmi probíhá individuální logopedie, která se zaměřuje nejen na rozvoj řečových schopností (pomocí orofaciální stimulace, dechových a fonačních cvičení, cvičení zaměřujících se na správnou artikulaci či rytmizačních cvičení), ale i na rovnoměrný vývoj všech složek podílejících se na správném vývoji jedince, jako je hrubá a jemná motorika, orientace v prostoru či rozvoj zrakové a sluchové percepce. V případě předškolních dětí je důležitá příprava na školu, z tohoto důvodu se klade velký důraz nejen na rozvoj kognitivních funkcí, ale i na sociální složky předškolní přípravy, jako je budování zdravého sebevědomí, vedení k samostatnosti, schopnost spolupráce a sebeovládání.

## 6 KAZUISTIKA

Klient, na kterého je případová studie zaměřena, je padesátiletý muž, který je rozvedený a má 3 děti. Je zaměstnán jako IT pracovník v České spořitelně. Jedná se o klienta Mezigeneračního centra Julie, které slouží jako centrum denních služeb pro dospělé se získanou narušenou komunikační schopností. Muž je klientem tohoto zařízení od roku 2013. Klient je plně samostatný, bydlí s otcem. Centrum navštěvuje dva dny v týdnu, zbylé dny chodí do zaměstnání.

Klient v lednu roku 2013 prodělal mírnou cévní mozkovou příhodu v důsledku neléčené, ale verifikované hypertenze, po které nedošlo ke změně návyků. Následovala další CMP v dubnu 2013, na jejímž podkladu byla stejná etiologie, která měla již těžší průběh. Příčinou CMP mohla být zřejmě přepracovanost, stresové zaměstnání, mírná nadváha a nezdravý životní styl.

Sledovaný byl nejdříve převezen na neurologické oddělení Thomayerovy nemocnice, po stabilizaci proběhl přesun na LDN ve stejné nemocnici. V Thomayerově nemocnici pobýval od dubna do května 2013. Odtud byl převezen do Rehabilitačního ústavu Slapy nad Vltavou. Zde pobýval od června do října. Od září 2013 navštěvuje Mezigenerační centrum Julie na Zbraslavi.

Muž prodělal ischemickou CMP s levostranným postižením. Došlo k postižení 7. hlavového nervu a lícních svalů. Původně byla pacientovi diagnostikována smíšená, převážně expresivní fatická porucha, diagnóza ale byla časem upravena.

Přetrvává však smíšená dysartrie s celkovou pravostrannou parézou. Jedinec trpí těžkou formou dysartrie, má problémy s dýcháním a dysfagií. S klientem byl vypracován 3F test, z jehož výsledků vyplývá, že klient má těžkou dysartrii, avšak od CMS došlo ke zlepšení.

Klient navštěvuje Mezigenerační centrum Julie, v rámci nějž se účastní fyzioterapeutického cvičení, cvičení na trénink paměti, arteterapie a muzikoterapie, keramické dílny na procvičení jemné motoriky či logopedické intervence.

Při logopedické intervenci je nutné zaměřit se hlavně na zlepšení srozumitelnosti řeči pomocí artikulačních cvičení, která je vhodné doplňovat dalším cvičením pro zvýšení pestrosti terapie a udržení přirozené motivace klienta.

Pravidelně se využívají prvky z myofunkční terapie, izotomická a izometrická cvičení, dále orofaciální stimulace či počítačové programy, jako je MENTIO, Sunball či BrainJogging. V rámci logopedické intervence probíhají i skupinové terapie podle Feuersteinovy metody.

Jelikož se jedná o chronického pacienta se špatnou artikulací, hlavní je snažit se o zlepšení srozumitelnosti, odbourání komunikačního bloku a motivovat ke komunikaci. Důležitý je proto psychosociální aspekt terapie a snaha o zařazení do kolektivu. Klient působí přátelským a veselým dojmem. Jak sám říká, důležité je chtít se stavem něco dělat.

## 7 LOGOPEDICKÁ INTERVENCE

Klient přichází do Mezigeneračního centra Julie mezi 7:30 a 8:00. Celý pobyt v zařízení je koncipován tak, aby rozvíjel jeho řečové schopnosti, napomáhal jeho socializaci a udržoval jej v dobrém psychickém stavu. Důležitým prvkem je navození atmosféry, která bude klienta pozitivně motivovat a podporovat jeho zdravé sebevědomí.

Denní aktivity jsou rozděleny do několika bloků, které mají pozitivně ovlivňovat jeho motorické, kognitivní či řečové funkce. Důležitá je pestrost jednotlivých aktivit, což má za cíl zabránit monotónnosti a ztrátě zájmu ze strany klienta.

