

UNIVERZITA PALACKÉHO V OLOMOUCI

Pedagogická fakulta

Ústav speciálněpedagogických studií

Bc. Karolína Janštová

II. ročník – prezenční studium

Obor: Speciální pedagogika

**UPLATNĚNÍ HUDBY VE SKUPINOVÉ LOGOPEDICKÉ TERAPII
U KLIENTŮ S DYSARTRÍÍ V PRODUKTIVNÍM VĚKU
V REHABILITAČNÍM ÚSTAVU HRABYNĚ**

Diplomová práce

Vedoucí: PhDr. Renata Mlčáková, Ph.D.

OLOMOUC 2015

Čestné prohlášení

Prohlašuji, že jsem diplomovou práci vypracovala samostatně pod vedením PhDr. Renaty Mlčákové, Ph.D. za použití pramenů uvedených v seznamu literatury.

V Olomouci dne

.....

vlastnoruční podpis

ANOTACE

Jméno a příjmení:	Bc. Karolína Janštová
Katedra:	Ústav speciálně pedagogických studií
Vedoucí práce:	PhDr. Renata Mlčáková, Ph.D.
Rok obhajoby:	2015

Název práce:	Uplatnění hudby ve skupinové logopedické terapii u klientů s dysartrií v produktivním věku v Rehabilitačním ústavu Hrabyně
Název v angličtině:	Use od Music in group speech therapy proces of productive age clients with Dysarthria in Rehabilitation Institute Hrabyně
Anotace práce:	Diplomová práce pojednává o Rehabilitačním ústavu Hrabyně, v němž jsme po dobu tří měsíců realizovali skupinové logopedické terapie u klientů v produktivním věku, kterým byla diagnostikována získaná dysartrie. Cíleně jsme se zaměřili na zmírnění komunikačních obtíží s využitím hudby a hudebních nástrojů při terapeutických činnostech, které jsme se zároveň snažili obsahově rozšířit a časově navýšit. Případná zlepšení či zhoršení, kterých klienti v pozorovaných oblastech dosáhli jsme testovali diagnostickým materiálem - Testem 3F, který jsme použili před zahájením skupinových setkání a následně po třech měsících. Výsledky šetření jsme zpracovali do grafů, které jsou součástí práce. Diplomová práce je rozdělena na teoretickou část, praktickou část a osm kapitol, které na sebe úzce navazují. Součástí absolventské práce je slovníček pojmů a seznam příloh.
Klíčová slova:	Skupinová logopedická terapie, narušená komunikační schopnost, získaná dysartrie, uplatnění hudby, Test 3F – Dysartrický profil, Rehabilitační ústav Hrabyně
Anotace v angličtině:	The diploma thesis deals with the Rehabilitation Institute in Hrabyně, in which we realized during three months group speech therapies of clients in productive age, who were diagnosed with Acquired Dysarthria. We concentrated directly on the moderation of communicative difficulties with the usage of music and musical instruments during therapeutic activities, which we tried to make wider in content and increase in terms of time. We tested the possible improvement or deterioration which was achieved by the clients by the

	<p>diagnostic material – the Test 3F (Dysarthria profile), which we used before the beginning of the group meetings and subsequently after three months. We arranged the results of this survey into graphs, which are the components of this work. The diploma thesis is divided into theoretical part, practical part and eight chapters, which are closely connected to each other. The dictionary of terms and the list of attachment is the part of the work.</p>
Klíčová slova v angličtině:	<p>Group speech therapy, communicative disability, Acquired Dysarthria, use of Music, Test 3F – Dysarthria Profile, Rehabilitation institute Hrabyně</p>
Přílohy vázané v práci:	<p>Příloha č. 1 : Informovaný souhlas Příloha č. 2: Souhlas s účastí a stanovenými podmínkami Příloha č. 3: Žádost o umožnění realizace skupinových logopedických terapií v Rehabilitačním ústavu Hrabyně Příloha č. 4: Test 3F – Dysartrický profil (manuál) Příloha č. 5: Fotografie autorky při hře na saxofon</p>
Rozsah práce:	<p>108 s.</p>
Jazyk práce:	<p>Český</p>

Srdečně děkuji PhDr. Renatě Mlčákové, Ph.D. za odborné vedení diplomové práce. Dále bych chtěla poděkovat Mgr. Veronice Bakešové za cenné rady a podporu během celého průběhu uskutečněných skupinových logopedických terapií v Rehabilitačním ústavu Hrabyně. Mé největší poděkování patří všem klientům, kteří se logopedických terapií pravidelně a poctivě zúčastňovali. Děkuji vám za projevenou důvěru a ochotu spolupracovat.

OBSAH PRÁCE

ÚVOD	9
I. TEORETICKÁ ČÁST	11
1 NARUŠENÍ MOTORICKÉ REALIZACE ŘEČI	11
1.1 TERMINOLOGIE DYSARTRIÍ	13
1.2 ETIOLOGIE A PATOFYZIOLOGIE ZÍSKANÉ DYSARTRIE.....	14
1.3 KLASIFIKACE A SYMPTOMATOLOGIE ZÍSKANÉ DYSARTRIE	17
1.3.1 <i>Dysartrie bulbární (chabá, flakcidní, periferní, nukleární)</i>	17
1.3.2 <i>Dysartrie spastická (centrální)</i>	18
1.3.3 <i>Dysartrie ataxická (ataktická, cereberální, mozečková)</i>	18
1.3.4 <i>Dysartrie hypokinetická a hyperkinetická (extrapyramidová)</i>	19
1.3.5 <i>Dysartrie smíšená (kombinovaná)</i>	20
1.4 PREVENCE A PROGNÓZA	21
2 DIAGNOSTIKA ZÍSKANÉ DYSARTRIE.....	23
2.1 TEST 3F	25
2.2 REALIZACE TESTU 3F A PRŮBĚH VYHODNOCOVÁNÍ.....	26
2.3 DIFERENCIÁLNÍ DIAGNOSTIKA	27
3 TERAPIE U KLIENTŮ SE ZÍSKANOU DYSARTRIÍ	30
3.1 INDIVIDUÁLNÍ A SKUPINOVÁ TERAPIE	30
3.2 TERAPEUTICKÉ METODY.....	31
3.2.1 <i>Relaxační metody</i>	31
3.2.2 <i>Dechová a fonační cvičení</i>	32
3.2.3 <i>Posílení orofaciálního svalstva</i>	34
3.2.4 <i>Rytmizačně-pohybová cvičení</i>	36
3.2.5 <i>Artikulační cvičení a nácvik prozodie</i>	37
4 HUDBA JAKO PROSTŘEDEK TERAPIE.....	38
4.1 HUDBA A LIDSKÝ MOZEK, HUDBA A EMOCE.....	40
4.2 SAXOFON JAKO PROSTŘEDEK TERAPIE	44
4.3 PŘEFUKOVANÁ PÍŠŤALA JAKO PROSTŘEDEK TERAPIE	45

4.4	AFRICKÉ DJEMBE JAKO PROSTŘEDEK TERAPIE	46
4.4.1	<i>Variace námi navržených aplikovaných cvičení</i>	<i>48</i>
II. PRAKTICKÁ ČÁST		51
5	METODOLOGIE.....	51
5.1	VYMEZENÍ VÝZKUMNÉHO PROBLÉMU	51
5.2	HLAVNÍ CÍL A PARCIÁLNÍ CÍLE	52
5.2.1	<i>Stanovení výzkumných otázek</i>	<i>53</i>
5.3	MÍSTO REALIZACE VÝZKUMU – REHABILITAČNÍ ÚSTAV HRABYNĚ.....	54
5.3.1	<i>Jedinec se získanou dysartrií v Rehabilitačním ústavu Hrabyně.....</i>	<i>55</i>
5.4	CHARAKTERISTIKA ZKOUMANÉHO SOUBORU	56
5.5	VÝZKUMNÉ METODY.....	58
5.5.1	<i>Test 3F.....</i>	<i>58</i>
5.5.2	<i>Pozorování.....</i>	<i>59</i>
5.5.3	<i>Narativní případová studie.....</i>	<i>61</i>
6	NARATIVNÍ PŘÍPADOVÉ STUDIE VYBRANÝCH RESPONDENTŮ	63
6.1	NARATIVNÍ PŘÍPADOVÁ STUDIE – PAN MARTIN, 27 LET.....	63
6.1.1	<i>Navázání kontaktu, první setkání s panem Martinem</i>	<i>64</i>
6.1.2	<i>Popis projevů pana Martina při skupinových logopedických terapiích</i>	<i>65</i>
6.1.3	<i>Rytmizačně pohybová cvičení</i>	<i>66</i>
6.1.4	<i>Artikulační cvičení</i>	<i>67</i>
6.1.5	<i>Dechová a fonační cvičení.....</i>	<i>67</i>
6.1.6	<i>Nácvik větné intonace.....</i>	<i>68</i>
6.2	NARATIVNÍ PŘÍPADOVÁ STUDIE – PAN ROMAN, 32 LET.....	69
6.2.1	<i>Navázání kontaktu, první setkání s panem Romanem</i>	<i>70</i>
6.2.2	<i>Popis projevů pana Romana při skupinových logopedických terapiích</i>	<i>70</i>
6.2.3	<i>Rytmizačně pohybová cvičení</i>	<i>72</i>
6.2.4	<i>Artikulační cvičení</i>	<i>72</i>
6.2.5	<i>Dechová a fonační cvičení.....</i>	<i>73</i>
6.2.6	<i>Nácvik větné intonace.....</i>	<i>73</i>
6.3	NARATIVNÍ PŘÍPADOVÁ STUDIE – STUDENT JIŘÍ, 19 LET.....	75
6.3.1	<i>Navázání kontaktu, první setkání se studentem Jiřím</i>	<i>75</i>

6.3.2	<i>Popis projevů studenta Jiřího při skupinových logopedických terapiích.....</i>	76
6.3.3	<i>Rytmizačně pohybová cvičení.....</i>	77
6.3.4	<i>Artikulační cvičení.....</i>	77
6.3.5	<i>Dechová a fonační cvičení.....</i>	78
6.3.6	<i>Nácvik větné intonace.....</i>	78
6.4	NARATIVNÍ PŘÍPADOVÁ STUDIE - PANÍ MARKÉTA, 57 LET.....	80
6.4.1	<i>Navázání kontaktu, první setkání s paní Markétou.....</i>	80
6.4.2	<i>Popis projevů paní Markéty při skupinových logopedických terapiích.....</i>	81
6.4.3	<i>Rytmizačně pohybová cvičení.....</i>	81
6.4.4	<i>Artikulační cvičení.....</i>	82
6.4.5	<i>Dechová a fonační cvičení.....</i>	82
6.4.6	<i>Nácvik větné intonace.....</i>	83
7	VÝSLEDKY ŠETŘENÍ A JEJICH INTERPRETACE.....	85
7.1	<i>VÝSLEDKY ŠETŘENÍ A JEJICH INTERPRETACE - PAN MARTIN.....</i>	86
7.2	<i>VÝSLEDKY ŠETŘENÍ A JEJICH INTERPRETACE - PAN ROMAN.....</i>	87
7.3	<i>VÝSLEDKY ŠETŘENÍ A JEJICH INTERPRETACE - STUDENT JIŘÍ.....</i>	89
7.4	<i>VÝSLEDKY ŠETŘENÍ A JEJICH INTERPRETACE - PANÍ MARKÉTA.....</i>	90
8	SHRNUTÍ VÝSLEDKŮ.....	92
	ZÁVĚR.....	94
	SLOVNÍČEK POJMŮ.....	96
	SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY A INTERNETOVÝCH ZDROJŮ.....	102
	SEZNAM PŘÍLOH.....	108

ÚVOD

O tom, že hudba má léčivé účinky, nacházíme první zmínky již v Bibli, a to ve spojení s Davidem a jeho hrou na harfu, která úspěšně léčí z depresí krále Saula (srov. 1 Sam 16,23). Jelikož i my se domníváme, že využití hudby může mít opravdu léčebný charakter, rozhodli jsme se napsat diplomovou práci s názvem *Uplatnění hudby ve skupinové logopedické terapii u klientů s dysartrií v produktivním věku v Rehabilitačním ústavu Hrabyně*. Jeden z pádných důvodů pro výběr tématu diplomové práce byl časový nedostatek logopedické péče poskytovaný klinickým logopedem pro klienty Rehabilitačního ústavu Hrabyně. Historie již zmíněného rehabilitačního ústavu sahá do 50. let 20. století. Od založení až do současné doby nebyla žádná skupinová logopedická terapie v ústavu realizována.

Ve zmíněném zařízení jsme realizovali jedenkrát týdně v tříměsíčním časovém rozmezí hodinovou skupinovou logopedickou terapii s pěti klienty, kterým byla diagnostikována získaná dysartrie.

Před zahájením skupinových logopedických terapií jsme u každého z klientů aplikovali diagnostický materiál, tzv. Testu 3F (Dysartrický profil), který jsme po ukončení terapeutických sezení, tedy po třech měsících práce, opět zrealizovali. Po srovnání výsledků jsme zhodnotili případná zlepšení či zhoršení ve zkoumaných oblastech.

Hlavní cíl diplomové práce shledáváme ve zmírnění komunikačních obtíží při využití hudby a hudebních nástrojů se zaměřením na rytmizačně pohybová cvičení, artikulační cvičení, dechová a fonační cvičení a při nácvičku modulačních faktorů řeči. Po dobu společných skupinových setkání klienti hudbu nejen pasivně vnímali, ale také ji aktivně tvořili či spoluvytvářeli za pomoci následujících hudebních nástrojů: saxofon, africké djembe a přefukovaná píšťala. Cíl diplomové práce spočíval také v rozšíření a doplnění logopedických cvičení, která klienti v rehabilitačním ústavu již absolvovali s klinickou logopedkou.

Diplomová práce je rozdělena do dvou částí a osmi kapitol, které na sebe navazují. **V teoretické části** se čtenář seznámí s pojmem narušení motorické realizace řeči, následně mu bude představena získaná narušená komunikační schopnost, konkrétně získaná dysartrie. První kapitola také obsahuje klasifikaci dysartrií, zahrnuje symptomatologii, etiologii a patofyziologii získané dysartrie. Kapitole uzavírá neméně důležitá podkapitola věnovaná prevenci a prognóze. V další kapitole se zabýváme diagnostikou, objasníme Test 3F, který jsme při diagnostice v rámci této práce použili. Terapeutické metody a jejich využití u klientů

se získanou dysartrií blíže popisujeme ve třetí kapitole diplomové práce. Čtvrtá kapitola je věnována hudbě a hudebním nástrojům, které jsme při práci s klienty aplikovali.

Praktickou část uvádí kapitola věnovaná metodologii, která popisuje nejen test 3F, ale také narativní případovou studii a pozorování. V této kapitole čtenář také nalezne vymezení výzkumného problému a určení základního cíle diplomové práce, ke kterému se pojí stanovení výzkumných otázek. V páté kapitole předloženého textu najdeme informace o Rehabilitačním ústavu Hrabyně, který se stal místem realizace samotného výzkumu. V šesté kapitole se věnujeme narativním případovým studiím vybraných respondentů, tuto část práce považujeme za stěžejní. Na šestou kapitolu navazuje následující sedmá kapitola, která obsahuje výsledky šetření, jež jsou strukturovány do grafů, z nichž vyúsťuje jejich interpretace zahrnující subjektivní pohledy autorky. Osmá, závěrečná kapitola diplomové práce, shrnuje výsledky šetření.

Předložená práce také obsahuje slovníček pojmů, který definuje veškeré cizí pojmy použité v textu. Seznam příloh se stal nedílnou součástí celé práce, obsahuje také fotografii autorky při hře na saxofon, jelikož tento hudební nástroj se stal právě pro ni pomocníkem nejen v době chmur a nesnází, možná právě tak jako u krále Saula a Davidovy harfy...

I. TEORETICKÁ ČÁST

1 Narušení motorické realizace řeči

V odborné tuzemské literatuře je narušená komunikační schopnost rozdělena podle přítomných symptomů do deseti okruhů, které se jednotlivými narušeními detailně zabývají. V případě dysartrie (vývojové či získané) a dyslalie se jedná o **okruh narušení článkování řeči** (Klenková, 2006).

Podle 10. revize Mezinárodní klasifikace nemocí z roku 1993 a její poslední aktualizace, s platností k 1. 1. 2012, patří dysartrie do skupiny *R47 Poruchy řeči nezařazené jinde: R47.1 Anartrie a dysartrie* (Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR, 2011, [online]).

Narušená komunikační schopnost pak dle Lechty (2003, s. 17) znamená „*narušení některé roviny jazykových projevů (příp. několik rovin současně), což působí interferenčně vzhledem ke komunikačnímu záměru.*“

Pokud hovoříme o **narušení motorické realizaci řeči** ve vztahu k dysartriím, pak pojednáváme o narušené schopnosti zvládat cílené a korektní pohyby mluvidel, které pozorujeme v rámci orofaciálního systému dotyčného jedince. Neadekvátní hybnost mluvidel ztěžuje řečový projev, který je díky narušenému dýchání a omezeným pohybům dolní čelisti a měkkého patra znesnadněn. Mluvní projev jedince, kterému byla diagnostikována získaná dysartrie, pak posluchači připadá jiný a nápadný (Neubauer, 2000).

Love a Webb (2009) řadí dysartrie do oblasti motorických řečových poruch (*Motor Speech Disorders*). V případě narušení motorické realizace řeči je aktivita CNS postižena na základě organického poškození nervové soustavy, což má za následek postižení modalit řeči, pod které spadá *respirace, fonace, rezonance a artikulace*. Toto tvrzení koresponduje s definicí, kterou uvádí Růžička a Bednařík (2008, s. 447): *Dysartrie jako motorická řečová porucha zahrnuje poruchu artikulace vznikající na podkladě postižení centrálního či periferního nervového systému vedoucího k poškození inervace svalstva jazyka, periorálních mimických svalů, hltanu a měkkého patra.*“

Klenková (2006) tvrdí, že nejmarkantnější narušení řeči vnímá v oblasti *artikulace*. Neubauer (2011) píše o důležitosti centrální nervové soustavy (CNS), jejíž činnost řídí intaktní řečový projev každého jedince.

V závěru této kapitoly považujeme za vhodné charakterizovat funkci **hlavových nervů**, které se podílejí na motorické realizaci řeči. Jejich narušení pak může způsobovat nesprávnost fungování, což je podmíněno patologickou inervací (Kerekrétiová, 2009, Abrahams, 2014).

Tabulka č. 1: Hlavové nervy a oblasti inervace (Kerekrétiová, 2009; Abrahams, 2014)

Hlavové nervy, participující na řečovém projevu	Oblasti inervace z řečového hlediska
Nervus trigeminus (<i>nerv trojklanný</i>)	Svaly čelisti, žvýkácí svaly, vliv na artikulaci, inervace mimických svalů
Nervus facialis (<i>nerv lícní</i>)	Svaly tváře a rtů, vliv na artikulaci, inervace svalů krku, inervace <i>m. stylohyoideus</i> (sval důležitý pro elevaci jazyčky), mimické svalstvo – smích, zamračení
Nervus glossopharyngeus (<i>nerv jazykohltanový</i>)	Svaly hltanu, měkkého patra, vliv na rezonanci a fonaci
Nervus vagus (<i>nerv bloudivý</i>)	Svaly měkkého patra, hltanu a vnitřní strany hrtanu, inervace hrudníku a břišní stěny, což ovlivňuje fonaci a rezonanci
Nervus accesorius (<i>nerv přídatný</i>)	Svaly hrtanu s vlivem na fonaci a rezonanci, Inervace struktur v hrdle a některých krčních svalů
Nervus hypoglossus (<i>nerv podjazykový</i>)	Inervace jazyka, vliv na artikulaci

1.1 Terminologie dysartrií

Kiml (1978) uvádí dysartrii jako následek postižení centrálního nervového systému, jehož poškození zavrhuje příčinu k nekorektnímu řečovému výkonu, spojenému s poruchou inervace mluvního ústrojí s nedostačující oromotorickou obratností.

Slovenský profesor, odborník v oblasti logopedie, Viktor Lechta (1990) dysartrii pojímá jako narušení artikulační činnosti, za kterou je, ve shodě s Kimlem (1978), odpovědné organické poškození nervového systému. Autor dále uvádí tři druhy této narušené komunikační schopnosti.

Cséfálvay (2009) se při definici dysartrie s výše uvedenými autory shoduje a zdůrazňuje, že při dysartrii dochází ke komplexnímu (multikomponentnímu) narušení, které může v různé míře narušit schopnost *respirace, fonace, rezonance, artikulace* či *prozodie*. Neopomijí také možné *narušení svalů*, které participují na řečovém projevu a inervují oblasti, jež se na projevu podílejí.

K možnosti vzniku narušené komunikační schopnosti – dysartrie se vyjadřuje Klenková (2006), která tvrdí, že dysartrie i anartrie mohou vzniknout v průběhu celého lidského života.

Dle Neubauera (2011) můžeme vymezit **vývojovou dysartrii (Developmental Dysarthria)**, která vzniká v důsledku poruchy způsobené organickým poškozením centrální nervové soustavy, ke kterému došlo v období prenatálním či perinatálním resp. do 1-2 let věku dítěte. V dalších případech se může na vzniku podílet např. úraz hlavy a mozku, onkologické onemocnění aj.

Řečový projev je ztížen neadekvátní schopností dýchání a tvorby hlasu, artikulace s omezenou funkcí v oromotorické oblasti. Pojem *vývojová dysartrie* je v literatuře nejvíce skloňován s pojmem **dětská mozková obrna (DMO)**, o kterém píše např. Kraus (2005).

Získaná dysartrie (Acquired Dysarthria) vzniká náhle či pozvolným tempem. Na jejím vzniku se podílejí především cerebrovaskulární onemocnění, onkologická onemocnění, úrazy hlavy, degenerativní onemocnění, toxická poškození atd. (Neubauer, 2000)

Neubauer (2011) své teze doplňuje o dobu vzniku získané dysartrie, která může nastat kdykoli v průběhu života, tedy v dětství, v produktivním věku i ve stáří. Roubíčková a kol. (2011, s. 11) píšou o „*vzniklé neuromuskulární poruše, která zasahuje schopnost artikulace, respirace, fonace, nosní rezonance a prozodie. Z čehož vyplývá, že se nejedná o pouhou*

poruchu na bázi artikulace, ale o skupinu poruch, které vyžadují odbornou diagnostiku a také terapii.“

Do terminologie je nutné také zařadit **anartrii**. Dle Cséfalvaye (2009) se v případě anartrie jedná o nejzávažnější řečové poruchy, při kterých je nejvýznamněji narušena schopnost artikulace. Jedná se o velmi těžkou řečovou poruchu, při níž jedinec ztrácí schopnost produkce artikulované řeči. Neubauer (2000, 2007) se zmiňuje o úplném bezhlasí (**afonii**), které se může v souvislosti s anartrií objevit. V tomto případě je důležité dbát na odborné a kvalitní provedení diferenciální diagnostiky, díky níž je vyloučena narušená komunikační schopnost, tzv. totální mutismus (oněmění). U klientů, kterým byla diagnostikována anartrie, považujeme za vhodné zvolit adekvátní formu **alternativní a augmentativní komunikace**, jejichž výčet nabízí např. Janovcová (2010).

Termín **dysfagie**, jenž může s dysartrií velmi úzce souviset, nelze při odborné terminologii opomenout. Jedná se o poruchu polykání a příjmu potravy patřící do vitálních funkcí člověka (Neubauer, 2011). Dysfagie vyžaduje odborné terapeutické vedení, jehož principy a postupy nabízí ve svých publikacích např. Morales (2006), Gangale (2004), Neubauer (1998), Garliner (1974) aj.

1.2 Etiologie a patofyziologie získané dysartrie

Následkem různých poškození mozku a jeho drah (CNS) může dojít ke vzniku získané dysartrie. Lokalizace léze se však může dále spontánně upravovat, což může vést k výskytu četných změn v řečovém projevu, přičemž je důležitá logopedická péče a rediagnostika (Neubauer, 2003).

Kerekretiová (2009, s. 244) upozorňuje na *„možnost progredujícího charakteru daného postižení, což se konkrétně může projevit např. počátečním narušením artikulace s postupným rozšířením na další oblasti, např. fonaci, respiraci nebo rezonanci.“*

Neubauer (2000, 2003, 2011) řadí mezi nejčastější příčiny, které způsobují vznik získané dysartrie u dospělých osob, **cévní mozkové příhody, úrazy hlavy, stavy po operacích mozkového kmene, zasažení motorických a premotorických oblastí mozkové kůry (nádory, náhlá krvácení, hematomy), degenerativní onemocnění nervové soustavy (Parkinsonova choroba, roztroušená skleróza).**

Cséfalvay (2003) dodává, že na příčině vzniku získané dysartrie se mohou podílet také **metastáze** vznikající na základě onkologických onemocnění. Dle jeho mínění se z různých

příčin mohou vyskytovat stejné či podobné příznaky, které můžeme sledovat v řečové produkci jedince. Klenková (2006) dále doplňuje vlivy **toxického poškození CNS**, které se taktéž podílejí na vzniku získané dysartrie.

Enderby a Emerson (1996) hovoří o počtu 280 osob na 100 tisíc obyvatel, jímž byla diagnostikována získaná dysartrie. Jako nejčastější příčiny vzniku této narušené komunikační schopnosti u výše uvedených osob autoři uvádějí: cévní mozkové příhody (CMP), léze mozkové tkáně, úrazy hlavy a degenerativní neurologická onemocnění (Lechta, 2005).

Níže budeme definovat nejčastější příčiny získané dysartrie:

Cévní mozková příhoda (CMP) neboli ictus apoplecticus – úder (náhlá cévní mozková příhoda, mozková mrtvice, cerebrovaskulární onemocnění) - nejčastěji vzniká v důsledku krvácení do mozku po ucpání mozkové cévy vmetkem (embolie), což zapříčiní následné odumření mozkové tkáně. Po cévní mozkové příhodě často dochází k ochrnutí poloviny těla (centrální hemiparéza/ hemiplegie) s možnou obrnou lícního nervu (n. facialis) (Dvořák, 2007).

Lukl (1965), jehož definice a teze považujeme za nadčasové, tvrdí, že další příčinou, která podmiňuje vznik CMP, je krvácení z ruptury aneurysmatu, sklerotické tepny nebo angiomu. Jako nejčastější příčina je považována trombosa sklerotické artérie. Neméně časté je například krvácení do gliomu či malacie při poklesu krevního tlaku.

Seidl (2008, s. 83) uvádí: „*Cévní mozková příhoda je urgentní stav vyžadující rychlou diagnostiku a včasné zahájení účinné terapie. CMP je třetí nejčastější příčinou smrti, mortalita v České republice je 4x vyšší než v USA a 40 % nemocných umírá do jednoho roku po příhodě.*“

Čecháčková (2003) uvádí **cévní příhody hemoragické**, způsobující krvácení do mozku. Podmíněny mohou být hypertenzí, prasknutým aneurismatem, mozkovým nádorem či hematomem. V opačném případě se jedná o **cévní příhody ischemického typu**, které snižují prokrvení mozku a bývají vyvolány hypoperfuzí, trombózou mozkových cest nebo embolií.