Mezi aktivity, které probíhají zcela pravidelně, patří cvičení na posílení krátkodobé paměti. Klientovi je přečten krátký článek obsahující informace a zajímavosti o daném dnu, a poté je vyzván, aby odpověděl na jednoduché otázky, které vycházejí z textu.

Mezi pravidelné aktivity dále patří setkávání s dětmi z mateřské školy, která je součástí Mezigeneračního centra Julie. V rámci této aktivity probíhá společná muzikoterapie, rytmizační cvičení či vzdělávací hry. Tato činnost má pozitivní vliv na motivaci, působí terapeuticky a v neposlední řadě rozvíjí sociální dovednosti dětí i klientů.

Další důležitou aktivitou je arteterapie, výtvarná činnost či keramická dílna. Kromě terapeutické funkce slouží tyto aktivity jako prostředek pro rozvoj jemné motoriky.

Velký význam při terapii dysartrie hraje i fyzioterapie a motorická cvičení. Z tohoto důvodu dochází do Mezigeneračního centra Julie fyzioterapeutka, která s klienty realizuje individuální či skupinová cvičení.

Nezapomíná se ani na vzdělávací a osvětové aktivity zaměřené na cestování, historii, umění a kulturu. Tyto aktivity jsou zvláště oblíbené u klientů, jejichž diagnóza nepostihuje rozumové funkce.

Logopedické intervence probíhají celý den, jsou individuální a klienti se na ně přesouvají do samostatných místností. Každý klient má sestavený individuální plán přizpůsobený jeho potřebám.

Logopedická intervence: 7. 7. 2020

Přestože má klient hlavně problém s artikulací, zaměřuje se logoped i na jiné oblasti logopedické intervence, aby nedošlo ke ztrátě motivace způsobené příliš monotónní náplní sezení.

Logopedická intervence je vždy zahájena prvky z myofunkční terapie, následuje stimulace orofaciálního svalstva, dále pak izotonická a izometrická cvičení za pomoci špachtle.

Později bylo zapojeno interaktivní rehabilitační cvičení pomocí míčků Sunball. Při tomto cvičení vyvíjí klient tlak na nafouklý míček, který je propojen s počítačem. Síla tlaku, kterou klient na míček vyvíjí, pohybuje kurzorem na počítači. Cílem tohoto cvičení je vědomě ovládat sílu tlaku a pohybovat tak kurzorem na předem určené místo. Výhodou tohoto cvičení je, že systém ukládá informace o cvičeních do složky klienta, a je tím pádem možné sledovat jeho pokroky (Sunball, 2020).

Logopedická intervence: 9. 7. 2020

Klient navštěvuje Mezigenerační centrum dvakrát týdně, zbylé dny dochází do zaměstnání. Z toho důvodu absolvuje klient terapii podle Feuersteinovy metody individuálně, protože skupinová terapie probíhá v jiné dny.

Tato metoda klade velký důraz nejen na kognitivní funkce, jako je pozornost, orientace v prostoru či strategické myšlení, ale i na emoční a sociální růst. Důležité je, aby terapeut používal pouze návodné otázky, pomocí nichž klient na odpověď přijde sám, což má pozitivní vliv na jeho sebevědomí a podporuje to pocit soběstačnosti.

Typické pro tuto metodu je hledání obrazců podle vzoru. K tomu se používá pouze obyčejná tužka a nesmí se používat pravítko, ale pouze papírek. Smysl Feuersteinovy metody je přemísťování, snaha přenést principy z papíru do běžného života. Klientovi například body, které ohraničují daný obrazec, připomínají fotbalové hřiště. I ve fotbale jsou pravidla, která se musí dodržovat (viz Příloha B).

Logopedická intervence: 14. 7. 2020

Individuální logopedická intervence byla zahájena prvky z myofunkční terapie, stimulací orofaciálního svalstva, izotonickými a izometrickými cvičeními za pomoci špachtle.

Poté následovalo cvičení na lexii textu. Klient byl vyzván, aby přečetl zadaný text a pokusil se si jej zapamatovat (viz Příloha C).

Mezitím byla s klientem provedena dechová cvičení za pomoci slámky. Před klienta byly položeny kartičky s jednotlivými hláskami. Klient byl vyzván, aby pomocí slámky nasál libovolnou kartičku a přenesl ji na táč. Poté měl klient za úkol vybavit si křestní jména, jména zvířat a států na danou hlásku.

Logopedická intervence byla zakončena cvičením na paměť. Klient měl za úkol vzpomenout si na text z předchozího cvičení a pokud možno jej svými slovy přeříkat.

Logopedická intervence: 16. 7. 2020

Po pravidelných cvičeních v rámci logopedické intervence ve formě orofaciálních cvičení byly s klientem provedeny úkoly v rámci počítačového programu MENTIO hlas a MENTIO slovesa.

Počítačový program MENTIO slouží k rozvoji řeči a dalších kognitivních funkcí, jako je paměť či pozornost. MENTIO hlas lze využít při nácviku síly dechového proudu, fonace, prozodie či měkkého hlasového začátku.

MENTIO slovesa obsahují cvičení na dějovou posloupnost a slouží k nácviku mluveného projevu, čtení či chápání časových vztahů (MENTIO, 2021).

Na konci logopedické intervence byl klientovi předložen papír s devíti názvy evropských měst, jejichž písmena byla přeházena. Úkolem klienta bylo rozluštit dané slovo a napsat jej do vedlejší kolonky (viz Příloha D).

## ZÁVĚR

V bakalářské práci jsem popsala vznik dysartrie, problematiku diagnostiky a následnou logopedickou intervenci. V rámci praktické části jsem zpracovala kazuistiku osoby s dysartrií a popsala průběh logopedické intervence, která probíhá v Mezigeneračním centru Julie.

Logopedická intervence v Mezigeneračním centru Julie se zaměřuje převážně na zlepšení srozumitelnosti řeči této osoby, odbourání komunikačního bloku a rozšíření komunikačních schopností. Mimo to se podílí i na celkové rehabilitaci, zkvalitnění sociálního života klienta a začlenění do kolektivu.

V bakalářské práci jsem použila kazuistiku chronického pacienta, jehož progrese je značně limitována mírou onemocnění. Klient je však dobře motivován, probíhá u něj pravidelná logopedická intervence a účastní se i skupinových terapií.

U klienta je možné pozorovat mírné zlepšení komunikačních schopností, a to především díky odstranění komunikačního bloku. Mimo to došlo ke zlepšení jeho psychického stavu a zkvalitnění jeho sociálního života. Bohužel se nepodařilo změnit životní návyky klienta a zlepšit jeho přístup ke zdravému životnímu stylu.

# SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ

## Seznam použitých českých zdrojů

BAUER, Jan, *Cévní onemocnění mozku*. In NEVŠÍMALOVÁ, Soňa, Jiří TICHÝ a Evžen RŮŽIČKA. *Neurologie*. Praha: Galén, c2002. ISBN 80-7262-160-2.

CSÉFALVAY, Zsolt a Viktor LECHTA. *Diagnostika narušené komunikační schopnosti u dospělých*. Praha: Portál, 2013. ISBN 978-80-262-0364-3.

HENDL, Jan. *Kvalitativní výzkum: základní teorie, metody a aplikace*. 2., aktualiz. vyd. Praha: Portál, 2008. ISBN isbn978-80-7367-485-4.

KLENKOVÁ, J. *Logopedie: narušení komunikační schopnosti, logopedická prevence, logopedická intervence v ČR, příklady z praxe*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2006, 224 s. ISBN 8024711109.

LECHTA, V. *Diagnostika narušené komunikační schopnosti*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2003, 359 s. ISBN 8071788015.

LECHTA, Viktor. *Logopedické repetitóriium: teoretické východiská súčasnej logopédie, moderné prístupy k logopedickej starostlivosti o osoby s narušenou komunikačnou schopnosťou*. Bratislava: Slovenské pedagogické nakladateľstvo, 1990.

LECHTA, V. *Terapie narušené komunikační schopnosti*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2005, 386 s. ISBN 8071789615.

LOVE, Russell J. a Wanda G. WEBB. *Mozek a řeč: neurologie nejen pro logopedy*. Praha: Portál, 2009. ISBN 978-80-7367-464-9.

MATĚJČEK, Zdeněk. *Co děti nejvíc potřebují*. Vyd. 7. Praha: Portál, 2015. 108 s. ISBN 978-80-262-0853-2.

NEUBAUER, Karel. *Kompéndium klinické logopedie: diagnostika a terapie poruch komunikace*. Praha: Portál, 2018. ISBN 978-80-262-1390-1.

NEUBAUER, Karel. *Terapie dysartrie*. In. LECHTA, V. *Terapie narušené komunikační schopnosti*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2005, 386 s. ISBN 8071789615.



ROUBÍČKOVÁ, Jaroslava. *Test 3F: dysartrický profil*. 3., dopl. a přeprac. vyd. (V nakl. Galén 1.). Praha: Galén, c2011. ISBN 978-80-7262-714-1.