Úrazy hlavy neboli **mozková zranění** můžeme rozdělit podle *Petitovy klasifikace*, kterou uvádí Kunc (1968), na **otřes mozku** signalizující vše pronikající reversibilní poranění, **zhmoždění mozku**, které spočívá v poranění organického rázu, či **stlačení mozku**, jež vyžaduje odborný chirurgický zákrok. Vzájemné dělení se však mezi sebou různě prolíná, symptomy se podobají a jsou si charakterově blízké, určit, zda se jedná o jednu z výše uvedených možností při úrazy hlavy, je tudíž náročné.

Z toho důvodu odborníci vytvořili další klasifikační kritéria, která se opírají o délku bezvědomí, v níž se klient po úrazu ocitl. Kunc (ibid, s. 44) mozková poranění rozděluje na „*zranění s bezvědomím kratším než 4 dny, s bezvědomím mezi 4. - 11. dnem, s bezvědomím přesahujícím 21 dní.*“

Traumatizace mozku se rozléhá v jeho pevném i tekutém prostředí. Nárazy mozkových hemisfér jsou sledovány ve směru síly i v jejím odporu, což negativně ovlivňuje všechny útvary mozku. Při úrazech může dojít také k lebečním zlomeninám, k otevřeným poraněním lebky a mozku, k poranění mozkových nervů při zlomeninách lební báze, k cévním poraněním aj. (Kunc, 1968).

Podnětem ke vzniku získané dysartrie mohou být také **onkologická onemocnění**. Dle Kunce (1968) se mohou nádory nalézat v lebeční oblasti, nitrolebně, v oblasti mozkových plen, přímo v mozku (gliomy), v mapě mozečku, na úrovni mozkového kmene, v prostředí mozkových komor, hovořit můžeme také o nádorech hypofýzy či nádorech mozkových nervů. Nelze opomenout zjištění, zda se jedná o nádor **maligního** či **benigního** typu, a podstatná je také skutečnost, zda jsou k němu vázány metastáze, které taktéž mohou ovlivnit komunikační schopnost jedince.

V případě hematomu hovoříme o uzavřeném **krevním výronu rozsáhlého charakteru**. Jeho výskyt je spojen s otokem, který vzniká v hlubších tkáních (Vokurka, Hugo, 2004).

Mezi **degenerativní onemocnění** autoři Neubauer (2000), Lechta (2011), Knoppová, Kučerová (2006) řadí především **Parkinsonovu chorobu** a **roztroušenou sklerózu**. Dysartrie, které doprovázejí tato onemocnění, mají často pomalu nastupující průběh se zhoršující se tendencí. Cílem logopedické terapie je symptomy získané dysartrie v největší míře potlačit či zastavit.

Čecháčková (2003) uvádí, že poškození mozku souvisí se vzrůstajícími fenomény dnešní doby, do kterých řadí neúměrnou konzumaci alkoholu a užívání návykových látek, zejména drog. Poškození mozku pak spočívá v otravě centrální nervové soustavy oxidem uhelnatým a dochází k **toxickému poškození centrální nervové soustavy**.

1.3 Klasifikace a symptomatologie získané dysartrie

Pokud bychom chtěli pátrat po jednotném dělení dysartrie, bohužel bychom zřejmě nedošli cíle. Tak jako téměř u všech druhů narušené komunikační schopnosti neexistuje mezi odborníky jednotné dělení, ani dysartrie není výjimkou. Třídění existuje dvojí: klasifikace z hlediska neurologických symptomů a klasifikace z hlediska lokalizace léze (Lechta, 2005).

Jelikož v rámci diplomové práce zmiňujeme osoby v produktivním věku, kterým byla diagnostikována získaná dysartrie, pak pro tento okruh je nejvíce skloňována **klasifikace z hlediska neurologických symptomů**, která je v této práci převzata od Cséfalvaye (2009), Neubauera (2003) a Kimla (1978).

Řečový projev osoby se získanou dysartrií vykazuje mnoho příznaků, které se odvíjí od uvedené klasifikace. Níže se budeme zabývat výčty charakteristických symptomů, které zařadíme do příslušného dělení. Symptomatologii získané dysartrie uvádí např. Neubauer (2003, 2007), Cséfalvay (2009), Roubíčková a kol. (2011), Kiml (1978), Klenková (2006).

1.3.1 Dysartrie bulbární (chabá, flacidní, periferní, nukleární)

Cséfalvay (2009), Neubauer (2003) i Kiml (1978) se shodují, že se jedná o typ narušené komunikační schopnosti, která vzniká při lézi hlavových a spinálních nervů. Hlavové nervy (nejčastěji podjazykový nerv, přídatný nerv a bloudivý nerv) mohou být poškozeny *při úrazech hlavy, při autonehodách, během operací mozku, na základě onkologického onemocnění v oblasti mozkové kmene*.

V případě bulbární dysartrie můžeme uvést pojem **bulbární paralýza**, který je definován jako syndrom, jenž bývá součástí neurologického postižení. Příčinou je také *cévní mozková příhoda* či *štítná žláza*, která může být v rámci chirurgického zákroku poškozena. Srozumitelnost mluvního projevu je ztížena kvůli narušení periferního motoneuronu, který se podílí na adekvátní tvorbě řeči a procesech dýchání (Cséfalvay, 2009).

V řečovém projevu jedince, jemuž byla diagnostikována flacidní dysartrie, můžeme sledovat **fascikulace**, což jsou drobné záškuby orofaciálního svalstva, které mohou mít negativní vliv na komunikační záměr i komunikační dialog. **Orofaciální svalstvo je ochablé**, nespĺňuje korektní pohyby rtů, jazyka, čelisti, měkkého patra a velofaryngeálního uzávěru.

Nejnápadnějším řečovým symptomem je **hypernazalita s únikem vzduchu do nosu, s narušeným dýcháním**. **Artikulace je setřelá**, nesrozumitelná, pozorovat můžeme neadekvátnost bilabiálních a labiodentálních hlásek, při intraorálním tlaku mohou být narušeny také frikativy a explozivny. Patrné je narušení *funkce jazyka a svalů*, které se podílejí

na řečovém projevu.

Při postižení hrtanu se objevuje **porucha hlasu**, který je nezřetelný, monotónní, připomíná šelest nebo se přibližuje šepotu (dysfonie – afonie). Může se vyskytnout také **dysfagie** (Neubauer, 2003; Cséfalvay, 2009; Roubíčková a kol., 2011; Kiml, 1978; Klenková, 2006).

1.3.2 Dysartrie spastická (centrální)

Ke vzniku spastické dysartrie zadávají podle Cséfalvaye (2009), Neubauera (2003) i Kimla (1978) podnět především *cerebrovaskulární onemocnění, degenerativní onemocnění progresivního typu, mozková aneurysmata*. Centrální dysartrie vzniká při oboustranném poškození centrálního motorického neuronu, v tomto případě můžeme hovořit o oboustranné lézi pyramidového a extrapyramidového systému. Centrální dysartrie se považuje za součást **pseudobulbární paralýzy**. K postižení došlo v místě mezi prodlouženou míchou a bílou hmotou pravé i levé mozkové hemisféry. U klienta můžeme následkem této narušené komunikační schopnosti sledovat centrální paretické postižení.

Neubauer (2003, 2007), Cséfalvay (2009), Roubíčková a kol. (2011), Kiml (1978), Klenková (2006) v rámci symptomatologie popisují, že např. **oromotorika** rtů a jazyka je výrazně zpomalená, omezení hybnosti můžeme sledovat ve spontánních pohybech čelisti a měkkého patra. **Porucha artikulace** dle autorů zahrnuje **spasticitu**, způsobuje velmi pomalé tvoření hlásek, které negativně ovlivňuje tempo řeči, *tzv. bradylalický projev* (neadekvátnost konsonantů, v některých případech také vokálů), **narušení diadochokineze**.

Fonace je výrazně narušená, hlas je chraptivý, tvorba je nápadná zvýšenou námahou, může se vyskytovat *tzv. fonační stenóza*. Objevuje se také **hypernazalita** (zvýšená nosovost mírnějšího typu). **Prozódické faktory řeči jsou zasaženy** sníženou intonací, monotónní řečí se špatným kladením důrazu na určité slabiky, hlasová intenzita je výrazně snižena. U klienta, jemuž byla diagnostikována spastická dysartrie, můžeme pozorovat zvýšený slinotok, *tzv. hypersalivaci*.

1.3.3 Dysartrie ataxická (ataktická, cereberální, mozečková)

Mozeček a jeho dráhy se podílejí na koordinaci pohybů jemné i hrubé motoriky, včetně celkové koordinace těla. Při jeho narušení dochází k narušení koordinace svalů orofaciální oblasti, které participují na mluvení. V tomto případě můžeme hovořit o **cereberálním syndromu**.

Na vzniku ataxické dysartrie se podílejí *degenerativní onemocnění, cévní mozkové příhody, ke kterým došlo v oblasti mozečku, otrava alkoholem či olovem, která může mít za následek toxické poškození mozečku* (Cséfalvay, 2009; Neubauer, 2003; Kiml, 1978).

Obraz klienta s mozečkovou dysartrií popisuje Neubauer (2003, 2007), Cséfalvay (2009), Roubíčková a kol. (2011), Kiml (1978) a Klenková (2006), dle uvedených autorů odpovídá celkové hypotonické charakteristice svalů, která se odráží také v řečovém projevu. Výrazné narušení autoři zaznamenávají v **narušeném kverbálním chování**, můžeme sledovat přítomnost hypomimie (obličej připomíná masku). **Orofaciální pohyby** jsou nepřesné, pomalé, zřetelná je rovněž svalová hypotonie. V řečovém projevu můžeme pozorovat **narušení artiklace** více okruhů hlásek (neadekvátní konsonanty i vokály, explozivní vyrážení slabik či slov, podoba samohláskové mluvy), zřetelnou artikulační nepřesnost - adiadochokinezi, nedostatečnou síla a důraz, řeč působí jako *opilecká* (skandovaná mluva), může docházet k *tzv. artikulačnímu kolapsu* důsledkem nekoordinované činnosti artikulačních svalů.

Dále může být přítomna také **otevřená huhňavost**. Časté jsou **poruchy fonace**, hlas může být chraptivý, drsný. V nejzávažnějších případech může mozečková dysartrie způsobovat až hlasový tremor. **Prozódické faktory jsou nekorektní**, intenzita hlasu je nedostatečná, rytmus je narušen, tempo řeči je zpomalené, *tzv. bradytalie*, důraz, který je kladen na slabiky, je nadbytečný.

1.3.4 Dysartrie hypokinetická a hyperkinetická (extrapyramidová)

Cséfalvay (2009), Neubauer (2003), Kiml (1978) uvádí, že pokud dojde k poškození bazálních ganglií a jejich přídatných okruhů, které se podílejí na hybnosti jedince, hovoříme o a) **hypokinetické dysartrii** nebo b) **hyperkinetické dysartrii**.

V případě jejich poškození můžeme sledovat zvýšení či snížení výkonové aktivity. K **hypokinetické dysartrii** může dojít *následkem úrazu hlavy, při degenerativním onemocnění – v tomto případě nejčastěji hovoříme o Parkinsonově chorobě - či po cerebrokraniálním traumatu*. Sledovaný tonus jedince vykazuje snížení, je charakterizován tlumivě.

Poškození výše zmíněných bazálních ganglií může zavdat příčinu ke vzniku **hyperkinetické dysartrie**, která se od předem popsánoho typu liší zejména symptomy. Následkem hyperkinetické dysartrie můžeme v chování jedince pozorovat neadekvátní, nápadné a mimovolné pohyby svalstva i orgánů, jež se podílí na řečovém procesu. Jedná se o

zvýšení výkonové aktivity, kterou lze charakterizovat jako budivou a rychlou s malou amplitudou. Tyto nekoordinované pohyby mají negativní vliv na průběh komunikace, jelikož u osoby s hyperkinetickou dysartrií můžeme pozorovat narušené koverbální chování. Na vzniku se podílejí *cerebrokraniální traumata, degenerativní onemocnění CNS a v poslední řadě také náhlá cévní mozková příhoda*.

Symptomatologii obou extrapyramidových získaných dysartrií blíže popisuje a čtenáři přibližuje Neubauer (2003, 2007), Cséfalvay (2009), Roubíčková a kol. (2011), Kiml (1978) a Klenková (2006). U **hypokinetické dysartrie** vznikají **poruchy artikulace** na základě redukce pohybů orofaciálního svalstva (neadekvátní okluzivy a afrikáty), sledovat můžeme nekorektní *nazalizaci* hlásek (ve smyslu prodloužení či zkrácení). Přítomny jsou také **poruchy fonace**, hlas je méně výrazný, tišší, třaslavý, poloha hlasu je nízká. **Plynulost řeči je narušena**, objevují se *palilálie* (překotné opakování slov, slabik) a *repetice* hlásek na začátku slov či po řečové pauze.

Při hyperkinetické dysartrii oromotorika rtů, jazyka a čelisti může vykazovat známky tremoru, rozsah pohybů je omezený. Charakteristické pro **poruchy artikulace** jsou především neadekvátní konsonanty a nepřesné vokály. Artikulační orgány plní požadovanou činnost nepřesně, schopnost diadochokineze je zhoršená. Přítomny jsou rovněž **фонаční poruchy**, hlas je dyšný, přiškrcený či roztřesený. Řečová produkce je tvořena nadměrnou silou, přítomnost mimovolných pohybů stěžuje samotný proces.

Prozódické faktory řeči jsou narušeny z důvodu nesprávného frázování a neadekvátně umístěných řečových pauz, **hlasová intenzita** je taktéž omezena, objevuje se monotónnost. Rušivě vzhledem ke komunikačnímu záměru působí žmoulavé (atetoidní, krouživé, mimovolné) svalové záškuby. V klinickém obraze klienta se může objevit také **dysfagie**.

1.3.5 Dysartrie smíšená (kombinovaná)

Pod diagnózou smíšené dysartrie můžeme rozlišit více typů výše zmíněných získaných dysartrií. Jde o kombinaci forem, jejichž symptomy se různě prolínají a jejichž vliv taktéž negativně ovlivňuje komunikační schopnost jedince. Tyto typy kombinované dysartrie vzniká při poškození centrálního i periferního nervového systému (Cséfalvay, 2009).

Příznaky smíšené dysartrie se mohou různě **kumulovat**, čímž vznikají poruchy, jako např. *spasticko-flakcidní dysartrie, atakticko-spastická dysartrie, atakticko-spasticko-flakcidní dysartrie, spasticko-atakticko-hypokinetická dysartrie, hypotonicko-spasticko-*

ataktická dysartrie. Nelze vynechat zmínku o tom, že některé symptomy v řečovém projevu jedince se získanou dysartrií převažují, jiné jsou potlačeny, avšak jsou přítomny (Roubíčková a kol., 2011).

1.4 Prevence a prognóza

Díky preventivním opatřením můžeme předcházet také vzniku získané dysartrie. Na otázku: „*Jak?*“ odpovídá Neubauer (2003). Hovoří o důležitosti **primární prevence**, kterou spojuje s medicínskou preventivní péčí objasňující otázky zdravého životního stylu tak, aby populace byla schopna předcházet vznikům onemocnění, která zasahují centrální nervový systém. „*Nejvýraznější vliv na zlepšení prognózy cévních mozkových příhod ve všech uvedených aspektech se připisuje primární prevenci a spíše populačnímu modelu než selektivní intervenci pacientů s vysokým rizikem.*“ (Bruthans, 2009, s. 130)

V rámci primární prevence bychom dle Čecháčkové (2003) měli dodržovat několik hlavních zásad týkajících se naší životosprávy. Fyzické a psychické zdraví se odráží v klinickém obrazu každého jedince a nedodržování zdravého životního stylu může mít nepříznivé dopady, které se do zdravotní stránky promítají. Jedná se o **dodržování dostatečného tělesného pohybu, odbourávání stresu, omezení či úplné odbourání užívání návykových látek, jako je kouření, alkohol a drogy**.

Pokud nepřikládáme váhu těmto primárním preventivním opatřením, pak se stáváme vlastními viníky případného onemocnění. Nelze opomenout, že genetickou predispozici (dědičnost) nemůžeme vlastními silami nikterak ovlivnit.

Neubauer (2003) se domnívá, že charakter prognostického rozvoje je **variabilní**. Odvíjí se především od příčiny vzniku narušené komunikační schopnosti, získané dysartrie, a souvisí se závažností daného postižení. Tvrdí, že příznivý průběh „uzdravování“ nervové tkáně může výrazně přispět prognostickému výhledu. Uvádí také informaci o úplném vymizení negativních příznaků v řečovém projevu osoby, u níž byla diagnostikována získaná dysartrie na podkladě cévní mozkové příhody či po úrazu hlavy.

Lechta (1990) s Neubauerem souhlasí a myšlenky shrnuje. Prognóza získaných dysartrií má podle něj příznivý charakter v případě **zlepšování zdravotního stavu** jedince.

Na prognóze se dle slov Neubauera (2000) významně podílí **motivace klienta a podpora v rámci rodiny**. Pokud je v prvních měsících po vzniku poruchy vedena logopedická terapie intenzivně, pak může pozitivně ovlivnit klientův řečový vývoj. Terapeutický proces by neměl být ukončen předčasně, jeho koncepce by měla vycházet

z **individuálního přístupu** k osobě se získanou dysartrií a veškeré využití techniky by měly být aplikovány tak, aby nepůsobily kontraproduktivně.

K neefektivitě může také přispět **nízká fundovanost** odborného pracovníka, **nevhodné zvolení terapeutického** postupu či **nekreativita** nebo **infantilnost terapeutického materiálu**. Čecháčková (2003) se domnívá, že na prognózu klienta má vliv také **socioekonomický status, postoj pacienta k onemocnění**, který úzce souvisí s motivací. Nezanedbatelná je dle autorky také **úroveň dosaženého vzdělání**.

2 Diagnostika získané dysartrie

Slovo **diagnostika** pochází z řeckých slov **dia** = roz a **giognosko** = poznávám. Přinosilová (2007, str. 10) definuje diagnostiku jako „*poznávací proces, jehož cílem je co nejdokonalejší poznání daného předmětu či objektu. Výsledkem tohoto poznání je diagnóza.*“

Slovík (2007) se domnívá, že při diagnostickém procesu není stěžejním bodem stanovení závěru, tedy diagnózy. Podle něj je dílčí hodnocení jedince či prognóza dalšího vývoje dostačujícím výstupem celého procesu. Dále upřesňuje požadavky moderní speciální pedagogiky jako vědy a zmiňuje důležitost účelné diagnostiky se zaměřením na handicapované osoby, které díky validním výsledkům mohou využít **komplexní péči**, např. stanovení individuálních vzdělávacích potřeb, využití schopností, dovedností, a uzpůsobení plnohodnotné komunikace s celkovým rozvojem osobnosti aj.

V logopedickém slovníku Josefa Dvořáka (2001) nacházíme trojí vymezení diagnostiky:

1. Proces s cílem rozpoznat danou nemoc a její příčiny, proces zahrnující vyšetření se získáním anamnestických údajů klienta, určení diagnózy, navrhnutí terapeutického postupu, popř. stanovení prognózy;
2. komplex víceročetných metod a postupů, které určují nemoc, poruchu či vadu;
3. diagnostika jako označení oboru, který se primárně věnuje teorii a metodologii s cílem objevení podstatností, které se vztahují k diagnostikovanému subjektu.

Dvořák (2001) vymezení rozšiřuje o následující konkrétní druhy: *diferenciální diagnostika, komplexní (globální) diagnostika, logopedická diagnostika, etiologická diagnostika, topická diagnostika*. Pro naši práci je stěžejní hovořit o **logopedické diagnostice**, díky které můžeme určit výše uvedenou narušenou komunikační schopnost - získanou dysartrii. „*I logopedie, jakožto jedna z disciplín speciální pedagogiky má svůj systém diagnostiky, který se vyznačuje určitou specifičností, i když logopedická diagnostika také vychází z nálezů lékařských, popř. psychologických.*“ (Sovák, 1978, str. 7)

Dle Škodové a kol. (2003) se logopedická diagnostika snaží konkrétně popsat a definovat informace, které jsou zásadní pro následující průběh terapie. Při logopedické diagnostice může odborník využít klinické či testové diagnostické nástroje spolu s přístrojovými metodami, např. artikulograf (in ibid, 2003).

Lechta (2003) definuje tři možnosti logopedické diagnostiky:

1. orientační vyšetření – rozpozná, zda se jedná o narušenou komunikační schopnost, nebo o fyziologický jev (např. screening či depistáž);
2. základní vyšetření – určuje konkrétní druh narušené komunikační schopnosti (stanovení diagnózy);
3. speciální vyšetření – detailní určení typu, stupně a formy narušené komunikační schopnosti (obvykle týmová spolupráce více odborníků – neurolog, logoped, foniatr, psychiatr aj.)

Při komplexní diagnostice dysartrie, při které klinický logoped vychází ze závěrů **lékařských zpráv** (neurologické, foniatické, oftalmologické, stav percepčních funkcí aj. závěry), jsou důležité poznatky níže získaných schopností (Lechta, 1990):

- funkce a obratnost artikulačních orgánů;
- artikulace hlásek;
- schopnost fonematického rozlišování;
- možnosti dýchání a fonace;
- kvalita a adekvátnost prozódických faktorů řeči.

„Diagnostika dysartrie je náročná, protože klinický obraz může být velmi variabilní a ve většině případů jde o celý komplex příznaků.“ (Roubíčková, 2011, s. 11) Neubauer (2007) za **hlavní cíl logopedického vyšetření** považuje zjištění příčin, které jsou zodpovědné za snížení srozumitelnosti řeči. Dále se domnívá, že ačkoli existuje více druhů testového materiálu, jenž kvalitně hodnotí narušenou komunikační schopnost, získanou dysartrii, za nejlépe zpracovaný považuje test 3F.

Cséfalvay (2007) píše o principech testu 3F, které vychází z diagnostického materiálu *Frenchay Dysarthria Assesement*, a považuje jej za nejrozšířenější diagnostickou metodu vůbec. Pro Slovenskou republiku bylo znění textu 3F experimentálně upraveno Ďuríkovou v roce 2007 (Kerekrétiová, 2009).

Neubauer (2007) však za nejrozšířenější diagnostický materiál považuje *Dysarthria profile*, který byl koncipován Robertsonovou. Tento testový materiál zahrnuje také terapeutický plán, díky němuž lze vyzorovat zlepšení ve zkoumaných oblastech.

Lechta (1990, 2003) se zmiňuje o nezbytných **požadavcích**, které jsou kladeny na odborníka, jenž se diagnostickému procesu věnuje. Nehovoří jen o vědomostech a nabytých zkušenostech v oblasti neurogenních poruch řeči, podstatné je také vyvarovat se chybám, které může odborník do procesu přinášet (jako například předsudky).

Během diagnostikování je důležité zachovat trpělivost vůči klientovi a dbát na lidský přístup a ohleduplnost. Primární postavení při speciálněpedagogické diagnostice má lékařský závěr, který se zabývá patologií (Přinosilová, 2007).

2.1 Test 3F

Test 3F neboli **Dysartrický profil** byl dle autorů Roubíčkové a kol. (2011) vytvořen k hodnocení rozsahu dysartrie u dospělých jedinců, popřípadě u starších dětí. Tento testový materiál není standardizován, výsledek je tedy pouze orientační.

Kontraindikačními činiteli jsou klienti dětského věku, u kterých se nemůžeme spoléhat na adekvátní úroveň čtenářských dovedností, a dále děti s vrozenou vývojovou dysartrií. První tištěné vydání testového manuálu bylo publikováno v roce 1997, aktuálně je na trhu dostupná nejnovější verze Dysartrického profilu, která byla aktualizována v roce 2011. Koncept byl pozměněn tak, aby výsledek zaznamenával pouze stupeň dysartrie a dokázal odlišit např. vývojové poruchy řeči či symptomatickou poruchu řeči.

Ke změnám došlo v předtestové a základní části testu. Nová verze Testu 3F obsahuje CD s elektronickou verzí programu, které zjednodušuje průběh vyšetřování a výrazně urychluje vyhodnocování.

Aktualizovaná struktura testu nyní obsahuje **předtestovou část** a **tři části** se stejným počtem úkonů (12 oddílů, každý z nich obsahuje 5 úkolů), které jsou rozděleny do subtestů (**F1 - Faciokineze, F2- Fonorespirace, F3- Fonetika**).

Hodnocení úkonů je rozděleno do jednoduché tříbodové škály, kterou jsme taktéž využili při tvorbě grafů, a to v kapitole *Popis respondentů*. Časová náročnost se odvíjí od individuálních potřeb testovaného klienta (neporozumění zadání, únava, potřeba názorného předvedení). Je velmi důležité dbát na kontrolu porozumění zadané informace (Roubíčková, 2011).

Ačkoli zahraniční dysartrický profil disponuje pětibodovou škálou, náš tuzemský test lze doplnit o půlbody (0,5), které mohou přispět k validitě testového materiálu.

0 bodů – neschopnost provedení požadovaného úkonu;

1 bod – lehké / středně těžké obtíže;

2 body – správnost provedení.

Výsledky program zaznamenává formou grafu, tzv. dysartrického profilu (DP), který vyjadřuje hloubku postižení, tzv. dysartrický index (DX). Je nutné podotknout, že odborníci využívají při diagnostikování získané dysartrie i další testové metody, např. pro vyšetření rezonance *Gutzmannovu A-I zkoušku*, *Nadoleczného zkoušku otočením hlavy*, *Zkoušku nafouknutí tváří*, *Schlessingerovu zkoušku*, *Czermakova zkoušku* (Neubauer, 2003, 2007; Lechta, 2003; Kulišťák, 2011).

2.2 Realizace Testu 3F a průběh vyhodnocování

Při prvním dobrovolném setkání s klienty Rehabilitačního ústavu Hrabyně jsme nejen seznámili s průběhem a formou logopedických skupinových terapií s využitím hudby, ale také jsme je informovali o použití testového materiálu (Test 3F), který jsme během tří měsíců použili **celkem dvakrát**. Svůj souhlas stvrdili formou podpisu na předem připravenou dohodu mezi studentkou a klientem, čímž nám použití Dysartrického profilu umožnili. Testování probíhalo individuálně v místnosti určené pro naše skupinová setkávání.

Před zahájením společné práce jsme přišli do zmíněné místnosti dříve a díky zprostředkování klinickou logopedkou jsme měli možnost s klienty provést první diagnostické šetření. Pro každého klienta jsme si vymezili 60minutový prostor tak, abychom nepocítili časový nedostatek. Jelikož už jsme se společně setkali předešlý týden, kdy proběhlo **první seznámení a navázání kontaktu**, měli jsme pocit, že prvotní bariéry byly překonány.

Ovšem dbát na **individuální přístup** při testování každého z klientů bylo více než důležité. Během testování, které obsahuje pokládání otázek, jsme se snažili dodržovat zásady komunikace s osobami s dysartrií, které uvádí Neubauer (2000):

- Porozumění řečeného osobou s dysartrií by nemělo být předstírané;
- doporučuje se empaticky a velmi citlivě zjistit téma, o kterém osoba hovoří (s využitím verbální či neverbální komunikace);
- je žádoucí dbát na pomalé tempo řeči, díky kterému jedinec s dysartrií potřebuje delší čas k možnosti vyjádření;
- vůči osobě s narušenou komunikační schopností bychom měli být tolerantní;
- podpora a motivace klientů je nedílnou součástí společné komunikace, která by měla upřednostňovat krátké a jasné informace;
- místnost, ve které komunikační dialog probíhá, by měla splňovat hygienické podmínky, včetně dostatečného osvětlení, především úst mluvicího;

- rozuměnou část, kterou nám osoba s dysartrií sdělila, je vhodné zopakovat, nedoporučuje se do hovoru zasahovat, či jedince v řeči opravovat.

Rozsah postižení získané dysartrie jsme zjistili výsledkem, který nám elektronický test sečetl na základě všech přidělených bodů (škála 0-2). Test v závěrečném hodnocení automaticky určuje výsledný stupeň poruchy, a dokonce spolehlivě zobrazuje hodnoty za každou testovanou část zvlášť (F1, F2, F3). Maximální bodová výše je 90 bodů (Roubíčková, 2011).

Porovnání výsledků, které jsme díky dvakrát použitému Dysartrickému profilu získali, se pro nás stalo stěžejní. Elektronický test však nabízí **orientační hodnocení** dysartrické poruchy, které dělí na *velmi lehkou dysartrii, lehkou dysartrii, středně těžkou dysartrii, těžkou dysartrii a velmi těžkou dysartrii*. Zmíněné dělení pro nás nebylo tolik podstatné, z toho důvodu jej v diplomové práci neuvádíme. Vycházeli jsme ze závěrů lékařských zpráv, informací klinického logopeda a především jsme se primárně diagnostikou jako takovou nezabývali.

Výsledky testování jsme zaznamenávali do **tištěného formuláře**, jelikož jsme subjektivně pociťovali, že počítač může tvořit určitou **komunikační bariéru** mezi examínátorem a klientem. Po vyhodnocení jsme zjistili nejvíce problémové oblasti u každého z klientů, kteří se chtěli skupinových logopedických terapií účastnit.

Po třech měsících jsme Test 3F opět využili, a to z důvodu porovnání výsledků, které čtenář nalezne v kapitole *Narativní případové studie vybraných respondentů*. U každého zmíněného jedince jsme vytvořili **graf**, který zahrnuje všechny zkoumané oblasti se zapsanou bodovou hodnotou, která odpovídá hodnocení jednotlivých úkonů v Testu 3F.

Výsledky zkoumání tedy porovnávají schopnosti klientů v *květnu 2014 a červenci 2014*. Interpretaci výsledků zaznamenává kapitola č. 7.

2.3 Diferenciální diagnostika

Pokud hovoříme o logopedické diagnostice, pak symptomy, které vykazuje **konkrétní postižení**, mohou být společné pro jiný, zcela odlišný druh narušené komunikační schopnosti. Během diagnostického procesu je nutné přiřadit vady konkrétnímu postižení a **vyloučit** tak všechny ostatní možnosti, které se mohou definovanému závěru podobat (Přinosilová, 2007).

Sovák (1978, s. 40) je přesvědčen, že „*úkolem diferenciální diagnostiky v logopedii je především rozlišit, co ještě spadá do logopedické praxe a co z komunikačních deformací do*

této oblasti už nepatří. S tím velmi těsně souvisí potřeba rozlišovat orgánový, či funkcionální původ nedostatku a zároveň i rozpoznat, zda jde o vadu vrozenou, či o poruchu získanou. Kromě toho je třeba zhodnotit, zda je zjištěný nedostatek izolovaným symptomem, nebo součástí syndromu, popř. zda jde o nedostatky přídatné, tj. o kombinace, či komplikace.“

Pokud by došlo k záměně symptomů a nepřesnému určení diagnózy klienta, devalvovalo by to celkový průběh následné terapie (Škodová, Jedlička, 2003).

Ceníme si upřímnosti Slowíka (2007), který připouští, že k omylům způsobeným nesprávně určenou diagnózou klienta v minulosti docházelo.

Správnost diagnostického procesu může ovlivnit již **první kontakt** logopeda s klientem, o kterém píše Lechta (1990). V rámci prvního seznámení **je důležité** zahájit s klientem komunikační dialog, díky kterému je odborník schopen, ač paradoxně, posoudit komunikační obtíže. Po celou dobu prvního navázání kontaktu bychom se měli snažit o vytváření příjemného, *důvěryhodného prostředí*, které klienta může ve výkonu podporovat. Úspěšnost může být ohrožena také *přílišnou direktivitou* logopeda, klient by měl zůstat v rozhodování *svobodný*, měla by mu být umožněna *možnost volby*, a pokud nepřichází k vyšetření sám, neměli bychom dovolit vstupování rodinných příslušníků do dialogu mezi logopedem a klientem.

K validitě diagnostiky neméně přispívá **dodržování zásad**, mezi něž patří například *komplexnost vyšetření, objektivita, kvantifikace vyšetřovacích metod a práce v týmovém propojení*, která zahrnuje zejména východiska v lékařských či psychologických zprávách, ze kterých by měl klinický logoped při logopedické diagnostice získané dysartrie vycházet. Posledním bodem, který nelze opomenout, je **průběžnost logopedické diagnostiky** (rediagnostika), s jejíž pomocí můžeme nejen porovnávat problémové oblasti klientů, ale také je blíže specifikovat (Lechta, 1990).

„Při diferenciaci diagnostice získané dysartrie je stěžejní odlišit projevy motorické řečové inkompetence od projevů jazykového systému, konkrétně tedy od afázie, dyslexie, dysgrafie, kognitivně komunikačních poruch, globální deteriorace u demence, partiálních poruch kognitivních funkcí a komunikace.“ (Neubauer, 2007, s. 19)

Kerekrétiová (2009) se domnívá, že při diferenciaci diagnostice dysartrie je podstatné zhodnotit adekvátnost **porozumění řeči**. Examinátor by také neměl zanedbat vyšetření schopnosti čtení a psaní. V případě narušení těchto oblastí hovoříme o **alexii** a **agrafii**.

Klenková (2006) uvádí, že právě mezi dysartrií a afázií je důležité odlišit narušení komunikační schopnosti, což lze rozpoznat tím, že při získané dysartrii nejsou porušeny kognitivní funkce.

Košťálová a kol. (2006) uvádí další diagnostické rozdíly, které můžeme při diferenciální diagnostice mezi dysartrií a afázií sledovat. U osob s dysartrií si všímá např. **intaktního mluvního projevu, schopnosti psaného projevu a konstantnosti artikulačních poruch**. U dysartrie hovoříme o postižení vztahujícím se k bilaterálnímu postižení mozku, v případě afázie hovoříme o lokálním poškození v dané hemisféře.

Během vyšetření se dle Kulišťáka (2011) můžeme setkat také s **anozognózií**, která souvisí s neuvědomováním si nebo popíráním dané choroby. V případě **anozodiaforie** se jedná o lhostejnost k vlastnímu onemocnění. Při zjištění **alexithymie** není jedinec schopen určit nebo popsat vlastní cítění či cítění někoho jiného.

V případě zjištění uvedených diagnóz se práce s klientem může radikálně změnit a průběh terapie může být významně ovlivněn.

3 Terapie u klientů se získanou dysartrií

Autoři Neubauer (2000, 2003, 2007, 2011), Lechta (1990), Klenková (2006), Cséfalvay (2003) uvádějí, že **včasné zahájení terapeutického procesu** u osoby se získanou dysartrií zahrnuje komplexní efektivnost péče, která již v počátku stimuluje porušené funkce a snaží se o jejich obnovu. Dále se shodují v tom, že terapeutický koncept pro osoby se získanou dysartrií je naprosto odlišný od metod, které se aplikují u jedinců, kterým byla diagnostikována vývojová dysartrie. Za vhodné považují nejen nutnou odbornou logopedickou péči, ale také *psychoterapeutickou podporu*, která podporuje duševní stránku osoby, která často na následky získané dysartrie trpí.

Cséfalvay (2003) hovoří o **specifické terapii dysartrie**, která zahrnuje postupy, jejichž využití je vhodné pouze pro daný typ diagnostikované dysartrie. V případě **nespecifické terapie** se dle autora jedná o použití metod, jejichž cíl spočívá ve zlepšení srozumitelnosti řeči a při použití není nutné vycházet z konkrétního typu dysartrie.

3.1 Individuální a skupinová terapie

Lechta (2011) se zmiňuje o **terapiích intenzivních**, které prolínají celodenním režimem jedince. Píše také o **intervalových terapiích**, jež jsou využívány po významných časových intervalech. Dále uvádí **individuální terapie**, které jsou vymezeny časovými intervaly od minimálně 30 minut péče po maximum 60 minut péče. Odvíjí se od věku klienta a druhu narušené komunikační schopnosti. **Skupinové terapie** jsou tvořeny třemi až šesti lidmi s narušenou komunikační schopností. V našem případě se jednalo o pět klientů se získanou dysartrií, ovšem v diplomové práci uvádíme data pouze čtyři z nich, jelikož pátý člen skupinu předčasně opustil.

Není podmínkou dodržovat metody a principy pouze jedné z výše uvedených forem, kompetentní odborníci v dané oblasti mohou terapeutické strategie libovolně kombinovat.

Klinický logoped Karel Neubauer upozorňuje na **pozitiva skupinových logopedických terapií**. Jedinci s narušenou komunikační schopností, konkrétně se získanou dysartrií, kteří pracují ve skupině, mají možnost uplatnit dovednosti, na které se s klinickým logopedem zaměřují při individuálních terapiích. Během skupinové práce dochází k transferu dovedností, které klient přenáší do spontánní řeči v malém okruhu osob, jež se potýkají s podobnými potížemi (Neubauer, 2000).

Neubauer (2011) dále uvádí, že skupinové formy terapie jsou přínosné

u osob, jejichž srozumitelnost je v mezích normy. Terapeut se poté v malé sociální skupině stává mentorem, který klientům nabízí široké spektrum cvičení, která **podporují motorickou realizaci řeči**.

Využití hudebních prvků ve skupině doporučuje Sacks (2009), který se domnívá, že hudební melodie, tempo a rytmus spojuje lidi. Uvádí konkrétní situace, ve kterých se hudba stává přímým společníkem a spolutvůrcem lidského bytí, jako např. koncert či hudební festival, zpěv kolem ohně nebo společenství v chrámu, při němž lidé sborově zpívají různé chvalozpěvy. Hudba je dle něj mechanismem, který zaručeně aktivizuje mozkovou činnost a emoční stránku člověka. Ve skupině pak může mít hudba dvojí uplatnění – **společenské**, které spojuje účastníky kolektivu, a **aktivizační**, jelikož je mnohdy těžké se do rytmu nezapojit a k hudebním melodiím se stát netečným.

3.2 Terapeutické metody

Při volbě terapeutické metody, která by měla odpovídat individuálním potřebám klienta, bychom měli dbát na dostatečnou míru motivace, která vychází z uzpůsobení podmínek a prostředků, jež jsou během terapie přítomny, jako např. **kompensační pomůcky, slovní komentování terapeuta, přístup ke klientovi a správně zvolená forma komunikace** (Neubauer, 2011).

Cséfálvay (2003) shodující se s Klenkovou (2006) upozorňuje na **komplexní přístup**, který je pro terapii velmi důležitý. Spolupráce především s neurologem či neurochirurgem, fyzioterapeutem, psychologem, logopedem a speciálním pedagogem je důležitou součástí efektivní komplexní péče o klienta.

Gangale (2004) doporučuje vytvoření tzv. *individuálního terapeutického plánu*, na jehož konstrukci se podílejí všichni zainteresovaní odborníci. Stanovené cíle se opírají o konkrétní výsledky, se kterými je klient nejen seznámen a ztotožněn, ale především se pro něj stávají dosažitelnými.

3.2.1 Relaxační metody

Vřazení relaxačních metod do průběhu logopedické terapie považuje Neubauer (2011) za velmi žádoucí a efektivní, jelikož se domnívá, že uvolnění svalového napětí celého těla je dobrým předpokladem pro korektnější srozumitelnost mluvního projevu. Snaha o uvolnění

orofaciálního svalstva, které se významně podílí na řečovém projevu, je pro nás při relaxačních cvičeních primární. Techniky mohou být aktivní či pasivní. Při aktivní činnosti se sám klient účastní daného cvičení, při pasivní práci je terapeut v direktivním postavení, využívá např. masáže k stimulaci orofaciálního svalstva tak, aby došlo k stabilizaci svalového napětí.

K tělesnému i duševnímu uvolnění je doporučována **metoda progresivní svalové relaxace**, o které její autor Jacobson (1948) píše, že účel spočívá ve schopnosti uvolnění hybného svalstva. Trénink **zahrnuje střídání napětí a uvolnění různých svalových skupin** (chodidla, lýtka, stehna, kyčle a kříž, břicho a hrudník, paže, ramena a krk, obličej), které klient ovlivňuje svou vůlí. Neubauer (2011) k relaxaci doporučuje také **autogenní trénink**, který je vnímám jako sugestivní metoda relaxace.

Při skupinové logopedické terapii v Rehabilitačním ústavu Hrabyně jsme Jacobsonův trénink progresivní svalové relaxace doplnili hrou na saxofon, jež měla přispět k uvolnění celého těla. Hudební prvek jsme aplikovali až po ukončení výše popsané relaxační techniky s cílem navozené uvolnění „udržet“ a zároveň přenést do dalších druhů posléze aplikovaných cvičení.

3.2.2 Dechová a fonační cvičení

Neubauer (2003, 2007, 2011) považuje dechová a fonační cvičení při terapii za velmi důležitá, jelikož jejich aplikace koordinuje proces fyziologického dýchání, zvyšuje funkční kapacitu plic a zúčastnění pak pracují s hlasovou silou, rozpětím a intenzitou. Autor dále doporučuje nacvičovat měkký a tvrdý hlasový začátek. Při těchto cvičeních můžeme v momentě zlepšení zaznamenat pozitivní **změny v oblasti fonace, artikulace a celkové prozódie řečového projevu**.

Při terapii je vhodné využít **nácvik fyziologického dýchání**, jehož postup uvádí např. Lechta (2011) nebo Kučera, Frič, Halíř (2010) či Majtner (2006).

Velmi důležitým předpokladem pro správný průběh dýchání je adekvátní držení těla. K tomuto postoji bychom měli přistupovat s využitím různých kompenzačních pomůcek, které nám zajistí u somatického handicapu korektnější držení těla.

Kučera a kol. (2010) hovoří o „*metodě stromu*“, kterou jsme s klienty v Rehabilitačním ústavu Hrabyně vždy po zahájení společného setkání aplikovali. Průběh se skládá ze čtyř fází a samotné cvičení velmi podporuje představivost. Nácvik může trvat několik dnů i týdnů, předností je úprava nácviku postoje, která probíhá samovolně.

Cílem metody stromu je navodit správné držení těla a snížit intrapsychické napětí tak, aby klient byl koncentrovaný na další cvičení při následující terapii a aby v oblasti rezonančních prostor došlo k rozevření (konkrétně pro oblast hltanu).

Fáze kořeny

Využívá představu kořenů stromu, jimiž se stanou naše nohy, které jsou při tomto náviku mírně rozkročeny. Při zavřených očích bychom měli pracovat s představovou prorůstajících kořenů v zemi, kterou máme pod sebou.

Fáze kmen

Pokud klient dokáže pracovat s představou, že jeho nohy respektive chodidla nesou podobu kořenů stromu, pak lze pokračovat s představou kmene. Klienti se snaží docílit vzpřímeného postoje tím, že si uvědomí lokaci pasu (pánev, boky). Od toho místa vzrůstá kmen směrem nahoru. Nastává náročná myšlenková práce s představivostí dvou protichůdných pojmů. Chodidla vrůstají do země směrem dolů a trup se pne vzhůru. Cílem této fáze je vzpřímený postoj těla (byť na invalidním vozíku), který umožňuje zapojení hlavního dýchacího svalu, bránice.

Fáze koruna

Nastává zapojení horních končetin, které se stylizují do podoby větví stromu. Klienti by měli své ruce spontánně rozpažit a dlaně by měly směřovat vzhůru. Dle našeho názoru tuto fázi tělesné znevýhodnění nijak nelimituje, jelikož práce s představou je primárním cílem celé terapie.

Práce s pohybem

Jedná se o závěrečnou etapu, která již spontánně spojuje předešlé fáze a staví klienta do adekvátního postoje, ve kterém můžeme zahájit komunikační proces. Klienti pod vedením terapeuta pracují s představou kořene, kmene i koruny stromu bez opakování předešlých cvičení.

V Rehabilitačním ústavu Hrabyně se použití „metody stromu“ velmi osvědčilo, ačkoli všem klientům ztěžoval práci invalidní vozík. **Během aplikace jsme pozorovali uvolnění svalového napětí, snahu o koncentraci a viditelné srovnání páteře.** Popsanou metodu klienti (tři ze čtyř klientů) zvládli po čtyřech týdnech spontánně použít tak, že se dokázali na

jednotlivé fáze soustředit dokonce s využitím klidných, melodicky ustálených písní – *G. Puccini – Nessun dorma, A. Dvořák – Když mne stará matka, E. Elgar - Salut d'Amour, W. A. Mozart – Druhá věta z Koncertu pro flétnu a harfu C dur, L. Boccherini – Menuet, G. F. Händel - Vodní hudba, A. Vivaldi – Čtyři roční období, J. S. Bach – Air, J. Pachelbel – Kánon v D*, které jsme aplikovali přes CD přehrávač.

Při hře klidných improvizovaných melodií na saxofon jsme zaznamenali zhoršenou soustředěnost a problémy s výdrží zavřených očí. Aplikaci hudby skrze CD přehrávač při této metodě vnímáme jako pozitivum, jelikož při fyziologickém postavení těla (trupu) se účastníci začali zapojovat notováním, pobrukováním, případně tichým zpěvem.

Během skupinových logopedických terapií jsme dále využívali **hlasová cvičení**, jejichž cílem je zesílit hlasovou intenzitu v rezonančních dutinách. Variaci cvičení nabízí opět Kučera a kol. (2010) či Lechta (2011). Níže uvádíme základní model hlasového cvičení, které jsme aplikovali:

- *Hmmmm* – dlouhé a znělé, které tvoříme na rtech se snahou o měkký svalový začátek;
- *Akcent na vibrující nosní křídla* – porovnání s terapeutem, možnost hmatového porovnání přiložením ruky;
- *Hrtan* – po přiložení hřbetu ruky cítí klient rezonanci a mobilitu, která podporuje správnost průběhu (taktilní uvědomění);
- *Přidávání dlouhých samohlásek* – *hmmmmááá, hmmmééé, hmmmííí, hmmmóóó, hmmmúúú*, nácvik probíhá plynule, zvuky jsou vázané a rezonují v oblasti nosních křídel a hrudníku;
- *Zesílení a zeslabení* – nácvik hlasové intenzity bez zapojení hrtanu;
- *Převod do řeči* – v počátku s využitím slov na slabiky „ma, me, mi“

Při těchto cvičeních jsme využili sílu afrického djembe, saxofonu, přefukované píšťaly i zpěvu z toho důvodu, abychom klientům názorně přiblížili hlasové zesílení či zeslabení.

3.2.3 Posílení orofaciálního svalstva

Konečný a kol. (2009) píše o důležitosti funkční muskulatury tváře, díky níž dokážeme neverbální komunikací, např. mimikou, vyjádřit naše postoje, nálady i pocity. Povrch tváře bývá dle autorů nejčastěji změněn v souvislosti s cévní mozkovou příhodou. Paréza lícního

nervu (paréza n. facialis) bývá nejčastějším symptomem náhlé cévní mozkové příhody.

Rozsáhlý, popisný seznam orofaciálních cviků, jejichž cílem je u klientů obnovit funkce mluvidel, které se podílejí na řečovém projevu, nabízí např. Gangale (2004).

Autor uvádí obecné cíle, kterých lze s adekvátním využitím daného cvičení u klientů dosáhnout. Zmiňuje „*koordinovanost mluvidel, stimulaci ochablé tkáně, korekci hypotonického či hypertonického svalstva orofaciální oblasti, uvolnění klienta, zlepšení kvality hlasu a srozumitelnosti mluvního projevu s využitím frázování a plánování pohybu, zvýšení mluvní produkce, zvýšení podílu využití svalstva při mluvení, polykání a celkové artikulaci, zlepšení hospodaření s dechem, zlepšení koncentrace pozornosti, posílení klienta ve smyslu motivace a vlastní sebedůvěry.*“ (in ibid, s. 9)

Morales (2006) popisuje orofaciální patologii při faciálních parézách.

Během skupinových logopedických terapií jsme se zaměřili na:

Posílení rtů

Aplikovali jsme: přetočení horního rtu, zvedání horního rtu, cvičení úsměvu/úšklebku, protahování rtů, posilování retného uzávěru, protahování dolního rtu, tlak rtů, nafukování tváří, posilování rtů, rozkmitání rtů, pohyb horního rtu, držení rty (brčko), stisk horního rtu, posilování kruhového uzávěru rtů aj.

Procvičení jazyka

Aplikovali jsme: plazení jazyka směrem dolů, klapot jazyka, rozšiřování jazyka, elevace jazyka nad horní ret, pohyb hrotu jazyka dozadu, pohyb hrotu jazyka do stran, odpor proti hrotu jazyka, přímé plazení jazyka, střídání retního uzávěru s opakováním MA-MA, PA-PA..., střídání zaokrouhlení rtů s využitím UI-UI, US-US... aj.

Při snaze o elevaci jazyka jsme použili zásobník slov, která uvádí taktéž Gangale (2004). Jedná se o slovo s využitím hlásek D, L, T, jejichž umístění je na začátku, uprostřed a na konci slova nebo dvakrát v jednom slově.

Gangale (in ibid, s. 178) nabízí také zásobník vět, které jsou vhodné k elevaci jazyka:

Aneta a Týna jednou k tetě Daně.

Tonda a Linda jsou doma.

U dubu stála lopata.

Na louce za táborem létají motýli.

U delfína byl dav lidí.

Chodník je plný odpadků.

Pan Toman koupil chatu v Davli.

Máte doma smeták a lopatu?

Letadlo odlétá v půl páté.

Dones mi vodu v kelímku.

V rámci terapií jsme výše uvedené věty aplikovali s využitím **afrického bubnu** za účelem rytmizace slov a důrazu, popř. upozorněním (při silnějším úderu) na hlásky, u kterých je nutná elevace jazyka. Domníváme se, že tato metoda klientům vyhovovala, jelikož zvyšovala koncentraci pozornosti.

Během aplikace oromotorických cvičení jsme po zaučení využívali klidné melodické skladby produkované CD přehrávačem, které podbarvovaly následná cvičení.

Posilování tváří

Během skupinových setkání jsme neaplikovali manuální rehabilitační činnost, jelikož byla náplní především individuální logopedické terapie s klinickým logopedem. Klientům jsme poskytovali vzor pouze při nafukování tváří.

3.2.4 Rytmizačně-pohybová cvičení

Za vhodná cvičení, která mají pozitivní vliv na srozumitelnost řečové produkce a spojují artikulační proces s pohybem, se považují rytmizační cvičení. Dle Neubauera (2003) také **ovlivňují plynulost řeči** a při zdůraznění první hlásky či slabiky ve slově pozitivně působí na zrychlené řečové tempo.

„Hudební rytmus sledujeme bezděčně, dokonce, i když hudbu vědomě neposloucháme, a naše tváře i postoje těla zrcadlí „příběh“ melodie i myšlenky a pocity, které onen příběh vyvolává.“ (Sacks, s. 11, 2009)

Při skupinových setkání jsme tedy pracovali tak, abychom v hojné míře propojovali pohyb s rytmem, který jsme produkovali skrze hudební melodie v krokovém tempu (andante), v rychlejším rytmu (allegro vivace) a v ohnivém vzrušujícím tempu (con fuoco).

Rytmus je vhodné spojit s pohybem formou ťukání, bouchání, dotýkání se, kývání ze strany na stranu aj. V běžné praxi logoped využívá například bzučák nebo metronom. My jsme rytmus využívali s pomocí afrického djembe, přes nějž jsme také dávali pokyn ke zdůraznění určité hlásky. Při práci s přefukovanou píšťalou a saxofonem jsme se snažili ovlivňovat plynulost řeči – názorná melodie simulovala řečový projev konkrétního klienta.

Rytmickou strukturu je u osob s dysartrií výhodné aplikovat také skrze známé písně. Zpěvem se rytmus v řeči upevňuje a projev se stává srozumitelnějším (Saunders, 2010).

3.2.5 Artikulační cvičení a nácvik prozódie

V rámci artikulačních cvičení bychom se měli dle Neubauera (2005) zaměřit zejména na **zpomalení řečového tempa** a **preciznost artikulace všech hlásek**. Díky přesnosti artikulace a zpomalenému řečovému tempu se stává mluvní projev srozumitelnějším.

Sacks (2009) charakterizuje lidskou řeč, které přisuzuje několik podstatných rysů. Uvádí **modulaci, přízvuk, řečové tempo, melodické rozpoložení a zvolený rytmus**. Domnívá se, že srozumitelnost projevu, jehož prozódie zahrnuje nedokonalosti, může být výrazně narušena díky výše popsaným nekorektním charakteristikám. Z přístrojových technik lze využít program *Visible speech*, díky němuž dostává klient zpětnou vazbu ve vztahu ke svému projevu. Ke zpomalení řečového tempa odborníci používají také opožděnou zpětnou sluchovou vazbu, tzv. *Lee efekt*.

4 Hudba jako prostředek terapie

„Hudba velmi prospívá zdraví, když ji náležitě užíváme.“

Pythagoras

Prvotní léčivé účinky hudby jsou spojeny s **pravěkem**, kde šaman po zvolení adekvátního tempa a intenzity svým zpěvem komunikoval s nadpřirozenými silami a odháněl tak různé neduhy. Magické léčení se stalo osobitým rituálem každého z pravěkých kmenů, originální hudební nástroje doprovázely expresivní tance, kterými lidé vzývali slunce, déšť, zdraví či smrt (Šimanovský, 2011).