### **Seznam použitých internetových zdrojů**

*MENTIO - výukové počítačové programy pro děti a dospělé* [online]: Jan Petržílk, ©2021 [cit. 08.2.2021]. Dostupné z: <https://www.mentio.cz/>

*Mezigenerační centrum Julie* [online]: Mezigenerační centrum Julie, ©2021 [cit. 08.2.2021]. Dostupné z: <https://www.vjednomdome.cz/>

*Sunball - Vyspělé cvičební míčky* [online]: Gradient Labs s.r.o., ©2020 [cit. 10.1.2021]. Dostupné z: <https://sunapp.io/sunball/cz/>

## **SEZNAM ZKRATEK**

CMP – cévní mozkové příhody

NKS – narušená komunikační schopnost

## SEZNAM PŘÍLOH

<b>Příloha A – Informovaný souhlas.....</b>	<b>I</b>
<b>Příloha B – Feuersteinova metoda .....</b>	<b>II</b>
<b>Příloha C – Lexie textu.....</b>	<b>III</b>
<b>Příloha D – Najděte evropská města .....</b>	<b>IV</b>

## Příloha A – Informovaný souhlas

### INFORMOVANÝ SOUHLAS

Vážený pane,

v souladu se Všeobecnou deklarací lidských práv, nařízením Evropské Unie č. 2016/679 a zákonem č. 110/2019 Sb. – o zpracování osobních údajů a dalšími obecně závaznými právními předpisy (jakož jsou zejména Helsinská deklarace, přijatá 18. Světovým zdravotnickým shromážděním v roce 1964 ve znění pozdějších změn (Fortaleza, Brazílie, 2013); Zákon o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování (zejména ustanovení § 28 odst. 1 zákona č. 372/2011 Sb.) a Úmluva o lidských právech a biomedicině č. 96/2001, jsou-li aplikovatelné), Vás žádám o souhlas s Vaší účastí ve výzkumném projektu v rámci bakalářské práce s názvem Logopedická intervence u osoby s dysartrií v Mezigeneračním centru Julie.

Cílem bakalářské práce je popsat průběh logopedické intervence, která probíhala v Mezigeneračním centru Julie v době od 6. do 17. července 2020.

V průběhu výzkumu nebudou pořizovány fotografie, nahrávky ani videa. Získané údaje, průběh a výsledky logopedické intervence budou uveřejněny v bakalářské práci v anonymizované podobě. Osobní data nebudou uvedena a budou uchována v anonymní podobě.

Jméno a příjmení účastníka:.....

Místo a datum: .....

Podpis:.....

Prohlašuji a svým níže uvedeným vlastnoručním podpisem potvrzuji, že dobrovolně souhlasím s účastí ve výše uvedeném projektu a že jsem měl/a možnost si řádně a v dostatečném čase zvážit všechny relevantní informace o výzkumu, zeptat se na vše podstatné týkající se účasti ve výzkumu a že jsem dostal/a jasné a srozumitelné odpovědi na své dotazy. Byl/a jsem poučen/a o právu odmítnout účast ve výzkumném projektu nebo svůj souhlas kdykoli odvolat bez represí.

Jméno a příjmení účastníka:.....

Datum narození:.....

Místo a datum: .....

Podpis účastníka: .....

# Příloha B – Feuersteinova metoda

9

USPOŘÁDÁNÍ BODŮ všechna práva vyhrazena ©

## Příloha C – Lexie textu

Unikátní perská loď vyplula do Středomoří, po 2 500 letech

**Repliku 2 500 let staré obchodní lodi vyrobili na univerzitě v izraelské Haifě.**

Replika perské lodě staré více než dva a půl tisíce let vyplula na Středozevní moře. Zbudovali ji nadšenci, archeologové a studenti univerzity v izraelské Haifě.

Dříve než začal rekonstrukční tým se samotnou stavbou, archeologové zkoumali originální loď. Ta byla objevena na severním pobřeží Izraele v roce 1985. Poměrně dobře se zachovala, a proto může být replika velmi věrohodná.

Stavaři použili autentické postupy, materiály i dobové nářadí. Původní loď, která brázdila Středozevní moře v dobách Perské říše, sloužila nejspíš k obchodním účelům. Replika je 12,5 metru dlouhá a 4 metry široká – stejně jako originál.

## Příloha D – Najděte evropská města

1.

Č P F

NAJDĚTE EVROPSKÁ MĚSTA

DARIMØ	MADRID
BNÍERL	BERLÍN
RTALVABAIS	BRATISLAVA
ŘPÍAZ	PAŘÍŽ
MSRAETDOMA	AMSTERODAM
SOOL	OSLO
NÝLNOD	LONDÝN
VKAOMS	BUCKVA
YAÉTN	ATÉNY

## **BIBLIOGRAFICKÉ ÚDAJE**

**Jméno autora: Karolína Fürbacherová**

**Obor: Speciální pedagogika - vychovatelství**

**Forma studia: Kombinovaná**

**Název práce:**

**Logopedická intervence u osoby s dysartrií v Mezigeneračním centru Julie**

**Rok: 2021**

**Počet stran textu bez příloh: 24**

**Celkový počet stran příloh: 4**

**Počet titulů českých použitých zdrojů: 12**

**Počet titulů zahraničních použitých zdrojů: 0**

**Počet internetových zdrojů: 3**

**Vedoucí práce: PhDr. Hana Jůzlová**