Terapeutické účinky hudby zapisuje také **starověk**. Již ve Starém zákoně nacházíme první zmínky o léčivém účinku hudby (1 Sam 16,23). Uklidňující melodie hrané na jednoduché hudební nástroje byly využívány při přepravování nemocných po řece Nil v Egyptě. Aristoteles sílu hudbu spojuje s navozením emocí a doporučuje hudbu pasivně přijímat, nežli se na jejím vytváření aktivně podílet (Šimanovský, 1998).

„Aristoteles staví do popředí zábavnou funkci hudby, která je podle něj zaměstnáním volného času a slouží odpočinku.“ (Obršlíková, 2009, s. 14)

Spojitosť **morální výchova – hudba – výchova a vzdělávání** uvádí Platon, který využívá účinky magického zpěvu stejně jako šamani v pravěku. Divoký, doslova ubíjející tanec Tarantela byl využíván v Apulii při uštknutí hadem. Galenos shledával pozitivní léčivé účinky při zvýšeném pocení, které z těla odvádělo škodlivý jed.

Středověk lidem nenabízel tak pestrou škálu léčivých účinků za pomoci hudby. Křesťané nacházeli zklidnění například při mši svaté, během které zvuk varhan a chórových sborů občerstvoval jejich duše (Šimanovský, 1998).

Gerlichová (2014) píše o návratu k využívání terapeutických účinků hudby v **renesanci** a zásluhu přikládá Athanasiu Kircherovi, který vypracoval změnu fyziologických a biochemických procesů při působení hudebních tónů. Na jeho dílo *Phonurgia Nova* navazuje anglický lékař Richard Brocklesby, který hovoří o interakci mezi psychosomatikou a vnímáním hudby s významným vlivem rytmu. Vytváří první komplexní koncepci muzikoterapie pod názvem *Iatromusica*.

Velká změna, která otevřela pomyslné dveře vědě a výzkumu, nastala až po druhé světové válce. Dva muzikoterapeutické proudy zastřešovalo Švédsko a Amerika. **Švédská muzikoterapeutická škola** vycházela z poznatků hlubinné psychologie, svou koncepcí se

opírala o psychoterapii¹. **Americká škola muzikoterapie** experimentovala s léčivými účinky hudby v nemocnicích, se snahou vytvořit seznam hudebních skladeb, které mají pozitivní vliv na určité typy diagnóz. Americké univerzity jako první umožňovaly studium muzikoterapie. V roce 1950 vzniká ve Spojených státech **Americká asociace muzikoterapie** (American Music Therapy Association, AMTA)².

Vliv na vývoj muzikoterapie v České republice mělo mnoho osobností profilujících se ve speciální pedagogice. Výčet jejich jmen se stále rozšiřuje a snaha zařadit muzikoterapii do možnosti vysokoškolského vzdělávání v rámci bakalářského či magisterského studijního oboru je stále patrnější (Kantor, Lipský, Weber, 2009).

Naše země se zařadila rokem 2009 k **Evropské terapeutické konfederaci** (European Music Therapy Confederation, EMTC). Seznam členů českých muzikoterapeutů, garantovaných kurzů a seminářů nabízí **Muzikoterapeutická asociace České republiky** (<http://www.czmta.cz>, 2015). Mezi další významné světové organizace muzikoterapie patří **Světová federace muzikoterapie** (World Federation of Music Therapy, WFMT), která byla založena r. 1985 v Janově. O pět let později vznikla **Evropská muzikoterapeutická konfederace** (European Music Therapy Confederation), která slouží pro výměnu muzikoterapeutů v Evropě. **Evropská asociace studentů muzikoterapie** (European Association of Music Therapy Students) je nejmladší organizací, kterou odborníci založili v roce 2002 (Kantor, Lipský, Weber, 2009).

Za podstatné považujeme zmínit **definici muzikoterapie**, kterou Bruscia (1998, s. 20) definuje následovně: „*Muzikoterapie je systematický proces intervence, během něhož terapeut pomáhá klientovi podpořit zdraví za použití hudebních zkušeností a vztahů, jež se prostřednictvím hudebních prožitků vytvoří jako dynamické síly změny.*“

Muzikoterapeutická asociace České republiky prezentuje na internetovém portále definici: „*Cílem muzikoterapeutického procesu je relevantním způsobem rozvinout potenciál nebo obnovit funkce jedince tak, aby mohl dosáhnout lepší intrapersonální a/nebo interpersonální integrace s cílem naplnění tělesných, psychických, emocionálních a sociálních potřeb.*“ (<http://www.czmta.cz>, 2015)

Beníčková, Vilímek (2008) zařazují muzikoterapii do expresivních terapií a nazývají ji léčebnou metodou. Kantor (2009) se zařazením mezi expresivní terapie souhlasí, a vystihuje postoj Juliette Alvin, která píše o pozitivním ovlivňování chování jedinců během učení a síle

¹ Švédská muzikoterapeutická společnost byla založena Alexisem Pontvikem r. 1948.

² Téhož roku byla založena Národní asociace pro muzikoterapii (National Association for Music Therapy, BSMT), která později vydává časopis Journal of Music Therapy.

komunikačního působení a sociální funkci, která stmeluje lidi dohromady nezávisle na věku či pohlaví.

Müller (2006) hovoří o **receptivní a aktivní složce muzikoterapie**. Receptivní složka je soustředěna na poslech hrané nebo reprodukované hudby, což může pozitivně ovlivňovat posluchačovy emoce a rozšiřovat jeho vnímavost. Aktivní složka hudební terapie je zaměřena na vokální projev spolu s hrou na hudební nástroj. V úzkém provázání můžeme hovořit o rozvoji řečového projevu s projevem pohybovým.

V rámci praktické části diplomové práce jsme se opírali pouze o **využití hudebních prvků** především z toho důvodu, že muzikoterapii jako cílevědomý proces může aplikovat pouze kvalifikovaný muzikoterapeut (Kantor, Lipský, Weber, 2009).

4.1 Hudba a lidský mozek, hudba a emoce

„Hudba je těsnopis emocí. Emoce, které lze popsat tak nesnadno, jsou přímo sdělovány člověku v hudbě a v tom je její síla a význam.“

Lev Nikolajevič Tolstoj

Sacks (2009) píše o **přirozené náklonnosti** k hudbě (musikofilii), kterou disponuje valná většina populace. Úzký vztah k hudebním tónům se projevuje již v dětství a pravděpodobně jím disponoval již první primát. Vztah k hudbě může být formován kulturou, životními poměry a také osobními predispozicemi.

Kantor (2009) zmiňuje především dominanci pravé mozkové hemisféry při vnímání hudebních tónů. Činnost pravé hemisféry je soustředěna na konkrétnost myšlení, intuici, upřednostňuje především logické usuzování, zahrnuje neverbální komunikaci a komplexní způsob zpracování informací. V neposlední řadě je v této půlkruhovitě pravé části mozku zastoupena fantazie. S tímto tvrzením nesouhlasí Franěk (2007, s.123), který se opírá o názory vztahující se k mozkové lateralizaci a tvrdí, že *„mozek je založen na modulární organizaci vnímání a vytváření hudby. Jednotlivé prvky hudby jsou zpracovávány v různých, částečně se překrývajících neuronových sítích obou hemisfér.“*

Koukolík (2012) prezentuje výsledky zkoumání. Uvádí, že na **vnímání hudebních tónů** se podílí horní spánkový závit pravé hemisféry. Zároveň píše o tom, že pokud dojde k poškození spánkové kůry v pravé hemisféře, je automaticky narušeno vnímání rytmu a melodie. Poškození opačné, levé hemisféry spánkového laloku signalizuje neschopnost

rozlišování hudebních intervalů. Výbavnost známých melodií, které si někdy i bezděčně vybavujeme, dle Koukolíka podmiňuje pravostranná sluchová asociační kůra mozková. Hovoříme například o představování si dalších slov a melodií po slyšeném začátku určité hudební skladby. Další tvrzení Koukolíka se opírá o vlastnost mozku, kterou nazývá **plasticita**. Zmiňuje tezi, že v případě poškození jedné hemisféry přebírá dominanci druhá, intaktní hemisféra, čímž se snaží postižené funkce nahradit.

O dominanci pravé hemisféry při vnímání hudby polemizuje Synek (1991), který je přesvědčen o využití obou rukou při hře na většinu hudebních nástrojů. Usuzuje na spolupráci pravé i levé mozkové hemisféry, avšak hudební vlohy připisuje hemisféře pravé.

Bylo prokázáno, že působení hudby na člověka ovlivňuje nejen mnoho faktorů (například tempo, dynamika, harmonie, melodie, barva), ale také **vlastní zkušenost a individuální asociace**. Můžeme říci, že skladby v **krokovém tempu** (andante) navozují v člověku pocit **klidu a uvolnění**. **Rychlé a živé** hudební melodie (allegro vivace) nabudí v jedinci **radost a nadšení**. **Vzrušující** ohnivé tóny (con fuoco) mají prokazatelně **stimulující** účinky, což se dokazuje zvýšeným krevním tlakem a rozšiřujícími se zornicemi. Fyziologické změny, které hudební poslech ovlivňuje, jsou viditelnými znaky subjektivního prožívání, které můžeme za pomoci zobrazovacích metod spolehlivě změřit. Mezi objektivní zobrazovací metody patří například magnetická rezonance, pozitronová emisní tomografie nebo elektroencefalogram (Gerlichová, 2014).

Účinky hudby zahrnují velmi široké spektrum, které lze rozdělit do dvou směrů – aktivizační působení hudby na člověka a relaxační hudební působení. Konkrétně pak můžeme zmínit vliv hudby na fyziologické procesy, aktivizaci percepčních a percepčně-motorických funkcí, kognitivní složky, orientaci v čase a prostoru, ovlivnění pamětního systému, regulace pozornosti aj. (Kantor, Lipský, Weber, 2009).

Pokud bychom hovořili o hudbě ve spojení s **emocemi**, pak podle Slaměníka (2011) jedinec reaguje prostřednictvím různých emocí na určité skutečnosti, které jsou spojeny s mírou fyziologické aktivace, která je individuální. Domnívá se, že všechny procesy, které se odehrávají v nitru našeho těla, jsou emoce. Z potvrzených výzkumů vyplývá, že za spouštěče emocí je zodpovědný **thalamus, hypothalamus, retikulární formace, limbický systém a čelní laloky mozkové kůry**.

„Být schopen vyjadřovat emoce je velmi důležitým aspektem mezilidské komunikace, který zároveň i determinuje její kvalitu. Vyjadřování emocí vlastních a vnímání emocí druhých lidí nám poskytuje mnoho důležitých informací jak o nás, našem aktuálním stavu a stejně tak o ostatních.“ (Mádlová, 2014, s. 31)

O citové stránce hudby je přesvědčen Koukolík (2012, s. 97): „*Emoční odpověď na hudbu je automatická, včetně doprovodných vegetativních změn. V tomto ohledu se hudba podobá jiným biologicky významným podnětům, například emoční odpovědi na pozorovaný výraz ve tváři. Hudba aktivuje oblasti mozku, jejichž aktivita má vztah k potravě a sexuálnímu chování.*“

Oliver Sacks (2009) se s Koukolíkem shoduje a říká, že hudba je tajemnou přímočarou trajektorií, která otevírá **brány pocitů a emocí**. O tom, že emoce mají subjektivní charakter, a odvíjí se od individuality a zkušeností každého z nás, píše Stuchlíková (2007). Z tohoto důvodu je pochopitelné, že totožná skladba může v někom vyvolat pocity uvolnění, štěstí a pocity euforie, v jiném pak smutek, sevření a úzkost.

O tom, že je hudba **náladotvorná**, píše Kantor (2009), který tvrdí, že síla hudby může ovlivňovat dřívější, i dlouhou dobu zapomenuté, emoční prožitky. Je v úzkém propojení s limbickým systémem, jehož úlohou je řídit naše emoce.

Gerlichová (2014) píše o **amygdale**, která se nachází po stranách thalamu, jenž je součástí systému limba. Zde se ukládá valná většina lidských vzpomínek, s nimiž máme spojeny pozitivní či negativní pocity, díky kterým vnímáme zvuk jako příjemný či nepříjemný. Koukolík (2005) názor Gerlichové považuje za překonaný, jelikož tvrdí, že za emoční signály, které odpovídají příslušným obsahům, zodpovídá **mozkový kmen, limbický systém, bazální ganglia a mozková kůra**.

Zpracovávání a prožívání emocí je spojeno se specifickou aktivitou mozkových částí. Jelikož hudba přináší posluchači libé i nelibé pocity, využívali jsme emociálně pozitivní (radost, euforie, štěstí, nadšení, bezpečí, vzrušení, dojetí, empatie...) a negativní situace (samota, nepochopení, bezmocnost, roztržitost, bezradnost, znechucení, únava...) k tomu, aby poskytovaly asociaci formou zapamatování do paměti s následným vybavením.

Lazarus (2011) uvádí, že pozitivní emoce vznikají tehdy, pokud korespondují s vytyčenými cíli a představami jedince. V opačném případě jsou přítomny emoce negativní.

Hudba neovlivňuje pouze vegetativní systém lidského těla, působí také na celý metabolismus. Vhodně vybraná hudba, která odpovídá potřebám a preferencím posluchače, dokonce snižuje hladinu stresových hormonů. Taktéž imunitní systém našeho organismu může být hudbou pozitivně ovlivněn (Kantor a kol., 2009).

Čechová (2013) píše o **pozitivních účincích především klasické hudby** v průběhu staletí, kdy každý hudební sloh přinášel jiné výrazové možnosti, rozvíjely se jiné hudební žánry a na hudebním poli vznikaly známé a úspěšné skladby, které zasahují naše nitra i dnes.

Renesanční hudba má individuální účinky, u někoho vyvolá radost a vášeň, u jiného

bolest a žal. Hovoříme o hudbě, která je vznešená, proudící, bez významných rytmických změn. Může se zdát, že melodie renesanční hudby je neměnná, dokonce příliš striktní.

Oproti tomu **barokní hudba** napomáhá posluchači ke zvýšení koncentrace pozornosti, snižuje krevní tlak a podílí se na zlepšení kvality spánku, dokonce ovlivňuje také schopnosti učení. Při barokní hudbě je tělo schopno relaxovat tak, že při veškerých organických pochodech dochází k efektivnímu zklidnění. Dle autorky patří mezi doporučené barokní skladby např. *G. F. Händel - Vodní hudba*, *A. Vivaldi – Čtyři roční období*, *J. S. Bach – Air*, *J. Pachelbel – Kánon v D*.

Harmonickými a melodickými tóny disponuje **hudba klasicistní**, její účinky na lidský organismus jsou hodnoceny také velmi pozitivně. Za vhodné se považují např. skladby *W. A. Mozarta – Druhá věta Koncertu pro flétnu a harfu C dur* nebo *Menuet od L. Boccheriniho*.

Hudba **romantismu** nám nabízí velké dynamické změny, změny tempa s pestrým zakomponováním kontrastů. Mezi pozitivně laděné romantické skladby můžeme zařadit např. *Vltavu od B. Smetany* nebo *Romanci pro housle a orchestr od L. van Beethovena* aj.

Romantické skladby, při kterých posluchač pocítí agresi a naléhavost, vyjadřují *R. Wagner – Jízda Valkýr*, *B. Smetana – Tábor*, *A. Bruckner – Symfonie č. 4*.

Soudobá hudba přináší mnoho nových hudebních směrů, které otvírají každému posluchači nové a nové možnosti k vlastnímu hledání svých hudebních preferencí. Nemůžeme přesně určit, na koho a jak bude daná skladba působit, ovšem i mezi soudobou hudbou můžeme nalézt skladby, které přinesou posluchači klidné a poetické uvědomění.

Čechová (2013) se také zmiňuje o nejléčivějších skladbách vůbec. Doplnuje, že **gregoriánské chorály**, jejichž tempo je plynulé a rytmizace splývá, zpomalují srdeční a dechovou frekvenci, což uvolňuje mysl i tělo.

Negativní účinky může posluchači přinést disharmonická hudba, jako například **heavymetal, techno či hard rock**. Tyto hudební styly prokazatelně zvyšují agresivitu a díky svým rytmům se mohou stát spouštěčem např. srdeční arytmie.

4.2 Saxofon jako prostředek terapie

Věříme, že bruselský nástrojář Adolf Sax, který roku 1842 zkonstruoval nádherně zlatavý, nejmladší dechový nástroj vůbec, by byl pyšný na to, že se po celou dobu své existence saxofon v podstatě nezměnil. Jeho původní konstrukce, která je vyrobena z kovu a kaučukové nebo kovové hlavičky, je velmi blízká klarinetu (Jiránek, Hejzlar, 1979).

Antonín Modr (1982), který se ve své publikaci saxofonu velice detailně věnuje, upozorňuje na rozdíly mezi saxofonem a klarinetem. Za shodnou považuje zobcovou hubičku s jednoduchým plátkem. Markantní rozdíl mezi výše uvedenými hudebními nástroji shledává ve tvaru, jelikož klarinet je válcový a saxofon se kuželovitě rozšiřuje.

Francouzské vojenské služby využily libé tóny saxofonu jako první v pořadí, J. G. Kastner byl prvním mužem, který saxofon zakomponoval do své opery *Le dernier roi de Juda*. Po první světové válce byl nástroj Adolfa Saxe rozšířen do celého světa jako žádoucí a nezbytný doprovod tanečních orchestrů. V jazzových orchestrech mohli zainteresovaní posluchači slyšet saxofon až koncem 20. století.

„Saxofonová hra je charakteristická vibrovaným tónem s možností glissanda při spojování tónů. Témbrové nuance znásobují prožitek posluchače a zajímavostí je, že díky tónu se zvuk saxofonu podobá violoncellu, které spadá do naprosto rozdílné skupiny hudebních nástrojů.“ (Modr, 1982, s. 104 – 105)

Na trhu se můžeme setkat se saxofony sopraninovými, sopránovými, altovými, tenorovými a barytonovými, basovými a kontrabasovými.

Osobně jsme se setkali s různými názory vztahujícími se k tomuto hudebnímu nástroji. Na někoho působí příliš „jazzově“, někdo jej považuje za doprovodný nástroj, a ostatní jej milují. Na čem se většina lidí shodně je tvrzení, že je to nástroj zajímavý a neobvyklý. S tímto záměrem jsme také přicházeli do Rehabilitačního ústavu Hrabyně. Věřili jsme, že díky své **neobyčejnosti a jinakosti** dokáže saxofon klienty zaujmout, ohromit a pohlit stejně jako tehdy nás.

V rámci prvního společného setkání s klienty jsme tedy záměrně použili právě saxofon. Doufali jsme, že jeho silně znějící tóny navodí příjemné pocity a zanechají v uších účastníků nezapomenutelný dozvuk. Během společných setkání jsme saxofon využívali především k poslechu při relaxačních činnostech. Vybrali jsme písně různých hudebních stylů a záměrně jsme pozorovali spontánní reakce a projevy zúčastněných klientů.

Po poslechu jsme diskutovali o navozených pocitech, myšlenkách a asociacích s těmi klienty, kteří o diskuzi projevili zájem.

Gerlichová (2014) zaznamenává, že v případě **vhodně zvolené hudby**, kterou terapeut preluduje na hudební nástroj, může docházet k **adekvátnímu způsobu dýchání**, které je samovolné a přirozené.

4.3 Přefukovaná píšťala jako prostředek terapie

Kouzlo přefukované píšťaly spočívá podle našeho názoru v její obyčejnosti. Jedná se totiž o hudebně velmi nenáročný nástroj, na který zvládne hrát snad úplně každý, pokud má zájem a chuť. Výhodou této snad „kouzelné píšťaly“ je to, že na ni nelze hrát falešně!

Nenáročnost a jednoduchost provedení nás přesvědčila k aplikaci této píšťaly při skupinových logopedických terapiích. Nápad k vytvoření přefukované píšťaly neboli **koncovky** dostali pastevcí v oblasti Karpatského oblouku, kteří ji sestrojili tak, že umožňuje hrát dvěma způsoby s vyvozením devíti až dvanácti tónů. Dřevěná píšťala neobsahuje ani jednu jedinou díрку na vrchní části konstrukce, jejímž zakrytím u běžné flétny vyvodíme tón, na což je většina populace zvyklá. Při hře na koncovku můžeme zvuk vyvodit pouhou změnou výdechu. Čím je vydechovaný proud intenzivnější, tím jsou tóny vyšší a hlasitější. Pokud zvolíme jemný až nepatrný výdech, náš tón bude znít hluboce a tiše (<http://www.hlascentrum.cz>, 2015).

Práce s dechem je v této hudební technice tím nejpodstatnějším artefaktem. „*Koncovka je vhodný nástroj pro léčbu mnoha problémů na úrovni postury, fonorespirace a artikulace, u kterých je podstatou problému špatné napětí svalů ovlivňujících jmenované funkce. Jedná se o techniku direktivně vedené muzikoterapie. Pacient má za cíl vytvořit určité tóny nebo jejich sestavy, k tomu aby jednotlivá cvičení byl schopen provést, musí dojít k nevědomému přizpůsobení práce s napětím a funkcí svalových skupin určujících fonorespiraci a artikulaci (změna postury umožňuje nádech a výdech, výdech stimuluje tvorbu hlasu a hlásek, nevědomá změna nátisku při jednotlivých tónech tonizuje a stimuluje svaly mluvidel).*“ (Frič, Kučera, 2014, s. 1)

Z toho důvodu jsme s přefukovanou píšťalou záměrně pracovali při **dechových a fonačních cvičeních**. Výhodou práce s koncovkou byla **okamžitá slyšitelná zpětná kontrola** vyvozeného zvuku na základě poslechu, na kterou upozorňuje Frič, Kučera (2014).

Pokud zněl požadavek terapeuta hrát pouze vysoké hlasité tóny, klientův úkol spočíval v síle vydechovaného proudu, která byla charakteristická významnou intenzitou.

Nevýhoda využití koncovky ve skupinové terapii spočívala v nedostatku nástrojů, jelikož jsme vlastnili pouze jednu píšťalu. Klient, který aktuálně procvičoval svůj dech,

se sice plně soustředil na požadovanou činnost, ale ostatní členové skupiny byli v takové chvíli pasivní a čekali, až na ně vyjde řada.

Druhá, o něco málo náročnější hrací technika spočívá v uzavírání dolního konce píšťaly, při kterém se otevřený tón ve směru k vyšším tónům zmenšuje. Tuto techniku jsme klientům nepředstavovali z toho důvodu, že je motoricky náročnější a vzhledem k jejich somatickým znevýhodněním by byla hůře realizovatelná (<http://www.hlascentrum.cz>, 2015).

Koncovky jsou vyráběny v několika velikostech, které lze vybírat podle požadované tóniny či cílové skupiny. Pro ženy a děti se doporučují obecně píšťaly kratší.

4.4 Africké djembe jako prostředek terapie

Hudební nástroj pohárovitého tvaru, vyroben z těch nejkvalitnějších druhů mahagonového dřeva, je v některých částech západní Afriky nazýván také *papa*, *yinbe*, *gbeléké* nebo *sanbayi*. Tento neobyčejný přírodní nástroj pochází z města Mali, jehož obyvatelé (Malinkové) před tisíci lety spoléhali na zvláštní schopnosti a energii kovářů, které nazývali „Numu“, a právě s nimi spojovali nejen výrobu bubnů, ale také samotnou hru. Kovářům obyvatelé západní Afriky důvěřovali také v tom, že bubnováním odháněli zlé síly. Z toho důvodu považovali **africké djembe jako léčebný nástroj** (<http://www.afro.cz>, 2008).

Označením „léčebný“ nebyli Malinkové daleko od pravdy, jelikož sám Bittman a kol. (in Kantor a kol., 2009) uvádí pozitivní účinky skupinového bubnování, které se projevuje snížením hodnot kortizolu, zvýšením počtu bílých krvinek a lymfatické tekutiny.

Počáteční výroba byla založena na zkušenostech a fyzické zdatnosti kovářů, kteří djembe zpracovávali pomocí sekerek, motyček a dlát. Dnes je tento náročný proces výroby odlišný pouze v tom, že dřevěné bubny vyrábí manufaktury, ve kterých je proces rozdělen do dvou na sebe navazujících částí. V té první fázi je vyroben dřevěný korpus, při druhé fázi se korpus potahuje kůží.

Tradiční hudba afrických djembe je skryta v oblastech západní Afriky dodnes. Po rozšíření hudebního nástroje do Evropy a USA se pozměnily nejen techniky a přístupy hry, ale začaly také vznikat různé hudební djembe styly.

Při výběru bubnu se můžeme orientovat podle požadované výšky zvuku. Pokud máme zájem o produkci vysokých zvuků, zaměříme se na djembe s průměrem 28 cm a 32 cm. Pro hlubší zvuky se doporučuje průměr těla větší než 32cm. Velmi tichý je bubínek s průměrem menším než 28 cm, jeho zvuk se ve skupině hráčů může docela vytratit (<http://www.djembe-africke-bubny.cz>, 2014).

Způsob hry na masivní djembe je **trojí**. Hrajeme vždy celou dlaní a prsty, jejichž poloha je na ploše bubnu rozmístěna podle požadovaného tónu. Zvuk, který se rozezní po úderu celé dlaně do střední části bubnu, se nazývá basový (bas). Pokud narážíme zpevněnou dlaní na okraj bubnu s nataženými prsty v těsném spojení tak, že naše klouby umístíme nad/pod hranu djembe, hrajeme tzv. středový zvuk (tom). Výškový (slap) zvuk vytvoříme stejně jako středový, ovšem naše prsty budou v celkovém uvolnění tak, aby svrchní kůži bubnu pomyslným bičíkem „bičovaly“ (<http://www.vrytmu.cz>, 2010).

Náš pozitivní postoj k africkým bubnům byl vytvořen na základě vztahu k africké kultuře, který byl jednoznačně umocněn oblibou zpívaných spirituálů neboli černošských duchovních písní, které vycházejí z Bible. Spirituály jako takové nemůžeme obecně zařadit do žádného hudebního stylu. S jistotou je však nalezneme v gospelové či jazzové hudbě, která je našemu srdci velmi blízká. Když jsme poprvé slyšeli zvuk afrického djembe ve výše zmíněných hudebních stylech, vytvořili jsme si o těžkém bubnu z masivního dřeva představu tepla a domova spolu ve spojení s přírodními elementy, které se ozývají při každém udeření do svrchní plochy bubnu (déšť, slunce, vítr, bouřka...) Věříme, že kmen stromu, ze kterého jsou bubny vyráběny, přináší sílu a energii do každé místnosti, ve které se zvuk rozezní.

Škála využití samotného nástroje při terapiích je opravdu pestrá. Hodnotíme velmi **kladný a motivovaný přístup všech klientů** k africkým bubnům. Při cvičeních se objevovala soutěživost, snaha a nezpochybnitelné emoce, které doprovázel hlasitý smích či bouřlivé povzbuzování ostatních kolegů ve skupině. **Negativum** shledáváme v tom, že ne všichni zúčastnění si dokázali samostatně nástroj přidržet a zároveň na něj hrát. V těchto případech potřebovali asistenci, kterou terapeut samostatně nemohl plně umožnit.

Důležitý byl také výběr aplikovaných písní, které byly vybírány tak, aby vyhovovaly každému z klientů, dle jeho individuálních zájmů a preferencí. Tato skutečnost a snaha byla obtížně realizovatelná, jelikož časové možnosti byly taktéž omezeny. Pro autorku práce pak bylo zásadní neupřednostňovat své oblíbené skladby a interpretu.

4.4.1 Variace námi navržených aplikovaných cvičení

Při výběru cvičení jsme vycházeli z materiálů a technik, které nabízí Beníčková (2006), Kantor (2009), Šimanovský (1998, 2011).

Níže popsaná cvičení jsme koncipovali tak, aby vyhovovala vybraným klientům, jejich individuálním potřebám a preferencím. Zároveň jsme se snažili uplatnit africké djembe a využít jej jako prostředek terapie.

Cvičení – Rytmický had

Provedení: Účastníci cvičení jsou rozmístěni v místnosti do kruhu tak, aby mohli udržovat zrakový kontakt a vzájemně měli k sobě blíže. Klient, který sedí nejbližší dveřím, zadá zabubnováním rytmus do djembe bubnu a vyvolá svého soupeře, jehož úkolem je rytmus korektně zopakovat. Pokud ob stojí, pokračuje ve cvičení dále, při chybě nepokračuje. Do posledního kola proti sobě soupeří dva nejlepší klienti tak dlouho, dokud jeden z nich v rytmu nepochybí.

Cíl: Podpora rytmu, sluchové percepce, koncentrace, hrubé motoriky, práce ve skupině.

Cvičení – Zesílení x Zeslabení

Provedení: Každý z účastníků cvičení vlastní djembe buben. Terapeut má za zády ukryté dvě barevně se lišící karty, konkrétně v barvě zelené a červené. V momentě, kdy terapeut zvedne kartu tak, aby ji každý ve skupině viděl, v místnosti se rozezná skupinová neřízená hra bubnů. Podle barvy klienti hrají příslušným tempem. Zelená barva značí dynamickou, rytmickou hru, charakteristickou údernými hlubokými tóny. Červená barva vyžaduje zklidnění, tempo hry je pomalé, dynamika je snižena.

Cíl: Podpora rytmického cítění, koncentrace, koordinace pohybů, práce ve skupině.

Cvičení – Jak se dnes cítím

Provedení: Cvičení probíhá ve skupině, kde si účastníci předávají africké djembe tak, jako by si předávali slovo. Na buben pak zabubnují vlastní melodii, která má charakterizovat jejich aktuální rozpoložení. K projevu se nikdo ze skupiny nevyjadřuje, každý má právo na vlastní sebevyjádření bez hodnocení.

Cíl: Zjištění aktuálního rozpoložení, sebevyjádření, improvizace, kreativita, koordinace pohybů.

Cvičení – Analogie

Provedení: Africké djembe ve skupině vlastní pouze terapeut, který na buben hraje různé, předem připravené melodie rozdílného tempa, rytmu a dynamiky. Pro každého z klientů je určena jedna skladba. Vyvolaný účastník má za úkol spojit s předebranou melodií nějakou životní situaci. Poté svou představu sděluje celé skupině.

Zaměření na: Sluchové vnímání, sluchovou paměť, výbavnost, představivost, spontánní projev ve skupině.

Cvičení – Slovní kreativita

Provedení: Každý z účastníků skupiny vlastní africké djembe. Terapeut cvičení zahájí tím, že řekne nějaké slovo, které klienti mají za úkol rytmicky vybubnovat. Slova, která se poté ve skupině „slabikují na bubny“, si klienti určují sami. Vybraná slova by neměla být infantilní. Příklady slov: dres, automobil, dráha, peckovice, hromosvod, cestář, kufr, restaurace, lokomotiva, žena, policie...

Zaměření na: Artikulaci, slovní zásobu, kreativitu, sluchovou paměť, koordinaci pohybů, rytmizaci.

Cvičení – Buben a zpěv

Provedení: Klienti se společně domluví na písni, kterou budou společně hrát. Následuje nejen společné bubnování, ale také společný zpěv, který rytmus doprovází. Volba písně by tedy měla odpovídat znalosti textu všech zúčastněných. Toto cvičení doporučujeme aplikovat až po odbourání prvotních bariér ve skupině, jelikož v počátku se mohou hráči stydět.

Zaměření na: Vyjádření ve skupině, artikulaci, modulační faktory řeči, respiraci při fonaci, rytmizaci, koordinaci pohybů, paměť.

Cvičení – Otázky a odpovědi

Provedení: Každý ve skupině vlastní africké djembe. Terapeut zahajuje cvičení položenou otázkou, kterou doprovodí rytmem na buben. Vyvolaný hráč má za úkol odpovědět ve stejném rytmu, stejnou melodií. V pokládání otázek se hráči střídají, odpovídá vždy ten, kdo je vyvolán. (Např. otázka: „Co jste měl dnes k snídani?“; odpověď: „Chleba se sýrem a čaj.“)

Zaměření na: Modulační faktory řeči, artikulaci, rytmizaci, koncentraci, koordinovanost pohybů, kreativitu, slovní zásobu.

Cvičení – Zataženo, občas trakaře...

Provedení: Hráči ve skupině obdrží africké djembe, kromě terapeuta. Terapeut vybírá a určuje druh počasí, které může i více specifikovat (déšť – mírný, prudký, mrholení, krupobití, mráz, sníh, slunečno, vítr, vánek, vichřice...) Následně vyvolává jednoho ze skupiny, kterému počasí pošeptá, a jeho úkolem je řečený druh počasí představit ostatním ve skupině skrz buben. Hráči následně hádají, o který přírodní jev se jednalo. Ten, který hádá správně jako první, bude v dalším kole předehrávat ostatním.

Zaměření na: Rytmizaci, motorickou koordinaci, artikulaci, koncentraci, kreativitu, vcítění se, představivost, pohybovou odvahu a práci ve skupině.

Cvičení – Robot, který poslouchá djembe

Provedení: Africké djembe vlastní pouze terapeut, který na něj zadá požadovaný rytmus. Následně vyzve jednoho člena ze skupiny, který na zadaný rytmus odpoví větou (která je předem zadaná terapeutem) tak, aby odpověď zněla ve stejném rytmu. Vystřídání jsou všichni účastníci ve skupině a věty se se vzrůstající náročností obměňují.

Zaměření na: Artikulační obratnost, zpomalení tempa řeči, sluchová paměť, práce ve skupině.

II. PRAKTICKÁ ČÁST

5 Metodologie

Kapitola věnovaná metodologii výzkumného šetření charakterizuje a blíže definuje metody sběru dat, které byly v rámci diplomové práce využity. Metodologická část vymezuje výzkumný problém, vystihuje hlavní cíl a parciální cíle diplomové práce, stanovuje výzkumné otázky, blíže specifikuje místo realizace samotného výzkumu, charakterizuje zkoumaný soubor respondentů a popisuje výzkumné metody, které byly v rámci realizace diplomové práce použity. *Test 3F* byl během spolupráce s klienty aplikován celkem dvakrát se získáním jejich souhlasu k provedení a uvedení výsledků v rámci této práce. Po celou dobu společných setkání jsme se věnovali systematickému *pozorování* účastníků, které níže jako klinickou metodu taktéž popisujeme. Pomocí *narativní případové studie* jsme vytvořili kapitulu diplomové práce, v níž jsme se zabývali popisem respondentů a také jsme se v ní snažili zodpovědět stanovené výzkumné otázky.

5.1 Vymezení výzkumného problému

V prvním ročníku magisterského navazujícího studia speciální pedagogiky absolvovala autorka práce asistenční praxi v Rehabilitačním ústavu Hrabyně. Zařízení jsme si zvolili záměrně, jelikož jsme chtěli blíže poznat práci s dospělými klienty s narušenou komunikační schopností, kterým je poskytována logopedická péče. Během odborné praxe jsme měli možnost asistovat Mgr. Veronice Bakešové, která zde působí jako klinický logoped. Pod dohledem klinické logopedky mohla autorka práce pracovat s klienty, kterým byla diagnostikována nejen získaná dysartrie, ale také afázie, dysfagie a jiné kognitivní poruchy. Po oněch čtrnácti dnech jsme vyzorovali **nedostatek času**, který je schopen klinický logoped klientům v rámci přímé péče nabídnout. Přímá práce s klientem by měla trvat 30 – 45 minut dle druhu a typu postižení. Záleží také na tom, zda klient přichází na prvotní vyšetření či vyšetření kontrolní, nebo zda dochází na pravidelnou terapii. Pro vstupní i kontrolní vyšetření jsou časové intervaly delší. Problém spočívá v tom, že klienti, kteří na logopedii dochází na terapii, vesměs 5 – 10 minut věnují vypravování, sdílení se a konzultování. Jejich tíživá životní situace a náhlá změna života je pro ně náročná. Jsou odloučení od rodiny, se kterou se stýkají pouze o víkendech, v rehabilitačním ústavu nemají přátele, často ani nejsou schopni se s novými lidmi seznámit. Někteří nemají zájem,

jiní odvalu. Od brzkého rána téměř bez přestávky rehabilitují.

Domníváme se, že na logopedii klienti přicházejí pro pocit uvolnění, oddechnutí si. Po dobu logopedické terapie cítí, že jim „někdo“ bude naslouchat. Během komunikace jim nebude bránit rehabilitační přístroj či uhnětená hlína. Prostor ve valné většině využívají tedy k tomu, že komunikují. Klinický logoped přímou práci zahajuje až posléze a za necelých 30 minut ji opět uzavírá a s klientem se loučí. Je to jako na běžícím pásu.

Na tomto nešťastném faktu jsme se s magistrou Bakešovou shodli, navrhli jsme jí určitou výpomoc formou **skupinových logopedických terapií** pro klienty se získanou dysartrií. Naše představa spočívala ve společném scházení se v prostorách rehabilitačního ústavu, a to 1x týdně po dobu 60 minut s 5 – 6 klienty v produktivním věku, kterým byla diagnostikována získaná dysartrie.

Uvědomovali jsme si, že cílem těchto skupinových setkávání nebude pouze zmírnění komunikačních obtíží a navýšení doby, během které si budou jednotlivá logopedická cvičení klienti doplňovat či rozšiřovat. Mezi parciální cíle těchto společných chvil patřilo také seznámení se s ostatními klienty, sdílení se, potažmo hledání přátelství.

Takto vznikaly určité myšlenky a vize, ze kterých vzešel název pro diplomovou práci, kterou autorka práce **se svolením ředitele rehabilitačního ústavu a se svolením klientů** začala realizovat v měsíci květnu roku 2014.

Společná setkávání probíhala v přednáškové místnosti, kde jsme se společně scházeli každý čtvrtek od 15:00 hod. Se skupinou jsme se setkávali po dobu tří měsíců, spolupráce byla ukončena v červenci téhož roku.

5.2 Hlavní cíl a parciální cíle

Hlavní cíl diplomové práce s názvem *Uplatnění hudby ve skupinové logopedické terapii u klientů s dysartrií v produktivním věku v Rehabilitačním ústavu Hrabyně* byl stanoven do tří bodů:

- **vyšetření** skupiny klientů pomocí diagnostického manuálu, tzv. **Test 3F** (Dysartrický profil), který jsme použili před zahájením skupinových logopedických terapií a následně po třech měsících spolupráce;
- **zmírnění komunikačních obtíží** výše uvedených osob s uplatněním hudebních nástrojů a hudby při logopedických skupinových terapiích tak, aby byly využity při dechových a fonačních cvičeních, rytmizačně pohybových cvičeních,

artikulačních cvičeních, při cvičeních na obnovení svalové síly a také při tréninku větné intonace;

- **porovnání** zaznamenaných výsledků, interpretace případných zlepšení či zhoršení komunikačních obtíží ve zkoumaných oblastech.

Mezi parciální cíle diplomové práce řadíme:

- **návrh na rozšíření logopedických terapeutických technik**, které již klienti rehabilitačního ústavu absolvují s klinickou logopedkou;
- **časové navýšení** logopedických terapií o 60 minut týdně navíc.

Dále předpokládáme sílu **skupinových logopedických terapií**, díky kterým mohou klienti nejen navázat nové kontakty a případná přátelství, ale mohou se v rámci skupiny také vzájemně podporovat, motivovat a provokovat k lepším a zdárnějším výkonům.

5.2.1 Stanovení výzkumných otázek

Při **stanovení výzkumných otázek**, jež v práci zodpovídáme v kapitole č. 6 *Narativní případové studie vybraných respondentů* a v kapitole č. 7 *Výsledky šetření a jejich interpretace*, jsme se zaměřili na následující oblasti:

1. Jak zasahuje narušená komunikační schopnost verbální a neverbální rovinu komunikace?
2. Postihuje narušená komunikační schopnost artikulaci či artikulační obratnost?
3. Jedná se o narušení modulačních faktorů řeči?
4. Na jaké úrovni je porozumění řeči?
5. Jaké jsou dechové a fonační schopnosti klientů?
6. Jaké můžeme sledovat schopnosti/možnosti jemné a hrubé motoriky ve spojení s rytmicizacími cviky?
7. Do jaké míry je narušena obratnost orofaciální oblasti?
8. Jaké jsou vnější projevy klientů při poslechu hudby? Můžeme pozorovat emoční projevy?
9. Jaké hudební styly klienti preferují a jaký druh hudby jim naopak neimponuje? Jaké je koverbální chování klientů v průběhu aplikovaných cvičení?
10. Do jaké míry jsou klienti motivováni? Je jejich vnitřní či vnější motivace dostatečná?

11. Jaké jsou individuální spontánní projevy klientů? Jaké jsou spontánní projevy klientů ve skupině?
12. Jsou hudební nástroje, jako saxofon, přefukovaná píšťala a africké djembe, vhodnými terapeutickými prostředky při logopedických skupinových terapiích? Jak na ně klienti reagují? Shledáváme při použití těchto nástrojů nějaká pozitiva či negativa?

5.3 Místo realizace výzkumu – Rehabilitační ústav Hrabyně

Samotný ústav se nachází asi na polovině cesty mezi Ostravou – Porubou a Opavou. Do roku 1990 byl rehabilitační ústav součástí Krajského ústavu národního zdraví v Ostravě. Jeho historie se dotýká 50. let 20. století, kdy tehdejší budovy vojenské zprávy byly využívány ke skladování stavebního materiálu k postavení rehabilitačního areálu Hrabyně. V roce 1976 se již zmíněný bezbariérový ústav spojil s rehabilitačním ústavem v Chuchelné a společně tak zajišťovali **odbornou rehabilitační péči** pro oblast Moravy, Slezska a také Slovenska.

Hrabyňský areál byl dostavěn 18. dubna 1975. Tímto dnem byl zahájen provoz pro celé Československo. Klientela v Hrabyni byla zaměřena na dospělou populaci, v Chuchelné přijímali i děti školního věku, jelikož součástí zařízení byla škola. Rehabilitační ústav Hrabyně je zařízením, které poskytuje odbornou péči klientům, kterým jejich praktický či ošetřující lékař doporučil tzv. „Návrh na odbornou péči v odborné léčebně“. Po schválení **revizním lékařem** (liší se dle typu pojišťovny) je možno indikovaný pobyt, který je plně hrazen pojišťovnou, zahájit (<http://www.ruhrabyne.cz>, 2015).

Odborná péče je v Hrabyni poskytována všem **dospělým klientům s neurologickým onemocněním**, mezi které patří cévní onemocnění mozku, dětská mozková obrna, kraniocerebrální onemocnění, stavy po zánětlivých onemocněních centrálního a periferního nervového systému, parézy periferních nervů a polyneuropatie, postpoliomyelický syndrom, neurodegenerativní onemocnění, roztroušená skleróza a různá svalová onemocnění.

Péče je také nabídnuta klientům s **nemocemi pohybového ústrojí**, jako jsou funkční poruchy páteře, svalová nerovnováha, vertebrogenní algické syndromy páteře, diskopatie, stavy po operacích páteře a meziobratlových plotének, degenerativní onemocnění kloubů, stavy po kloubních náhradách, stavy po traumatech (kloubů, kostí, svalů, šlach), vrozené vývojové vady a deformity páteře.

Do ústavu nemohou být přijati klienti s dekompenzovaným diabetem, s prodělanou

tracheostomií, se zhoubnými progresivními onkologickými onemocněními, se známkami oběhového selhání, s dekompenzovanou duševní poruchou, se závislostí na návykových látkách, s dekubity, s přenosnými infekčními chorobami. Jako kontraindikace je považována také neschopnost aktivní spolupráce klienta na denním programu, status permanent z rehabilitačního hlediska a nezajištěné sociální zázemí (<http://www.ruhrabyne.cz>, 2015).

V současné době je do Hrabyně možné přijmout 207 klientů. Každému z klientů se individuálně věnuje profesionální a proškolený personál. Mezi odborné pracovníky zmíněného zařízení patří **lékaři, ošetřovatelé, zdravotní sestry, fyzioterapeutové, ergoterapeutové, klinický logoped a klinický psycholog**. Tito odborníci upřednostňují především individuální přístup ke každému klientovi a dbají na vzájemnou spolupráci. Odborný tým dále spolupracuje s lékaři z odvětví ortopedie, traumatologie, neurologie nebo neurochirurgie. Klienti mohou také využít **sociálně-právní poradenství** a připravit se tak na snazší návrat do běžného života.

Z rehabilitačních terapií a procedur je klientům nabídnuta široká škála moderních metod a postupů. Formou individuálních terapií, které mohou klienti v závislosti na stanovené diagnóze využít, jsou jim nabízeny termoterapie, elektroléčba, mechanoterapie, vodoléčba, suchá masážní vana. Z odborných terapeutických technik pak Vojtova reflexní metoda, Bobath koncept, ošetření dle Mojžíšové, mobilizační i měkké techniky, míčková facilitace, propioceptivní neuromuskulární facilitace aj. V rámci rehabilitačního plánu je každému klientovi přidělen jeden stálý terapeut, který úspěchy i neúspěchy v rámci odborné péče konzultuje s ošetřujícím lékařem daného klienta.

Za zmínku určitě stojí i druhé pracoviště rehabilitačního ústavu, které se nachází v **Chuchelné**. Toto detašované pracoviště je mimo ortopedických a neurologických diagnóz zaměřeno i na klienty po amputacích. Klientům je zde v současné době nabídnuto 166 lůžek. Zřizovatelem obou ústavů, které se vzájemně doplňují a obohacují, je Ministerstvo zdravotnictví České republiky (<http://www.ruhrabyne.cz>, 2015).

Z dostupných získaných informací můžeme konstatovat, že v rehabilitačním ústavu nebyla nikdy dříve žádná skupinová logopedická terapie s využitím hudby realizována.

5.3.1 Jedinec se získanou dysartrií v Rehabilitačním ústavu Hrabyně

Autonehoda, úraz na motorce, pracovní úraz, sportovní zranění, cévní mozková příhoda, onkologické onemocnění či infekční onemocnění mozkové tkáně... Během jednoho dne se rázem změní svět. Tyto nepříjemné životní události se odehrají během pár chvil. Po

takové nepatrné chvíli nastává náročný proces pro jedince a celou jeho rodinu. Ihned po incidentu klienti tráví potřebný čas v nemocnici pod dohledem odborné lékařské péče. Dle závažnosti zranění jim je určena potřebná medikace a rehabilitace.

Již v nemocnicích působí klinický logoped, který se klientům individuálně věnuje. Zde také probíhá **základní vyšetření**, kterým zjišťujeme, o jaký druh narušené komunikační schopnosti jde. *„Následně se rýsuje základní diagnóza, která se poté může zpřesňovat a upravovat vyšetřením speciálním, které je často vázané na konziliární vyšetření. Jde o co nejpřesnější identifikování narušené komunikační schopnosti.“* (Lechta, 2003, s. 42)

U náhle vzniklé dysartrie je velmi žádoucí brzké zahájení terapeutického procesu. *„Včasný počátek terapeutického procesu je zásadní podmínkou úspěšnosti péče.“* (Škodová, Jedlička, 2003, s. 307)

Pobyt v nemocnici může trvat individuálně dlouhou dobu. Po propuštění z nemocničního prostředí nastává proces rehabilitace, která je realizována formou ambulantní či pobytové péče. Rehabilitační ústav v Hrabyni klientům nabízí rehabilitační pobyty v různé délce realizované formou pobytové péče.

V praktickém přenesení to pak vypadá tak, že člověk, který např. šest měsíců trávil den ode dne v nemocnici, je převezen do rehabilitačního ústavu, ve kterém si opět zvyká na nové prostředí a odlišný režim. Rázem ztrácí soukromí, jelikož pokoje jsou uzpůsobeny pro dva a více klientů. Život každého jedince nabývá opět jiný rozměr.

Když jsme se pana Martina, jednoho z účastníků skupinových logopedických terapií, zeptali, zda si s manželkou pravidelně telefonuje, odpověděl: *„Já bych chtěl, ale rušil bych kluky na pokoji. A na chodbu se mi večer v pyžamu nechce. No a SMS psát ještě nezvládám, ruka mě neposlouchá... Navíc mi manželka často nerozumí, tak musím slova opakovat a říkat je nahlas a pomalu. Kluci se pak smějou...“*

5.4 Charakteristika zkoumaného souboru

Zkoumaný soubor respondentů byl vybrán klinickým logopedem tak, aby splňoval následující požadavky: Jednalo se o **muže či ženy produktivního věku, kterým byla diagnostikována získaná dysartrie**. Při výběru klientů jsme také kladli důraz na časové možnosti klientů, vlastní zájem a ochotu spolupracovat. Všem klientům bylo oznámeno, že terapie budou rozšířením logopedického terapeutického programu, který již absolvují s klinickou logopedkou. Dále byli obeznámeni s **využitím hudby** při terapiích a byl jim vysvětlen záměr studentky, se kterým bude do rehabilitačního ústavu za klienty přicházet.

Ve fázi výběru jsme se setkali s tím, že několik klientů možnost účasti na skupinových logopedických terapiích v odpoledních hodinách odmítlo z důvodu únavy po celodenní rehabilitaci. Mezi další důvody jedinců, kteří účast na terapiích nepotvrdili, patřily návštěvy rodiny či stydlivost pracovat ve skupině.

Účast na první skupinové logopedické terapii byla **dobrovolná**, informační. V průběhu úvodní hodiny, za účasti klinického logopeda Mgr. Veroniky Bakešové, měli respondenti možnost aktivní účasti při nácviku fyziologického dýchání za poslechu relaxační hudby. Aktivně se také zapojili do rytmizačního tréninku s využitím djembe bubnů.

Důležitým a stěžejním momentem bylo pro klienty poznání osoby, která terapie povede. Při představování studentky byli zúčastnění v místnosti velmi koncentrovaní. V rámci diskuze se aktivně účastnili a kladli otázky osobního charakteru, které považovali za podstatné (jako např. věk studentky, bydliště, váha a výška, vztahy a osobní život, koníčky a zájmy, oblíbené potraviny, oblíbený alkohol, oblíbený hudební styl...)

Prvotní hodina byla ukončena poslechem hry studentky na saxofon s využitím známé melodie hudebního skladatele Karla Svobody (Asi do věži) se záměrem uvědomění si znalosti známé skladby. Muzikolog a psycholog Marek Franěk považuje úlohu očekávání při vnímání hudby za velmi důležitý faktor. „*Očekávanost hudebních informací souvisí s utvořenými hudebními schémata posluchače.*“ (Franěk, 2007, s. 80)

Sacks (2009, s. 204), nazývaný „dvorním básníkem medicíny“, na Fraňka navazuje a konstatuje, „*že hudební skladba dokáže člověka vtáhnout při vědomém či nevědomém poslechu. Poslech hudby nemůžeme vnímat jako pasivní aktivitu jedince. Je to vysoce aktivní činnost, která obsahuje četné hypotézy, dedukce a očekávání, které vtáhnou posluchače dovnitř, do melodického děje. Člověk je schopen již po pár taktech zpívat spolu s hudbou. Při poslechu známé písně či melodie, kterou jsme delší dobu neslyšeli, jsme schopni znovuvybavení.*“

Po ukončení setkání měli zúčastnění možnost dobrovolně podepsat (popř. označit) dohodu mezi klientem a studentkou, která pojednávala o dobrovolné účasti klientů na skupinových logopedických terapiích probíhajících jedenkrát týdně s využitím terapeutických technik. Svůj souhlas dávali také k **použití diagnostického materiálu - Testu 3F**, a to celkem dvakrát během společných setkávání. Zároveň souhlasili s tím, že veškeré testové výsledky budou zpracovány anonymně a budou použity pouze pro účel diplomové práce.

Zájemců o aktivní účast na logopedických skupinových terapiích bylo celkem pět. Konkrétně čtyři muži a jedna žena. Každý z respondentů nám dobrovolně poskytl souhlas

k použití Testu 3F a souhlasil se zveřejněním osobních dat v rámci diplomové práce.

Jeden muž po dobu tří měsíců, během kterých byly logopedické terapie realizovány, rehabilitační ústav opustil. Z toho důvodu nejsou jeho osobní data v práci zveřejněna. Křestní jména klientů, která jsou v diplomové práci uvedena, jsme záměrně změnili z důvodu ochrany osobních údajů.

5.5 Výzkumné metody

Během realizace diplomové práce jsme využili diagnostický materiál, který nabízí Test 3F (Dysartrický profil). Z uvedeného manuálu jsme vynechali *Orientační předtestové vyšetření*, jelikož nám bylo klinickou logopedkou sděleno, že ani u jednoho z klientů nebyla diagnostikována jiná narušená komunikační schopnost než získaná dysartrie, což předtestová část diagnostického manuálu zjišťuje. Po celou dobu společných setkávání jsme využívali možnosti pozorování, které níže blíže popisujeme. Narativní případové studie nám umožnily získaná data formulovat a sepsat tak, abychom z nich mohli definovat případná zjištění a určit závěry výzkumného šetření.

5.5.1 Test 3F

Před samotným zahájením skupinových logopedických terapií autorka práce s každým klientem individuálně realizovala první diagnostickou zkoušku formou Testu 3F, jehož výsledky po třech měsících spolupráce s klinickým logopedem a po doplnění skupinových terapií realizovali znova.

Díky tomuto testování jsme zjistili případná zlepšení či zhoršení v oblastech **faciokineze, fonorespirace a fonetiky**. V oblasti **faciokineze** jsme sledovali **oblast rtů, čelist a jazyk**. Při **fonorespiraci** jsme podle Testu 3F hodnotili **respiraci, respiraci při fonaci a samotnou fonaci**. V rámci **fonetiky** jsme diagnostikovali **artikulaci, prozódii a celkovou srozumitelnost řeči**.

Dysartrický profil obsahuje také *orientační předtestové vyšetření*, které jsme v rámci diagnostiky nepoužili. U žádného z klientů nebyla lékařem ani klinickým logopedem potvrzena afázie.

Do diplomové práce jsme zakomponovali čtyři grafy, které čtenář nalezne v kapitole *Narativní případové studie vybraných respondentů*, každý z grafů je určen popisovanému jedinci a je v něm možné najít tři měsíční srovnání, která reflektují úkony zaměřené na **rtý, čelist, jazyk, respiraci, respiraci při fonaci, fonaci, artikulaci, prozódii a srozumitelnost**.

Grafy jsou barevně rozlišeny tak, aby srovnání mezi měsíci květen 2014 a červenec 2014 bylo dostatečně zřetelné. Získaná data vyplývají z Testu 3F, který byl se souhlasem klientů uskutečněn celkem dvakrát.

V kapitole *Výsledky šetření a jejich interpretace* pak porovnááme výkony klientů, ke kterým během tří měsíců došlo, a subjektivně se k těmto hodnotám vyjadřujeme. V téže kapitole se čtenáři nabízí závěrečné srovnání a komplexní zhodnocení pozitiv a negativ při uplatnění ve skupinové logopedické terapii u klientů s dysartrií v produktivním věku v Rehabilitačním ústavu Hrabyně.

Hodnocení Testu 3F ze subjektivního pohledu autorky práce:

Pozitiva shledáváme v jednoduchosti bodového ohodnocení, rozpětí bodů se nám zdá dostačující a v možnosti přidání 0,5 bodu shledáváme velká ulehčení. Velmi kladně hodnotíme srozumitelnost úkonů pro examinátora. Cvičení jsou v testovém manuálu detailně popsána a instruktážní informace poskytuje také elektronická verze. Kladně hodnotíme také strukturalizaci Dysartrického profilu, v níž shledáváme smysluplnost.

Negativně na nás působí bezprostřední zapisování výsledků do počítače, byť se děje v kontaktu s osobou s dysartrií. Tento způsob jsme proto úmyslně nepoužili. Časová náročnost testu může u klientů způsobovat zhoršené soustředění a vzrůstající únavu, která negativně ovlivňuje nejen jejich výkon, ale také validitu diagnostiky. Rozsah testu, ačkoli z odborného hlediska v něm neshledáváme nedostatky, může působit negativně především na samotného klienta. Dalším bodem, ve kterém spatřujeme nedostatek, je nestandardizace testového materiálu. Závěry a vyhodnocení jsou tedy pouze orientační, což může působit nespolehlivě.

5.5.2 Pozorování

Vašek (in Valenta, Müller, 2009, s. 63) charakterizuje speciálněpedagogické pozorování jako *diagnostickou metodu označující specifický druh vnímání a myšlení, zaměřenou na diagnostikovanou osobu nebo jev a jejímž cílem je rozpoznat nejvýznamnější znaky a vlastnosti (osoby, jevu), stejně jako příčiny, které tyto znaky nebo vlastnosti vyvolaly.*

Přinosilová (2007) uvádí pozitiva, která pozorování přináší. Zmiňuje možnost zjišťování schopností, osobních charakteristik a sociálních či psychických vztahů pozorovaného jedince (subjektu). Zcela jednoznačně souhlasíme s požadavky, které by mělo

validní pozorování, dle výše zmíněné autorky, splňovat. Nelze vynechat *objektivnost*, *přesnost* záznamu pozorování, *systematicčnost* a *plánovitost* s předem stanovenými cíli, *soustředěnost* a nezbytnou *diskrétnost* ať už pozorování jako činnosti, či ochrany osobních dat.

Hendl (2008), shodující se s Valentou, Müllerem (2009) a Přinosilovou (2007), klasifikuje výzkumné pozorování následovně: pozorování v umělé či přirozené situaci, pozorování skryté nebo otevřené, zúčastněné či nezúčastněné pozorování, introspektivní versus extrospektivní pozorování, strukturované nebo nestrukturované pozorování, dílčí či komplexní pozorování, krátkodobé nebo naopak dlouhodobé pozorování.

V rámci diplomové práce jsme v Rehabilitačním ústavu Hrabyně po dobu skupinových logopedických terapií využili možnosti zúčastněného pozorování, které dle Švaříčka a Šed'ové (2007) dlouhodobě a systematicky sleduje stanovené cíle v konkrétním zkoumaném terénu, pro nás pak v malé sociální skupině. Díky zúčastněnému pozorování jsme schopni detailně popsat reakce klientů, jejich chování, aktivitu či námi stanovený určitý jev. Při popisu respondentů v diplomové práci zachycujeme a popisujeme jejich projevy ve skupině, které nám umožnily pochopit sledovaný jev v celé jeho šíři.

Hendl (2008) dále píše o důležitosti navázání kontaktu se členy ve skupině, díky kterému se jim terapeut přibližuje. Dále hovoří o časové náročnosti k vytvoření přístupu k účastníkům terapie a uvádí, že důvěryhodný vztah zvyšuje možnosti zisku požadovaných dat. Role terapeuta ve skupině je náročná a vyžaduje určité klíčové kompetence, mezi které Hendl řadí např. nutnou kvalifikaci v oboru, autentičnost terapeuta, vytvoření důvěryhodného vztahu mezi klienty a terapeutem, připravenost terapeuta na reakce a zvědavé dotazy klientů.

Během spolupráce se skupinou pěti lidí v rehabilitačním ústavu jsme se jim snažili přiblížit dodržováním a respektováním níže uvedené definice: „*Při procesu pozorování se pozorovatel do jisté míry účastní probíhajících aktivit, ale 'drží se zpátky'. Je tak trochu přítelem, zvědavým cizincem a neznalým laikem.*“ (Švaříček, Šed'ová, 2007, s. 142)

Díky tomu, že pozorovatel tráví se skupinou lidí delší čas (dlouhodobé pozorování), jsou reakce klientů spontánnější, jejich aktivita je přirozenější a zábrany opadají. Práce „*face to face*“ umožňuje navázání důvěryhodného vztahu, což možnosti strukturovaného pozorování či škálování nezahrnují. Hlavním a především stěžejním zdrojem dat jsou při pozorování **poznámky pozorovatele** (Gavora, 2000).

5.5.3 Narativní případová studie

Pojem „narativní“ pochází z latiny a Slovník cizích slov mu přisuzuje překlad **vyprávěcí**. S tím se shoduje také internetový portál, který k termínu *narativní* jako synonyma uvádí např.: *komunikační terapie, terapie orientovaná na řešení, systemická terapie* aj. (<http://www.narativ.cz>, 2010).

Celou škálu pomáhajících profesí stále více ovlivňuje humanitní a sociální přístup s názvem narativní koncept. Narativ se rozvíjí od konce 80. let 20. století a dle Gjuričové a Kubičky (2009) není zaměřen na odkrývání pravdy, ale soustředí se na propojenost významů. Příběhy, které jsou psány jako narativní případové studie, mají **konstruktivní povahu** a **odkrývají mnohem více souvislostí** než reprodukce.

Sarbin (in Skorunka, 2008, s. 18) „*zdůrazňuje univerzalitu příběhu jako vodítka pro život i jako prostředku pro porozumění chování druhých.*“ Názor Hoskinga a Hjortha (2004) spočívá v tezi, že rekonstruování příběhu je procesem vytváření vzniku reality, v němž **vyprávěč je zřejmým účastníkem** samotného příběhu. Autoři dále uvádějí, že případové studie zaznamenávají realitu v sociálním kontextu, příběhy tedy nezahrnují subjektivní pohled vyprávěče. Dle autorů má narativní případová studie má situační charakter a její podstata vyplývá z místních, kulturních a historických souvislostí.

Jiná definice Gilgun (1994), americké profesorky sociální práce, která působí na University of Minnesota (USA), považuje narativní případovou studii za **výzkumný nástroj**, který je používán u hloubkových studií, které se týkají různých sociálních a klinických problémů. Její myšlenky používáme v práci záměrně, jelikož ucelenost a propracovanost ve vztahu k narativní případové studii považujeme u zmíněné autorky za velmi přínosný.

Gilgun (1994) spatřuje cíl těchto studií v pochopení dílčích fází a stádií, v nichž se pozorování klienti nachází. Zároveň neopomíná důležitost prostředí, v němž se zmínění klienti pohybují a které se stává důležitou součástí ucelených příběhů. Případové studie jsou využívány v nejrůznějších profesích, jako například v lékařství, v oblasti práva a obchodu, ale také v pedagogice.

Při tvorbě **narativní případové studie** je důležité dbát na určitá **kritéria** (McLeod in Skorunka, 2008):

1. *Významovost* – důraz je kladen především na výběr vhodného případu, tak, aby byl nejen jedinečný a zvláštní, ale aby interpretace sloužila teoretickému či praktickému využití;

2. *Celistvost, komplexnost* – čtenáři by měly být nabídnuty veškeré doprovodné, stěžejní i doplňující informace tak, aby čtenému textu dostatečně porozuměl. Porozumění textu čili pochopení případové studie by mělo odpovídat pochopení zmíněných informací jako celku;
3. *Polemizace nad alternativní perspektivou* – zahrnuje zvážení podstatných a méně důležitých informací, které výzkumník formou interpretace nabízí;
4. *Působivý styl* – forma psaní příběhu by měla být efektivní směrem ke čtenáři. Cílem výzkumníka je psát tak, aby obsah čtenáře zaujal, zasáhl, popř. aby v něm vyvolal otázky a domněnky.

6 Narativní případové studie vybraných respondentů

Během našich společných setkávání jsme s klienty neformálně hovořili o jejich znevýhodněních, aktuální situaci a výhledech do budoucna. Níže jsou zaznamenány životní příběhy vybraných klientů Rehabilitačního ústavu Hrabyně, které zde s jejich svolením uvádíme.

6.1 Narativní případová studie – pan Martin, 27 let

Martin je sedmadvacetiletý automechanik, jehož vášní je cyklistika. Před rokem se zúčastnil cyklistického závodu (120 km), během kterého se těžce zranil. Zbývalo mu pár metrů do cíle, když nešťastně zavravoral a upadl. Tříštvrtě si zlomil šestý a sedmý obratel hrudní páteře³, obě ruce v zápěstí, klíční kost. Následkem pádu došlo k poranění mozku, jehož důsledkem bylo hemoragické krvácení. Muž byl nalezen v bezvědomí, se známkami somnolence. Martinovi byla na místě provedena tracheostomie, při níž došlo k poškození levé hlasivky, následně byl vrtulníkem převezen do FN Brno.

Bezmála čtvrt roku nemluvil, nepoznával věci ani lidi okolo sebe. Horní končetiny byly jeho jediným hybným nástrojem až ve chvíli úplné rekonvalescence po zmíněných zlomeninách. Pan Martin je ženatý, bezdětný. Velmi kladně hodnotí přístup své partnerky k úrazu, který prodělal. Na dobu, kterou strávil na Spinální jednotce při FN v Brně, si nepamatuje. Přítomnost své ženy začal vnímat až po měsíci, v době, kdy byl převezen na rehabilitační oddělení a začal postupně rehabilitovat na lůžku. Tehdy byl schopen krátké koncentrace pozornosti, komunikoval pouze tichým hlasem, nesrozumitelnost stěžovala obtížná motorická koordinace v oblasti orofaciálního svalstva.

Martin si uvědomoval odkázanost na lůžko, nedokázal se smířit s myšlenkou, že po zbytek života bude potřebovat pomoc druhé osoby. Nedokázal si představit, že se samostatně nenají, neobstará si základní hygienické potřeby, nedorozumí se s ostatními lidmi.

Manželka mu v této situaci nejvíce pomohla svým přístupem. Dle jeho slov: *„Byla prostě se mnou. Někdy mě jen držela za ruku nebo mi vyprávěla o věcech, které prožívá doma a v práci. O tom, co se mi stalo, jsme spolu moc nemluvili. Často mi četla z novin nebo*

³ Obratel Th6 je šestý obratel hrudní části páteře. Při jeho poškození může docházet k poruchám trávení, k žaludečním potížím a k pálení žáhy. Obratel TH7 je sedmým obratlem hrudní páteře, který ovlivňuje dvanácterník, slinivku břišní, slezinu, žaludek a ústa.

z časopisu. Do nemocnice přinášela fotky, takže jsem věděl, co se doma děje, jaké jsou změny a tak.“

V dubnu roku 2014 byl převezen do Rehabilitačního ústavu Hrabyně. Pociťoval touhu po cvičení, sílu, nabuzení a především disponoval obrovskou dávkou naděje a energie. Za svůj hlavní cíl si stanovil zlepšení motoriky v oblasti dolních končetin. Martin konstatuje, že z rehabilitačního ústavu si přeje odejít o berlích.

Narušenou komunikační schopnost v květnu 2014 nepokládá v rámci rehabilitace za primární, ačkoli mu zde byla klinickým logopedem diagnostikována **kombinovaná (smíšená) dysartrie**. Odborná lékařská zpráva týkající se jeho zdravotní stavu obsahovala následující: **centrální spastická paraparéza dolních končetin s neurogenním močovým měchýřem a rectem na podkladě inkompletní míšní léze.**

Dle jeho slov slyší, že mluví příliš potichu a zdlouhavě, dále udává, že srozumitelnost mluvního projevu je zhoršena vlivem nesprávné a nedokonalé artikulace. Uvědomuje si, že při projevu vypadá jinak než před nehodou. Avšak s naprostou jistotou konstatuje, že pohyb mu zajistí samostatnost. Je odhodlaný rehabilitovat, zlepšovat se, touží po výsledcích.

6.1.1 Navázání kontaktu, první setkání s panem Martinem

Do místnosti, která je určena k realizaci skupinových logopedických terapií pro klienty rehabilitačního ústavu, přicházíme asi o třicet minut dříve. Místnost je velká, akusticky vyhovující, dostatečně osvětlená, neboť disponuje několika velkými okny. V neposlední řadě je místnost bezbariérová s možností použití sociálního zařízení. Po příchodu a převlečení se do pracovního oděvu se věnujeme přestavbě židlí ve zmíněné místnosti tak, abychom vytvořili prostor pro seskupení klientů do kruhu.

Zároveň připravujeme hudební nástroje, mezi které patří saxofon a africké djembe. Tyto typy hudebních nástrojů jsme pro první setkání s klienty zvolili záměrně. Vsadili jsme na nevšednost, nápadnost a diametrální odlišnost.

Velké posuvné dveře se otevřely asi o patnáct minut dříve, než mělo první setkání začít. Na vozíku přijíždí muž mladšího věku, kterého doprovází výrazný parfém. Na sobě má pohodlné sportovní oblečení, na nohou tenisky. Po příjezdu do místnosti naváže útržkovitý zrakový kontakt a spontánně se usmívá. Pozdraví s náznakem ostychu a věnuje se prohlížení hudebních nástrojů, které jsme v místnosti vystavili do stojanů.

Při prohlížení nástrojů se nervózně rozhlíží po místnosti a častěji si odkašlává. Komentuje: „A to budeme jako zpívat?“ Autorka práce odvětlí: „Chcete? Jakou posloucháte

hudbu?“ Pan Martin se rázem rozpovídá. Popisuje nám hudební styly, které mu imponují, a zvláště zmiňuje negativní postoj k příliš hlučné hudbě „diskotékového“ typu. Jeho řečový projev je nápadný ztíženou artikulací a narušeným koverbálním chováním. Hlas pana Martina je tišší, sedíme na židli blízko něj tak, abychom byli v jeho úrovni, se snahou o nenarušení osobní zóny klienta a udržováním zrakového kontaktu. Do projevu nevstupujeme, zdá se, že muž má o komunikaci zájem. Jeho monolog nedobrovolně končí při příchodu ostatních klientů.

V rámci prvního setkání klientům vysvětlujeme důvod realizace diplomové práce a věnujeme jim dostatečný prostor k otázkám, který během závěrečné diskuze plně využívají.

Pan Martin se nás doptává na osobní údaje, jako je věk, rodinný status, děti, bydliště. Nečeká na dokončení odpovědi na položené otázky, během doptávání se je neklidný a zřejmě nervózní. Zrakový kontakt již navazuje spíše sporadicky, jeho projev doprovází častý smích bez zadaného podnětu. Velmi jej upoutal saxofon, snaží se navázat konverzaci na toto téma i po ukončení prvního setkání. Odchází se slovy, že příště určitě přijde.

6.1.2 Popis projevů pana Martina při skupinových logopedických terapiích

Z pozorování a spontánních projevů klienta můžeme usuzovat, že prvotní nejistota a obavy z přítomnosti cizí osoby opadly poměrně v rychlém časovém sledu. Po druhém skupinovém setkání muž působil uvolněně, bez napětí. Zrakový kontakt již navazoval kvalitně. Ve vztahu terapeut – klient bylo nutné nastavení mantinelů a potřebných hranic, jelikož ze strany klienta bylo patrné osobní zaujetí pro terapeuta. Signálním momentem bylo kladné hodnocení jarních šatů terapeuta, nošení malých pozorných dárků, neefektivní přílišná snaha a motivace, která se projevovala během aplikovaných cvičení.

Klientův přístup a aktivita v rámci společných setkávání byla tedy výrazně ovlivněna osobním postojem a individuálním zaujetím. Ve skupině se projevoval spontánně, často rozpoutával debaty, vyrušoval svým smíchem, snažil se docílit pozornosti. K ostatním klientům si vztah nevytvořil, komunikoval výhradně s terapeutem. Své osobní úspěchy měl potřebu sdělovat ihned, s očekáváním pochvaly, hodnocení. Kritiku přijímal velmi negativně, často se uzavřel a byl pasivní. V rámci aplikovaných cvičení se aktivně účastnil bez významných obtíží, ovšem s častým komentováním.

Z hudebních nástrojů mu nejvíce imponoval saxofon, který toužil mít postavený blízko sebe. Při hře terapeuta na saxofon klient často zavíral oči, jeho hlava byla uvolněně svěšena směrem dolů, ruce byly volně položeny na klíně. Po doznění skladby téměř vždy vyžadoval

ticho (okřikoval ostatní klienty, snažil se o zacpání ušních boltců). Aplikovanou hudbu toužil slyšet znovu, byť po uplynutí patnácti minut. Na názvy písní a melodií se často doptával, po prvním měsíci setkávání si na skupinová setkání přinášel malý papírový bloček s prosbou o napsání názvů písní, které v den terapie budeme aplikovat.

Při použití přefukované píšťaly byla zřetelná snaha o dominanci ve skupině. Jeho výkony byly ovlivněny touhou být lepší než ostatní. Při slyšitelném úspěchu byl radostný, aktivní. Při neúspěchu v porovnání s ostatními klienty byl apatický, oploštělý a pasivní.

Africké djembe klient přijal velmi pozitivně, jelikož během rytmických cvičení účastníci pracovali ve dvojicích tak, že první z dvojice zadal zabubnováním rytmus, který měl druhý klient korektně zopakovat. Při těchto úkonech cítil pan Martin možnost zazářit, „být lepší“ než ostatní, upoutat pozornost. Při jeho aktivní účasti šlo především o snahu zavděčit se terapeutovi.

Klient se účastnil všech uskutečněných setkání. Ze závěrů pozorování nejlépe reagoval na relaxační skladby (Enya – May it be, Enya – Only time, Vangelis – Conquest of Paradise, Aventura – El Malo, R. Kelly – I Believe I can fly, Roxette – Vulnerable, Marika Gombitová – Vyznanie, Karel Svoboda – Do věží, J. S. Bach - Air), upřednostňoval poslech spíše pomalých, rytmických písní, jejichž melodie byly bez výrazných a náhlých změn.

Vůči moderním písním zaujal spíše negativní postoj, který obhajoval slovy, že ho z moderní hudby bolí hlava. Klasický repertoár odmítal z důvodu asociací na své prarodiče, se kterými se delší dobu neviděl. Tyto písně v něm evokovaly vzpomínky na domov a rodinu, která mu schází.

6.1.3 Rytmizačně pohybová cvičení

Veškerá aplikovaná cvičení, při kterých bylo potřebné zapojit pohyb, zvládal pan Martin velmi dobře. Spolupracoval ochotně, bez pozornostních výkyvů či narušování kolektivu. Snažil se o nastolení ticha a příjemné atmosféry (okřikl ostatní, ke kolegům byl nápomocný například tím, že jim podal hudební nástroj). Cítil se sebejistě zřejmě proto, že jeho horní končetiny vykonávaly chtěné, cílené pohyby. Po úrazu zůstaly jeho ruce intaktní, bez omezení hybnosti.

Ve skupině patřil v rámci rytmizačně pohybových cvičení mezi klienty s lepšími výsledky. Během skupinových logopedických terapií se často sám na tato cvičení doptával a těšil se na jejich aplikaci, z čehož můžeme vyvozovat zájem o tyto činnosti, motivaci a jejich oblibu. Suverénní vystupování projevoval při práci s africkými bubny. Zadaný rytmus

dokázal zabubnováním bezchybně zopakovat, a to i bez vizuální kontroly. Jeho motivace vzrostla při zadání rytmu účastníkem terapie.

Jelikož pan Martin postupem času věděl, že v těchto cvičeních ve skupině dominuje, velmi rád tímto faktem argumentoval vše, co se mu v jiných cvičeních nedařilo.

Z osobního dojmu vidíme velké pozitivum v tom, že rytmizačně pohybová cvičení mohla být realizována ve skupině. V konkrétním případě pana Martina byla práce ve skupině velkým přínosem z toho důvodu, že ostatní členové se pro něj stali motivací k podání lepších výsledků.

6.1.4 Artikulační cvičení

Postoj pana Martina k různým druhům artikulačních cvičení byl negativně ovlivněn jeho přístupem a postojem. Uvědomoval si, že jeho artikulace je hůře srozumitelná, nepociťoval zlepšení ani náznak úspěchu. Pracoval spíše pasivně. Cviky prováděl na 50 %, během cvičení pozoroval ostatní klienty, se kterými se zřejmě porovnával.

Osvědčilo se využití vhodné motivace klienta, která jeho výkon podpořila. Častokrát stačilo kladné slovní hodnocení či připomenutí zlepšení nebo ocenění snahy. Bohužel uvedené typy slovní motivace klientův výkon ovlivnily jen na několik málo minut. Pokud jsme se artikulačním cvičením při skupinové logopedické terapii věnovali po cvičeních, ve kterých klient zažil úspěch, byl viditelně aktivnější a snaživější.

Jeho artikulace byla nepřesná, snad největší problémy mu dělala výslovnost hlásek, při kterých je podstatná korektní elevace jazyka. Registrovali jsme také neadekvátní výslovnost exploziv a frikativ.

6.1.5 Dechová a fonační cvičení

Ze subjektivního pozorování můžeme usuzovat, že projevená aktivita pana Martina při dechových a fonačních cvičeních byla daleko větší s využitím přefukované píšťaly. Sám se o zmíněný hudební nástroj zajímal, vyptával se na něj. Při práci s píšťalou byl koncentrovaný, trpělivý a výrazně zaujatý. Nerad pracoval s píšťalou jako poslední ve skupině, práci rád zahajoval s domněním, že ostatním klientům předvede „správnost dýchání“.

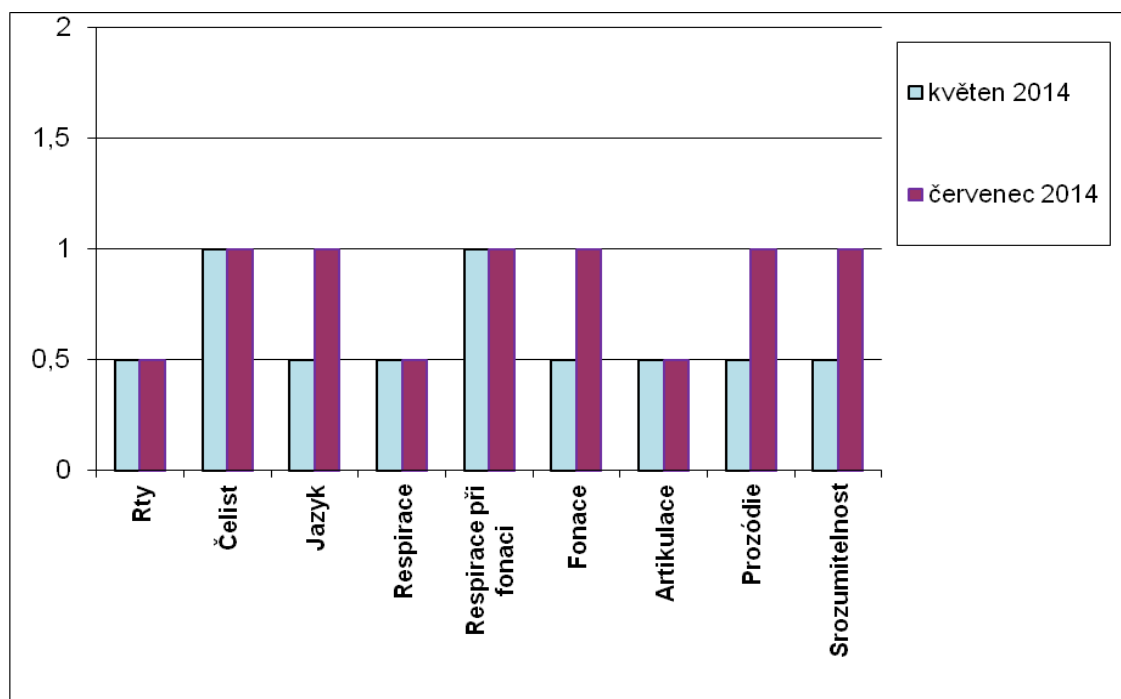
Ačkoli u pana Martina došlo následkem úrazu k poranění hlasivky, jeho hlas byl dyšný a slabý, přesto pracoval zodpovědně s cílem zlepšit se. V těchto cvičeních jsme neregistrovali demotivaci klienta, únavu či potřebu ohodnocení. Pracoval samostatně s osobním zaujetím i přes častou hlasovou vyčerpanost a únavu.

6.1.6 Nácvič větné intonace

Prozodické faktory řeči jsme trénovali s využitím různých hudebních melodií, jejichž celky se snažili klienti správně zopakovat. Posléze jsme aplikovali graficky znázorněné části slov. V těchto cvičeních jsme kladli důraz na expresi ve skupině, která dělala panu Martinovi problém, zřejmě z toho důvodu, že opět pociťoval dopad získané dysartrie, která nápadně zasahovala i modulační faktory řeči. Jeho řeč byla monotónní, tempo řeči pomalé, frázování spíše kratšího charakteru.

Schopnost projevit se ve skupině s uvědoměním si svých nedostatků opět negativně ovlivňovala klientův výkon. V projevech pana Martina scházela spontánnost. Z výsledků pozorování se můžeme domnívat, že byl spíše sevřený, nervózní a nejistý.

Graf č. 1: Výsledky pana Martina (květen 2014 x červenec 2014)



Vyhodnocení dat:

Pan Martin se v žádném z úkonů nezhoršil. Mírné zlepšení pozorujeme v oblasti jazyka fonace, prozódie a celkové srozumitelnosti řeči. Ve zbylých pěti zkoumaných oblastech zůstal jeho výsledek stejný, zlepšení nebylo zpozorováno (stejný výsledek 5x, zlepšení 4x).

6.2 Narativní případová studie – pan Roman, 32 let

Ženatý, bezdětný, tehdy čtyři měsíce zaměstnaný muž utrpěl před čtrnácti měsíci vážný pracovní úraz. Pan Roman pracoval jako svářeč u nejmenované firmy. Pád ze střechy ve výšce 17 metrů přežil s vážnými následky. Po pádu byl okamžitě převezen na ARO, kde mu byla diagnostikována kontuze mozečku, pneumocephalus s týlní fissurou. Následkem pádu utrpěl zlomeninu jedenáctého⁴ a dvanáctého hrudního obratle⁵ spolu se zlomeninou třetího bederního obratle⁶. Na ARU mu byla následně provedena stabilizace páteře, velký vliv na prožívání chování a vnímání pana Romana měl diagnostikovaný organický psychosyndrom.

Asi po měsíci v brněnské nemocnici byla muži zavedena epicystostomie, po které následovalo neurologické vyšetření se závěrem: **periferní paréza n. facialis a n. hypoglossus l. dx⁷, s parézou levé horní končiny a paraplegií dolních končetin. Dle lékařské dokumentace byla panu Romanovi diagnostikována bulbární dysartrie.**

Po přijetí na spinální jednotu se psychický stav pana Romana výrazně zhoršil. Byl plačtivý, apatický, vystrašený, nejistý sám sebou. Psychiatrem mu byla poskytována odborná péče a byla mu nasazena pravidelná medikace formou antidepresiv. Rodina pana Romana se jej snažila podporovat. Jejich péči však odmítal, preferoval samotu a ticho. Až ve třetím týdnu pobytu na spinální jednotce se pan Roman setkal s klinickým logopedem, jelikož dříve veškerou péči, při které by musel vyvíjet aktivitu, odmítal. Byla mu diagnostikována dysartrie s dysfonií při nedomykavosti hlasivek a porucha kognitivních funkcí.

Když byl v květnu 2014 převezen do Rehabilitačního ústavu Hrabyně, zaujímal spíše negativní postoj a těšil se na odchod domů. V jeho představách bylo odejít po vlastních nohou. S manželkou udržoval kontakt sporadicky, avšak zmiňoval, že se jejich manželský vztah zlepšil. Více informací o svých soukromých věcech nesdělával.

⁴ Obratel Th 11 je jedenáctý obratel hrudní páteře, který může ovlivňovat zažívání, kožní problémy, také vyvolává nízkou sebedůvěru a podněcuje strach ze vztahu k lidem.

⁵ Obratel Th 12 je dvanáctým obratlem hrudní páteře, který ovlivňuje činnost tenkého střeva lymfatické soustavy. Může způsobovat nadýmání, revma a neplodnost.

⁶ Obratel L3 je třetím obratlem ovlivňujícím pohlavní orgány, močový měchýř a kolena. V psychických projevech může jedinec pociťovat nenávisť k sobě samému, nejistotu. Pro jednání je typická delší doba zpracování informace.

⁷ Nervus facialis – lícní nerv (n. VII), nervus hypoglossus – podjazykový nerv (n. XII), poškozený vpravo

6.2.1 Navázání kontaktu, první setkání s panem Romanem

Na vozíčku přijíždí velmi nejistě a ostýchavě muž, který odpovídá na pozdrav mírným, téměř nezatelným pokývnutím hlavy. Jeho příjezd do společné místnosti je spíše pomalý, sekaný. Velmi nápadné jsou oční pohyby pana Romana, kterými zrychleně těká po místnosti, zřejmě tak zjišťuje aktuální situaci. Jelikož je v místnosti pouze jeden klient, kterého muž evidentně nezná, směr vozíku udává na opačnou stranu místnosti. Po nalezení vhodného místa sedí téměř nehybně v jedné poloze, jeho hlava je sklopená. Následuje několikačetné otevírání dveří, jelikož do místnosti přichází/přijíždí další klienti. Ani tento fakt pana Romana nepřinutí k tomu, aby svůj zrak upřel na posuvné dveře. Svou pozornost soustředí pohledem na mobilní telefon, který má zavěšený na šňůrce visící na krku.

Hudební nástroje jeho pozornost neupoutaly, byť jsou v místnosti vystaveny a ostatní klienti jim věnují značnou důležitost a obdiv.

Navázání kontaktu s panem Romanem je obtížné, z jeho postoje a vyzorovaného chování jsou patrné známky nejistoty a demotivace k činnosti. Jeho mluvní projev nebylo možné hodnotit, jelikož po celou dobu prvního setkání mlčel. Na vyzvání neodpovídal, při položení uzavřených otázek ukázal rychlým neplynulým pohybem levé ruky na kolegu sedícího vedle něj, zřejmě se záměrem předání slova.

Muž o společnou komunikaci nejevil zájem. Při společné konverzaci s ostatními klienty měl stále sklopenou hlavu nebo svůj pohled zaměřil k oknu.

Když při prvním setkání byla klientům nabídnuta možnost pokládání otázek, pan Roman mlčky pozoroval okolní dění. Z pozorování můžeme usuzovat, že porozumění řeči zůstalo intaktní, neboť při vtipných odpovědích muž vykazoval známky smíchu.

Všechny své volní projevy vykonával velmi opatrně, ostýchavě. Zdálo se, že hlídá, zda někdo z ostatních klientů jeho výkon nepozoruje či nehodnotí. Po ukončení prvního setkání se mohou zúčastnění naprosto dobrovolně a svobodně rozhodnout, zda se skupinových terapií budou nadále účastnit. Každému z nich byl rozdán papír k podpisu s informovaným souhlasem. Muž, jehož projevy byly po celou dobu prvního setkání spíše negativistické, suverénně přijímá psací náčiní, papír zbrkle, nedbale a rychle podepíše... a odjíždí.

6.2.2 Popis projevů pana Romana při skupinových logopedických terapiích

Po prvním setkání s mužem, který nebyl schopen navázat kvalitní zrakový kontakt, který působil znechuceně a bez zájmu, apaticky, nastalo velké překvapení v momentě, kdy

naprosto odhodlaně podepsal svou dobrovolnou účast při logopedických skupinových terapiích. Obavy, zda na příští termín setkání opravdu dorazí, byly veliké, avšak naše radost byla ještě větší. Pan Roman přišel, přišel na všechna setkání.

Jeho pasivita trvala zhruba tři týdny. V místnosti seděl vždy na stejném místě, u okna. Jeho pohledy skrz okenní sklo byly nekonečné, zdálo se, jako by byl nepřítomný. Na oslovení reagoval přikývnutím hlavy či gestikuloval. Jeho adaptační potíže se zlomily ve chvíli, kdy vyzoroval, že ostatní klienti mají obtíže při různých typech aplikovaných cvičení.

Z pozorování vyplynulo, že obavy z nedokonalostí (nesrozumitelnost řeči, chyby v mluvním projevu), které doprovázelo především uvědomování si svého handicapu, pana Romana výrazně determinovaly. Usuzujeme, že strach z neúspěchu muže ovlivňoval natolik, že potřeboval delší dobu k tomu, aby získal odvahu k spontánnímu projevu.

Při diagnostikování formou Testu 3F byl pan Roman velmi ochotný ke spolupráci. Jeho reakce byly prováděny bez latencí, byl uvolněný, usměvavý. Při neúspěchu reagoval neadekvátně, často bouchal pěstí do stolu nebo do opěradla vozíku, svou dlaní překrýval obličej nebo jen nehybně koncentroval své náramkové digitální hodinky.

Po uplynutí tří týdnů se muž ve skupině začal projevovat více otevřeně. Aktivita v rámci společných cvičení byla vyvíjena dle vlastní motivace či zaujetí pro danou věc. Srozumitelnost mluvného projevu byla spíše zhoršená, nejistá. Pan Roman preferoval uzavřené otázky, na které dokázal adekvátně odpovídat. Atmosféru společných setkání často narušoval jeho smích, kterým komentoval neúspěchy ostatních účastníků.

Jeho chování působilo infantilním dojmem. Byl velmi aktivní a soustředěný, pokud měl možnost předložená cvičení vykonávat tzv. „za něco“. On sám často navrhoval výše popsanému klientovi (pan Martin) „pivní“ odměnu. Nastavil tedy pravidlo, které spočívalo v tom, že ten, jehož výsledky budou neúspěšné, musí pozvat úspěšnějšího kolegu na pivo. Tato interní domluva, kterou si muži mezi sebou nastavili, fungovala opravdu přesvědčivě.

Jako pozitivum vidíme také to, že zmínění pánové k sobě našli určitou cestu. Velmi často na společná setkání přijížděli společně, používali stejný humor a jako jediní si tykali.

Pan Roman z hudebních nástrojů nejvíce inklinoval k saxofonu. Při hře terapeuta na zlatavý hudební nástroj měl často sevřené dlaně, zavřené oči a otevřená ústa. Výrazné rytmické pohyby vykonával pohybem hlavy ve směru vpřed a vzad. Byl velkým kritikem, co se týče hudebních stylů. Ty, které jeho uchu nevyhovovaly, odsoudil, zavrhoval. Byla to veškerá relaxační hudba, blues, a především písně českých zpěváků či zpěvaček.

Dokázal jejich interpretaci narušit vulgárním vyrušováním, posměšky, klepáním do stolu. Pokud vyzoroval, že se někomu daný typ hudby líbí, vznesl nelibé poznámky.

Mezi hudební styly, které mu imponovaly, řadil například gipsy jazz, reggae a dynamické, velmi rytmické, skladby. Z písní pak: Romeo Santos – Eres Mia, Rihanna – Man Down, Bob Marley – Every little thing gonna be all right, R. Wagner – Jízda Valkýr, A. Bruckner – Symfonie č. 4.

Tyto písně a skladby vyžadoval, dalo by se říci, že o ně doslova prosil. Usuzujeme, že ostatní hudební nástroje, jako africké djembe a přefukovanou píšťalu, odsuzoval zejména proto, že mu nepřipomínaly hudební styl, který měl rád a který měl obrazně vryt v jeho prožívání. Častokrát se zmínil o tom, že jeho otec hrával na klarinet romské písně nebo melodické rychlé skladby. Měl vžito, že dechové nástroje jsou uměním, ostatní typy hudebních nástrojů jsou dle jeho slov „pro baby nebo pro děcka“.

6.2.3 Rytmizačně pohybová cvičení

V rámci těchto cvičení si pan Roman nastavil svá vnitřní pravidla. Ve skupině si vybral dva klienty, proti kterým doslova „bojoval“. Snažil se být lepší než oni. Při cvičeních byl výrazně soustředěný. Při svém vlastním pochybení se v jeho chování objevovaly známky agrese. V těchto situacích reagoval vznětlivě, vulgárně pokřikoval, bouchal do stolu nebo do hudebního nástroje, jindy byl naprosto apatický a předložené cvičení nechtěl dokončit. Při apatii sklopil hlavu dolů, založil své ruce a mlčel. Při úspěchu pracoval velmi ochotně a vstřícně. Jeho sluchová paměť vykazovala nedokonalosti, proto např. při zopakování rytmické sestavy předložené na africké djembe chyboval výrazněji než ostatní klienti.

Výkon pana Romana byl taktéž ovlivněn pozornostními obtížemi v zátěži. Z pozorování vyvozujeme patrnou snahu danou situaci nevzdávat. Pan Roman, ač zažíval značné množství neúspěšných pokusů, bojoval. Koloritem se také stalo rozdělování afrických bubnů mezi klienty, které si vzal pan Roman na starost. Pro sebe preferoval vždy ten největší a zároveň nejtěžší buben s odůvodněním, že je nejlepší, jelikož hrací plocha je nejměkčí a největší. Pravděpodobnost úspěchu byla dle jeho slov desetinásobná.

6.2.4 Artikulační cvičení

Po celou dobu skupinových logopedických terapií jsme při artikulačních cvičeních registrovali zvýšenou stydlivost, nechuť k práci spojenou s vyrušováním, uzavřenost.

Pan Roman předložený cvik okomentoval slovy, že ho už dávno umí, nebo že jej

neumí a nepotřebuje se učit novým věcem. Myslíme si, že na ostatní klienty tento přístup nepůsobil příliš dobře, jelikož chování pana Romana bylo pro ně nezvyklé. Ke cvičením jsme ho nepřemlouvali. Snažili jsme se o vhodnou motivaci a o posílení sebedůvěry. Svých výkonů projevených v kolektivu se bál, především díky svému negativnímu sebehodnocení.

Během použití Dysartrického profilu, kterým jsme testovali narušenou komunikační schopnost zmíněného klienta, byl pan Roman spolupracující, ochotný a klidný. Můžeme tedy usuzovat, že individuální práce s terapeutem mu vyhovovala při těchto cvičeních více než skupinová terapie.

Jeho projevy byly spontánní. Stud a nejistotu vystřídala velmi příjemná spolupráce, která skončila opět ve chvíli, kdy začínala společná skupinová terapie. Nepřesná artikulace bilabiálních a labiodentálních hlásek nepříznivě ovlivňovala celkovou srozumitelnost řeči, orofaciální oblast vykazovala výrazné známky nedokonalosti (jako např. protrakce a elevace jazyka).

6.2.5 Dechová a fonační cvičení

Při těchto cvičeních pracoval pan Roman v mezích normy. Pokud ho předložená aktivita zaujala, byl snaživý, spolupracující a soustředěný. Po dobu náviku fyziologického dýchání, konkrétně při dýchání do břicha, měl nemístné vulgární poznámky, kterými se snažil rozesmát ostatní. Vysloveně čekal na jejich reakce a na napomenutí terapeutem resp. se domáhal pozornosti. S přefukovanou píšťalou pracoval rád, ovšem jsme registrovali časté ovlivnění ostatními klienty. Pan Roman velmi snadno přijímal jejich postoje a tvrzení.

Co se týče koncovky, nedovolil si nespolupracovat, jelikož všichni ostatní účastníci práci s tímto hudebním nástrojem upřednostňovali a často se honosili osobními úspěchy, kterých díky hře na přefukovanou píšťalu dosáhli (např. prodloužení fonace).

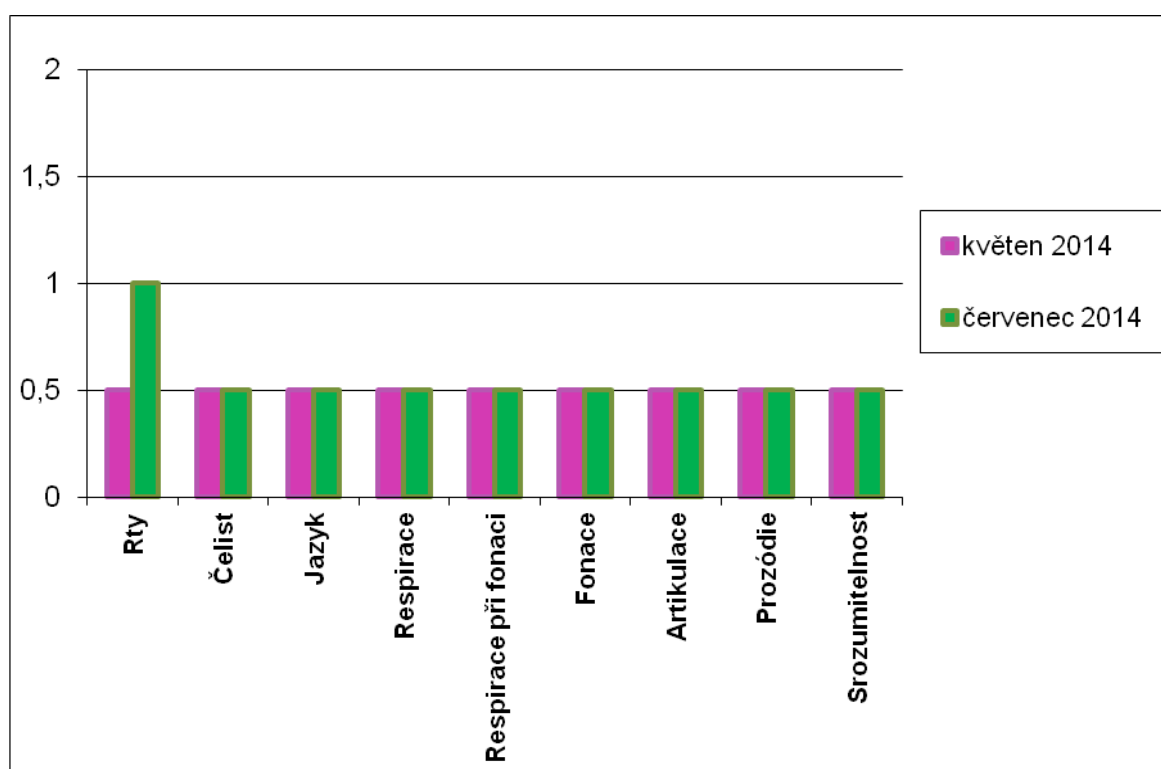
6.2.6 Návik větné intonace

V začátcích společných terapií byl muž spíše tichý, neprojevoval se. Jeho mluvní projev, ve kterém scházely suprasegmentální faktory řeči, si nepřál měnit, tvrdil, že rodina mu rozumí. Zmiňoval, že jeho cílem je postavit se na nohy, popřípadě na berle.

Pozorované výkony byly v začátcích velmi slabé, pan Roman měl potíže při změnách hlasu, nedodržel adekvátní tempo řeči, během mluvního projevu se často, slyšitelně nadechoval.

Postupem času byl pan Roman aktivnější a snaživější. Myslíme si, že se opět nechával ovlivnit ostatními klienty, kteří předložená cvičení akceptovali. I zde hrála jeho nevyrovnanost a stud důležitou roli. V tomto případě si však myslíme, že při skupinové terapii získal možnost porovnání se s ostatními klienty, díky kterým zjistil, že jeho řečové obtíže nesdílí sám. V soukromí např. při testování Testem 3F se doptával, zda mluví lépe, nebo hůře než jím vytipovaný klient.

Graf č. 2: Výsledky pana Romana (květen 2014 x červenec 2014)



Vyhodnocení dat:

Pan Roman se v žádném z úkonů nezhoršil. Avšak k mírnému zlepšení došlo pouze v oblasti rtů. Zbylá cvičení zůstala nezměněná, ke zlepšení ve zkoumaných oblastech nedošlo. Celková srozumitelnost řeči zůstala po třech měsících totožná (stejný výsledek 8x, zlepšení 1x).

6.3 Narativní případová studie – student Jiří, 19 let

Jirka je devatenáctiletý mladík, který v embrietě po vykonané maturitní zkoušce, utrpěl pád z výšky pěti metrů. Následkem pádu došlo k masivnímu krvácení do mozku s dilatací komorového systému. Kvůli nahromaděnému vzduchu v pleurální dutině došlo k pneumotoraxu, na místě mu byla provedena punkční tracheostomie. Student prodělal **zlomeninu dolní čelisti a četné zlomeniny obličejových kostí**.

Po okamžitém převozu do nemocnice mu byla poskytnuta odborná lékařská péče. Chlapec utrpěl **trauma hlavy s poruchou mozečku a mozečkových drah. Klinickým logopedem mu byla diagnostikována mozečková dysartrie**.

6.3.1 Navázání kontaktu, první setkání se studentem Jiřím

Do místností přijíždí na vozíčku s úsměvem na půlce tváře chlapec, který vzhledově působí jako žák základní školy. Je útlé postavy, má krátké plavé vlasy, jeho tvář je hladká, bez známek sekundárních mužských pohlavních znaků, tedy vousů. Kraťasy a tričko s krátkým rukávem vlastní velký tmavě modrý nápis ADIDAS. Na uších má chlapec bytelná červená sluchátka, ze kterých je slyšet hlasitá hudba již od dveří. Všechny v místnosti zdraví stylem: „Čau, čus, čest, zdar“, včetně terapeuta.

Jeho řečový projev je charakteristický nápadnou neplynulostí s dysgramatismy. Projevy pozitivně naladěného mladíka jsou spontánní, až úsměvné. Zrakový kontakt navazuje bez problémů, snaží se zapojit do již probíhající konverzace mezi dvěma klienty. Vzápětí si všímá hudebních nástrojů, ke kterým bez váhání přijíždí na invalidním vozíku. Sluchátka má stále nasazená na uších, reprodukovanou hudbu si palcem zesiluje. U hudebních nástrojů zůstává a jeden po druhém prozkoumává. Ve velmi rychlém časovém sledu se otočí k ostatním klientům a pronese: „Uděláme akci a já budu DJ!“

Kolektiv rozesměje a vzápětí zaměřuje svou pozornost na terapeuta. Jeho zrakový kontakt je útržkovitý, předešlou spontánnost střídá mírná nervozita a postupné ztlumování hudby produkované do velkých sluchátek. Na pozdrav dobrý den odpovídá: „Ahoj“ a přejíždí na druhou stranu místnosti. Po uplynutí několika málo minut je chlapec otevřený, vstřícně komunikuje, usuzujeme, že má o komunikaci zájem.

Velmi dlouho vypráví o hudbě, z čehož můžeme usuzovat, že má hudbu rád. Častokrát se doptává, zda si zahrajeme jím navržené písně. Jedná se především o moderní současné hity, které chlapec poslouchá i ve svých sluchátkách. Při diskuzi o oblíbených interpretech

a písničkách zmiňuje ty, ke kterým se vztahují vzpomínky na kamarády, jako např. pobyt v zahraničí, výlety střední školy, diskotéky, oslavy narozenin. Jeho vyprávění obsahuje slovní redukce, užívá převážně podstatná jména a slovesa. Prozodické faktory řeči jsou neadekvátní, chlapec mluví velmi vysoce postaveným hlasem, podobným fistulovému hlasu. Validitu jeho odpovědí nedokážeme posoudit. Za narušené můžeme považovat také koverbální chování.

6.3.2 Popis projevů studenta Jiřího při skupinových logopedických terapiích

Jirka pracoval vždy velmi ochotně a spolehlivě. Jeho výkony bohužel ovlivňovalo usínání, kterému podlehl minimálně 5x za dobu 60 minut. Jelikož Jirkův mozek prodělal vážné poranění, koncentrace pozornosti a vyvíjení určité činnosti jej vyčerpalo natolik, že nedokázal déle pracovat. Usnutí byla krátká, spíše chvilková. Tyto procesy jsme akceptovali a verbálně jsme se k nim nevraceli. Velmi citlivě jsme navázali na cvičení, které aktuálně probíhalo, a to tak, aby se chlapec mohl bez problému a upozornění na sebe přidat. Znamenalo to tedy, že jsme informaci ohledně zadané činnosti zopakovali ještě jednou, pomalým tempem, všem účastníkům skupinové logopedické terapie.

U chlapce jsme považovali za velmi nutnou kontrolu porozumění zadání či jakékoliv jiné informace. Z pozorování můžeme usuzovat, že Jirka rozuměl spíše konkrétním větám velmi stručného a jasného charakteru. Pokud jsme mu zadali více požadavků než jeden, nepamatoval si je. Narušené koverbální chování si nepřipouštěl, zdá se, že ho ani nepokládal za nápadné. Všimli jsme si také neschopnosti orientovat se v čase a prostoru s nedokonalou pravolevou orientací, problém chlapci činila rovněž diadochokinéza.

Co se týče hudebních nástrojů, připadalo nám, že chlapec neměl vyhraněného favorita. Bylo evidentní, že měl k hudbě vytvořený kladný vztah. Údajně hrál v mladším školním věku na kytaru. Akceptoval všechny hudební styly, i když upřednostňoval moderní současnou hudbu. Při poslechu měl vždy zavřené oči s mírnou spasticitou v oblasti víček, hlavu ukláněl na jednu stranu, ruce měl volně položeny v klíně. Vyžadoval velmi hlasitou hudbu, proto často žádal o zesílení. Myslíme si, že zřejmě z toho důvodu vnímal saxofon velmi pozitivně, imponovaly mu hlasité tóny, které saxofon produkoval. Při skupinových setkáváních si přál sedět přímo u zdroje, tedy u terapeuta. Hlavu nakláněl k hudebnímu nástroji, často jsme jej museli upozorňovat na fakt, že příliš hlasitý poslech hudby není dobrý pro jeho uši.

Během pozorování jsme si všimli, že líbivá a hlasitá hudba jej stimulovala a uklidňovala. Sám tvrdil, že pokud hudbu slyší nahlas, cítí se dobře a nemyslí „na blbosti“.

6.3.3 Rytmizačně pohybová cvičení

Rytmus Jirka vnímal velmi intenzivně a správně, pozitivně reagoval na složitější rytmické sestavy, které bezchybně, avšak v pomalém pracovním tempu při nekoordinovaných pohybech zvládl zopakovat např. hrou na africké djembe. I když používal pouze jednu ruku a zdálo se, že jeho jemná motorika vykazuje nedokonalosti, reaktivita byla téměř vždy překvapivě správná.

O to víc nás Jirkův výsledek překvapil v momentě, kdy se probudil ze svého „chvilkového snu“, a ihned se dokázal zapojit tak, že ve skupině figuroval s těmi nejlepšími výsledky. Úspěchy mladíka ve skupině způsobovaly nevraživost ostatních účastníků, jelikož chlapce považovali za příliš jednoduchého soupeře. Slovo soupeř používáme záměrně proto, že muži ve skupině do všech aplikovaných cvičeních vnesli bojovnost, soupeření, snahu dominovat. Jirka tento postoj zaujal také, a proto si myslíme, že výsledky všech klientů byly výrazně ovlivněny atmosférou ve skupině, kterou si nastavili sami. Na druhou stranu bylo evidentní, že jeden pro druhého se stal pohonným motorem, kterého se snažil výkonově slabší klient porazit, tedy následovat, kopírovat.

Jirkovy spontánní pohyby byly spíše trhané, nekonstantní, neplynulé, s čímž souvisely také žmoulavé pohyby jazyka. Domníváme se, že po aplikaci vhodného hudebního podnětu se mladík více uklidnil, stimuloval, koncentroval. Před zahájením společných skupinových terapií jsme využili jeho sluchátek, do kterých jsme mu pouštěli různé hudební styly. Jirka si velmi rychle oblíbil následující interprety, které vyžadoval, a tvrdil, že když slyší množství hudebních nástrojů najednou, má husí kůži - z oblíbených interpretů a skladeb preferoval: Bran - L'artilleur, Bran – Ihala, Clannad - I Will Find You (The Last of the Mohicans), Capercaillie - Roses And Tears, Sara Gazarek - Return To You, Willy Wonka – Maiden Voyage. Jirkův výběr se opíral o keltské písně, jazzové rytmy a náročné rytmické skladby, které mu z neznámých důvodů imponovaly.

6.3.4 Artikulační cvičení

Při artikulačních cvičeních jsme u chlapce nepozorovali známky studu či nejistoty. Předložená cvičení opakoval ochotně, bez latencí, v pomalém pracovním tempu. Po zadání informace, která byla složitější (více souvětí s více požadavky), úkolu neporozuměl. Mnohem kvalitněji zadání pochopil po názorné ukázce terapeuta, tedy s vizuální oporou.

Málokdy jej rozhodila atmosféra ve skupině, např. posměšky klientů, vyrušování,

pokládání dotazů. Cvičení se snažil dokončit. Jeho sebehodnocení bylo neadekvátní, jelikož si myslel, že předložené aktivity zvládá bez výrazných obtíží. Při použití logopedického zrcadla byl k sobě kritický, pravdivější a více motivovaný k vlastnímu výkonu.

Jeho výslovnost byla nezřetelná, artikulační pohyby byly prováděny s přílišnou silou a námahou v pomalém pracovním tempu. Zaregistrovali jsme protahování určitých hlásek či celých slov. Chlapcovo orofaciální svalstvo vykazovalo známky hypotonie.

6.3.5 Dechová a fonační cvičení

Bylo zřejmé, že chlapec má k hudebnímu světu velmi blízko, využití přefukované píšťaly při dechových cvičeních bylo pro něj něčím vzácným, novým a zajímavým. V momentě, kdy mu terapeut píšťalu přidržoval u úst tak, aby do ní mohl chlapec fouknout, jsme upozorovali zvýšenou spasticitu horních končetin, především dlaní a prstů. Jeho zaujetí způsobovalo zpočátku zčervenání, napětí a velké emotivní prožívání, které doprovázel hlasitý smích či kývání ze strany na stranu.

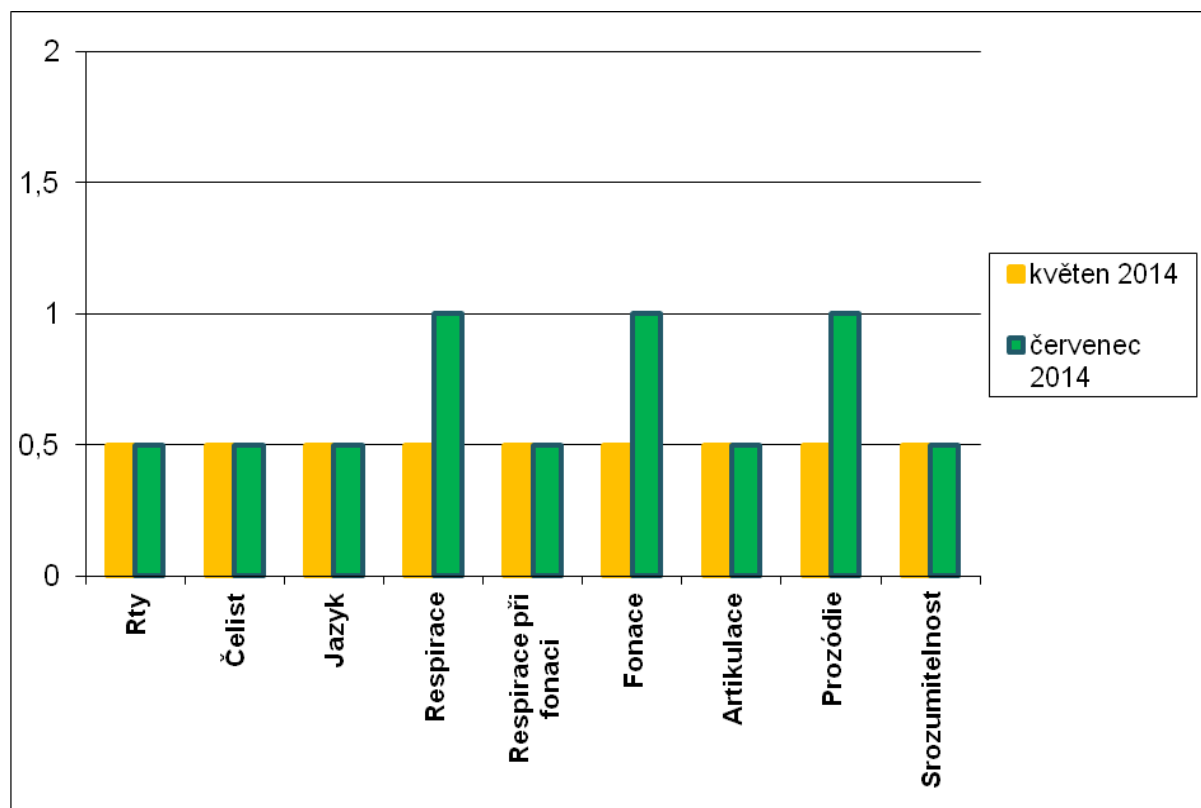
Po uplynutí několika setkání byl Jirka jistější, jeho projev byl více kontrolovaný, klidnější. Pokud se mu dařilo hrát na píšťalu delší dobu, během které si svou aktivitu uvědomil, znejistil, přestal hrát a hlasitě se po dlouhou dobu smál. Při hře na koncovku jsme zaznamenali neadekvátní pohyby břicha a hrudníku.

6.3.6 Nácvik větné intonace

Jelikož Jirkovy modulační faktory řeči obsahovaly četné nedokonalosti, jeho řečový projev způsoboval u ostatních klientů, kteří se terapií účastnili, neadekvátní reakce. Jirka hovořil s důrazem při každé vyslovené slabice, rytmus jeho řeči měl stoupavou tendenci, hlasová síla byla nadměrná.

Na chlapcův řečový projev ostatní reagovali smíchem a snahou o napodobení. Při mutaci, která se v mluvním projevu také projevovala, docházelo k opětovným úsměvům a nevhodným pošklebkům. Chlapcův výkon to překvapivě ovlivnilo velmi pozitivně. Reagoval tak, že se začal více snažit a soustředit. Jeho snaha podat adekvátní výkon byla evidentní, motivace mnohdy přehnaná. Na posměšky a úšklebky nereagoval, čímž samostatně dokázal to, že klienti na jeho řečový projev postupně přestali reagovat. I v tomto směru spatřujeme velký vliv skupinové terapie, protože v této situaci účastníci přispěli k podání lepšího výsledku, ač nevhodným způsobem.

Graf č. 3: Výsledky studenta Jiřího (květen 2014 x červenec 2014)



Vyhodnocení dat:

Jiří se v žádném z úkonů nezhoršil. Zlepšení pozorujeme ve schopnosti respirace a fonace, ačkoli respirace při fonaci zlepšení nevykazuje. Mírné zlepšení také zaznamenává prozódie. Srozumitelnost řeči zůstává nezměněna. V ostatních zkoumaných oblastech nebyly registrovány změny, k zlepšení tedy nedošlo (stejný výsledek 6x, zlepšení 3x).

6.4 Narativní případová studie - paní Markéta, 57 let

Usměvavá, vždy upravená vdaná pedagožka, matka tří dětí disponovala jednou krásnou, dnes již nevšední vlastností – vždy dokázala ocenit snahu terapeuta, při setkáních nám poskytovala zpětnou vazbu na zvolené terapeutické techniky, dokázala ohodnotit přípravu terapeutických sezení, nešetřila poděkováním a vlídným slovem. Žena prodělala v březnu roku 2014 ischemickou cévní mozkovou příhodu, způsobenou masivním trombofilním stavem, jehož nález byl v pravé části plic, a jeho uvolnění způsobilo ucpaní mozkové tepny. **Pacientce byla odborným lékařem diagnostikována na následky CMP pravostranná hemiparéza s přidruženou parézou n. facialis na pravé obličejové části. Narušená komunikační schopnost ženy byla diagnostikována již na lůžkovém oddělení FNO se závěrem: spastická dysartrie.**

Ve fakultní nemocnici v Ostravě, do které byla žena převezena po velkých bolestech hlavy, které charakterizovala jako nepřestávající obtíže s gradující tendencí a častými pocity na zvracení, jí bylo neodkladně provedeno angiografické vyšetření.

Paní Markéta zmínila také neschopnost cílených pohybů pravého oka a téměř bezmocnost řečové produkce. Barvitě, se znatelnými rozpaky ve tváři a slzami v očích vypráví: *„Pusa mě neposlouchala, chtěla jsem zavolat na manžela – Oldo!, ale rty jsem nenašpulila. Věděla jsem, že je zle. Hodně jsem brečela a bála jsem se nejhoršího.“*

6.4.1 Navázání kontaktu, první setkání s paní Markétou

Nesymetrický úsměv určitým způsobem zdobil pobledlou, mírně vrásčitou tvář útlé ženy, která svým zvonivým smíchem dokázala rozesmát i zatrpkle sedící muže ve skupině. Usmívala se při úspěchu i neúspěchu, v bolesti i v nepohodě. Hned na začátku společných setkání byla paní Markéta velmi otevřená, milá a snaživá. Seznámení s touto ženou proběhlo plynule, nenásilně. Zdálo se nám, že vztah mezi terapeutem a klientkou byl navázán v rychlejším časovém sledu než s ostatními účastníky terapie. Příčinu rychlého odbourání bariér a okamžitou schopnost spolupráce shledáváme v tom, že paní Markéta byla jedinou ženou ve skupině. Při navázání kontaktu s terapeutem byla patrná větší spontánnost a přirozenost. Usuzujeme, že se jednalo o souznění ženského pohlaví.

6.4.2 Popis projevů paní Markéty při skupinových logopedických terapiích

Žena k ostatním klientům, mužům, ve skupině přistupovala spíše odmítavě. Na jejich otázky reagovala holými větami tak, aby odpověděla stručně a krátce. Připadalo nám, že komunikační proces ji znejišťuje a snaží se z něj rychle utéci. Ve skupině sama dialog nikdy nenavázala.

Při společné práci se vždy aktivně účastnila, snažila se svým trpělivým přístupem akceptovat narážky a poznámky ostatních klientů, kteří se navzájem často popichovali. K paní Markétě však nikdy nevznesli žádnou poznámku. Svou oporu hledala u terapeuta, častokrát se dotazovala, zda cvičení provádí správně, požadovala hodnocení a zpětnou vazbu. Na neúspěch reagovala vyrovnaně se snahou a velkou pílí zlepšit se.

K hudebním nástrojům pociťovala respekt a obdiv. Při společném rozhovoru nám sdělila, že pokud slyší tóny a melodie známých písní, pociťuje velkou touhu vstát a začít vesele tančit. V mládí se věnovala tanci standardních tanců, a proto měla velmi blízko k hudbě vážného charakteru.

Paní Markéta nikdy žádnou hudbou neopovrhovala, byla otevřena všem hudebním stylům a častokrát se zpětně dotazovala na názvy písní, které jsme během setkání použili. Žena si na terapie přinášela sešit v pevných deskách, do kterého si přála zapisovat preferované interprety a názvy písní. Poté úkolovala své děti s přáním nahrání skladeb na flash disk, díky kterému po připojení k počítači mohla oblíbené melodie poslouchat v prostředí rehabilitačního ústavu. Mezi preferované písně sama řadila: Bedřich Smetana – Vltava, Petr Iljič Čajkovskij – Labutí jezero, Enya – May it be, Enya – Only time, Johann Strauss – Na krásném bílém Dunaji, Johann Strauss – Vídeňský valčík, J. S. Bach – Air, A. Vivaldi – Čtyři roční období, L. Boccherini – Menuet, Ladislav Kubeš – Římovský můstek, Adam Hudec – Padá rosa padá, Romeo Santos – Eres Mia, Marta Kubišová – Nechte zvony znít, Karel Gott – Je jaká je, Jiří Schellinger – Šípková Růženka.

6.4.3 Rytmizačně pohybová cvičení

Pohyby ženy byly výrazně omezeny z důvodu pravostranné hemiparézy. Při většině cvičení potřebovala dopomoc, na kterou reagovala vstřícně až s přehnaným vděkem.

Zdálo se, že vnímání rytmu bylo narušené. Paní Markéta nedokázala zopakovat ani jednoduché rytmické sestavy, její reaktivita byla prováděna s nápadnými latencemi a významnou chybovostí. Problémy a nejistotu jsme registrovali především v úkonech jemné

motoriky. Při opakování rytmické sestavy do djembe bubnu, která měla charakterizovat „mírné mrholení“, klouzaly její prsy po velké rovné ploše hudebního nástroje a požadovaný zvuk byl nahrazen nezřetelným škrábáním.

V důsledku tvarové laterality používala k úkonům levou ruku, byť doposud byla zvyklá na dominanci pravé ruky a pravého oka. Její pohyby působily nekoordinovaně, neplynule a nejistě. Bylo zřejmé, že si na práci levou rukou zvyká a všechny pohyby se pomalu a poctivě učí.

6.4.4 Artikulační cvičení

Narušená artikulační obratnost a nepřesná artikulace konsonantů pro paní Markétu nevytvářely bariéry při společném cvičení. Její řečová produkce byla prováděna při výrazně pomalém tempu řeči. Nepozorovali jsme stud ani nechuť k spolupráci, její snaha byla evidentní a touha po úspěchu taktéž. Ačkoli se mohlo zdát, že se jí vybraná cvičení nedaří napodobit, byla velmi trpělivá a pozitivní. Sdělila nám, že je velmi ráda za možnost znásobení času, ve kterém se může artikulačním cvikům věnovat. S klinickou logopedkou trénovala vždy v dopoledních hodinách a při skupinových setkáních si cvičení opakovala.

Z pozorování můžeme usoudit, že artikulační cvičení byla prováděna důkladněji bez využití logopedického zrcadla. Při sledování svého obličeje se zdála být klientka hůře soustředěná. Jakýkoli rušivý element, jako například zaklepání na dveře či zazvonění mobilního telefonu, ji v činnosti omezil tak, že delší dobu nedokázala koncentrovaně pracovat.

6.4.5 Dechová a fonační cvičení

Na dechových cvičeních jednoduššího charakteru se žena podílela s chutí a motivací. Při těžším výběru a vlastním neúspěchu se usmívala a v činnosti dále nepokračovala. Dlouze se dívala do očí ostatním klientům a pozorovala je při práci. Její hlas byl spíše chraptivý, nezřetelný, k jeho tvorbě bylo potřebné úsilí, o které se žena zřetelně pokoušela.

Zajímavé bylo pozorovat její neadekvátní chování, které zahrnovalo negativismus k určitým cvikům bez toho, aniž by se o cvičení alespoň pokusila. Svou nečinnost obhajovala tím, že si potřebuje odpočinout, protože se cítí „vyčerpaně“. Tuto větu používala vždy u stejných činností, ve kterých cítila nejistotu, neúspěch, neschopnost správného napodobení. Při změně cvičení, po potřebném „odpočinku“, opět začala spolupracovat a pozorovaný neklid v její tváři ustupoval. Po dobu nečinnosti se stále usmívala, v její tváři jsme nenacházeli

viditelné známky nejistoty. Při práci s přefukovanou píšťalou byla žena zpočátku bázlivá a mírně sevřená. Tóny, které vyvozovala, byly slabé a tiché, odpovídaly její vnitřní nejistotě.

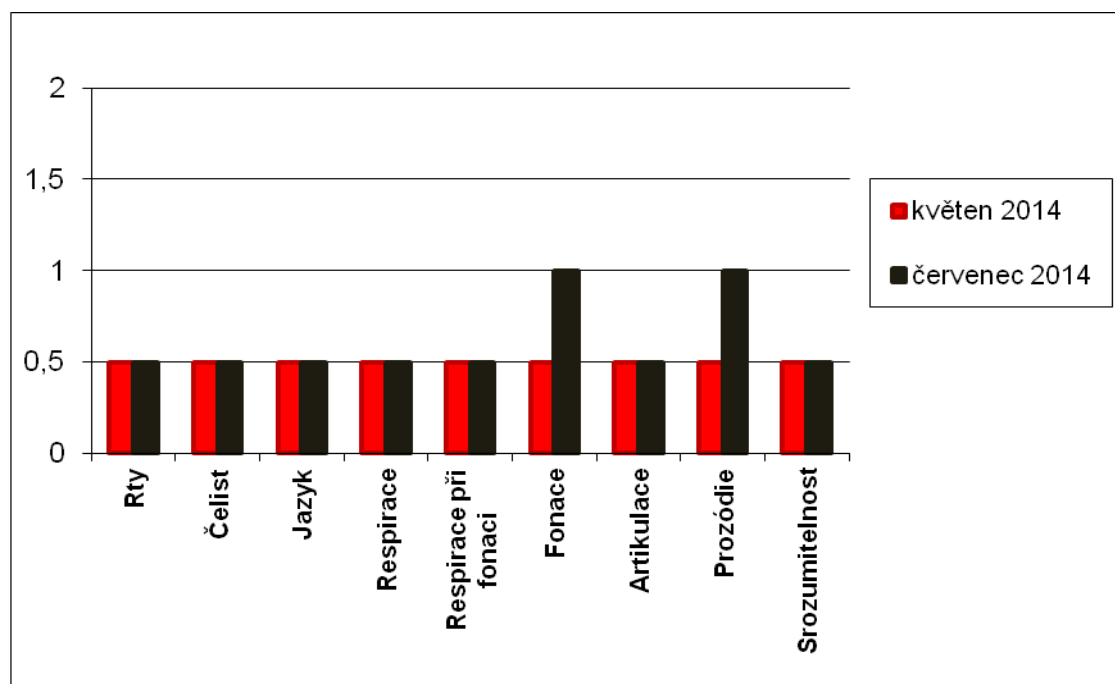
Připadalo nám, že více než aktivní hraní jí vyhovoval a pozitivně ji ovlivňoval spíše pasivní poslech ostatních klientů při hře na přefukovanou píšťalu. Během poslechu měla otevřené oči a svým pohledem se soustředila vždy do stejného bodu v místnosti (místo mezi okenním parapetem a samotným oknem).

6.4.6 Nácvik větné intonace

Paní Markéta se snažila dodržovat zásady komunikace, které znala. Suprasegmentální faktory v řeči se zdály být narušeny tehdy, pokud jsme vypožorovali pozornostní kolísání v zátěži. V tu chvíli byla řeč nekontrolovaná a intonačně nesprávná. Při zvýšené zátěži jsme registrovali sníženou plynulost řeči, monotónnost a omezené mluvní frázování. V soukromých rozhovorech, kdy ženu nerušili ostatní účastníci terapie či rušivé faktory, komunikovala zřetelněji a snažila se dodržovat adekvátní tempo řeči.

Ve skupině byly její projevy méně spontánní, větnou intonaci se snažila nacvičit, avšak mluvila velmi potichu a nejistě, jako by se bála odezvy ve skupině. Při těchto cvičeních jsme nepozorovali negativní přístup ani nečinnost.

Graf č. 4: Výsledky paní Markéty (květen 2014 x červenec 2014)



Vyhodnocení dat:

Paní Markéta se v žádném z úkonů nezhoršila. Mírné zlepšení registrujeme v oblasti fonace a prozódie. Celková srozumitelnost řeči nevykazuje zlepšení. Ve většině úkonů zůstal výsledek paní Markéty beze změny, zlepšení nebylo zpozorováno (stejný výsledek 7x, zlepšení 2x).

7 Výsledky šetření a jejich interpretace

V diplomové práci jsme použili výzkumný vzorek čtyř klientů v produktivním věku, kterým byla diagnostikována získaná dysartrie. Výsledky zkoumání po třech měsících spolupráce v rámci skupinových logopedických terapií s využitím hudby vykazují určité změny, které jsme zaznamenali Testem 3F, jenž jsme realizovali celkem dvakrát.

Níže přikládáme čtyři kopie Testu 3F, které reflektují srovnání mezi zkoumanými oblastmi v měsíci květnu 2014 a červenci 2014. V levém horním rohu Dysartrického profilu se nachází jméno respondenta s nereálným, vymyšleným rodným číslem. Pod tabulkou obsahující graf, jenž zasahuje zkoumané oblasti na poli **faciokineze, fonorespirace a fonetiky**, se promítá **výsledný dysartrický index (DX)**. **Závěrečná diagnóza byla dle Testu 3F pozměněna u jednoho z respondentů** (pan Martin: dg. těžká dysartrie – aktuálně dg. středně těžká dysartrie). U ostatních klientů zůstává závěrečná diagnóza nezměněna, výsledek zasahuje stupeň těžké dysartrie.

Bodové hodnocení je v elektronickém testu hodnoceno následovně (Roubíčková a kol., 2011, s. 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

7.1 Výsledky šetření a jejich interpretace - pan Martin (27 let, dg. smíšená dysartrie)

U pana Martina došlo k nejvýraznějšímu zlepšení v rámci celé skupiny. Změny pozorujeme ve čtyřech oblastech, zbylých pět oblastí zůstalo beze změny. Půlbodové (0,5) zlepšení vykazuje: **jazyk, fonace, prozódie a celková srozumitelnost řeči.**

Ve výsledcích pana Martina registrujeme zlepšení obratnosti jazyka, což přisuzujeme různým druhům artikulačních cvičení, které jsme v rámci skupiny aplikovali především s využitím modifikovaných oromotorických cviků.

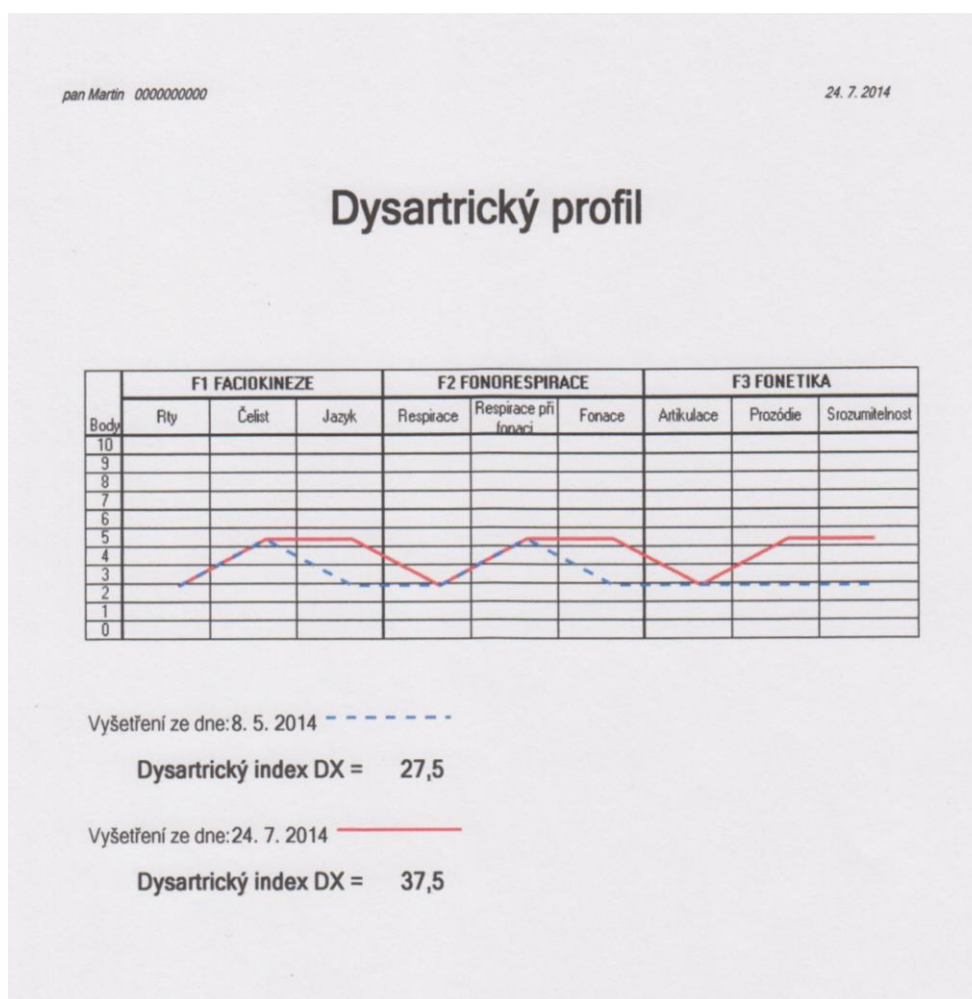
Pan Martin nejlépe pracoval při poslechu hudby, při kterém terapeut dané cviky předváděl a jeho úkolem bylo daný cvik korektně napodobit (jako např. protruze a elevace jazyka). Velmi pozitivně přijímal relaxační hudbu, kterou jsme při artikulačních cvičeních využívali, domníváme se, že hudební tóny jej stimulovaly natolik, že dokázal pracovat klidněji a koncentrovaněji. Pokud jsme se snažili o zpomalení tempa řeči s využitím afrického djembe, kterým byl zadán rytmus, pan Martin se slyšitelně zlepšoval.

Mírné zlepšení ve schopnosti fonace může vyplývat z nácviku síly hlasu, který jsme nacvičovali s využitím přefukované píšťaly, síla výdechového proudu byla po třech měsících společných setkávání intenzivnější. Ke koordinaci dýchání mohly také přispět relaxační písně, při kterých jsme s klienty nacvičovali fyziologický průběh dýchání. Při využití skladby *J. S. Bacha – Air* bylo zřejmé svalové uvolnění v orofaciální oblasti. Během poslechu skladby *G. F. Händela* byl pan Martin mnohem méně soustředěný.

Nácvik **prozodických faktorů** řeči jsme nacvičovali např. při obměnách hudebních melodií, podle kterých klienti vytvářeli imaginární věty. Zdálo se, že mírně upraveno bylo tempo řeči, jelikož při napodobování větných vzorů byl i řečový projev plynulejší.

Celková **srozumitelnost řeči** značí u pana Martina zlepšení v 0,5 bodu. Domníváme se, že na uvedeném výsledku se podílí zdokonalení motoriky rtů, schopnosti fonace a plynulejší tempo řeči, jež zahrnuje prozódie.

Obrázek č. 1: Pan Martin - Test 3F (Dysartrický profil)



Závěrem si myslíme, že k aktuálnímu zdravotnímu obrazu ve smyslu získané dysartrie pana Martina přispěla vhodná motivace, kterou projevoval také při individuálních logopedických terapiích s klinickým logopedem. Jeho výkon mohl být pozměněn také vlivem průběhu vyvolávajícího onemocnění.

7.2 Výsledky šetření a jejich interpretace - pan Roman (32 let, dg. bulbární dysartrie)

Pan Roman se zlepšil pouze v jedné pozorované oblasti. Půlbodovou změnu zaznamenává **oblast rtů**. Zbýlých osm zkoumaných oblastí nezaznamenává zlepšení.

V rámci interpretace výsledků pana Romana se domníváme, že negativní postoj a přístup pana Romana mu zpočátku nedovolil se plně účastnit nabízených aktivit. Jeho stud limitoval očekávaný výkon, což bohužel negativně působilo i na ostatní členy ve skupině.

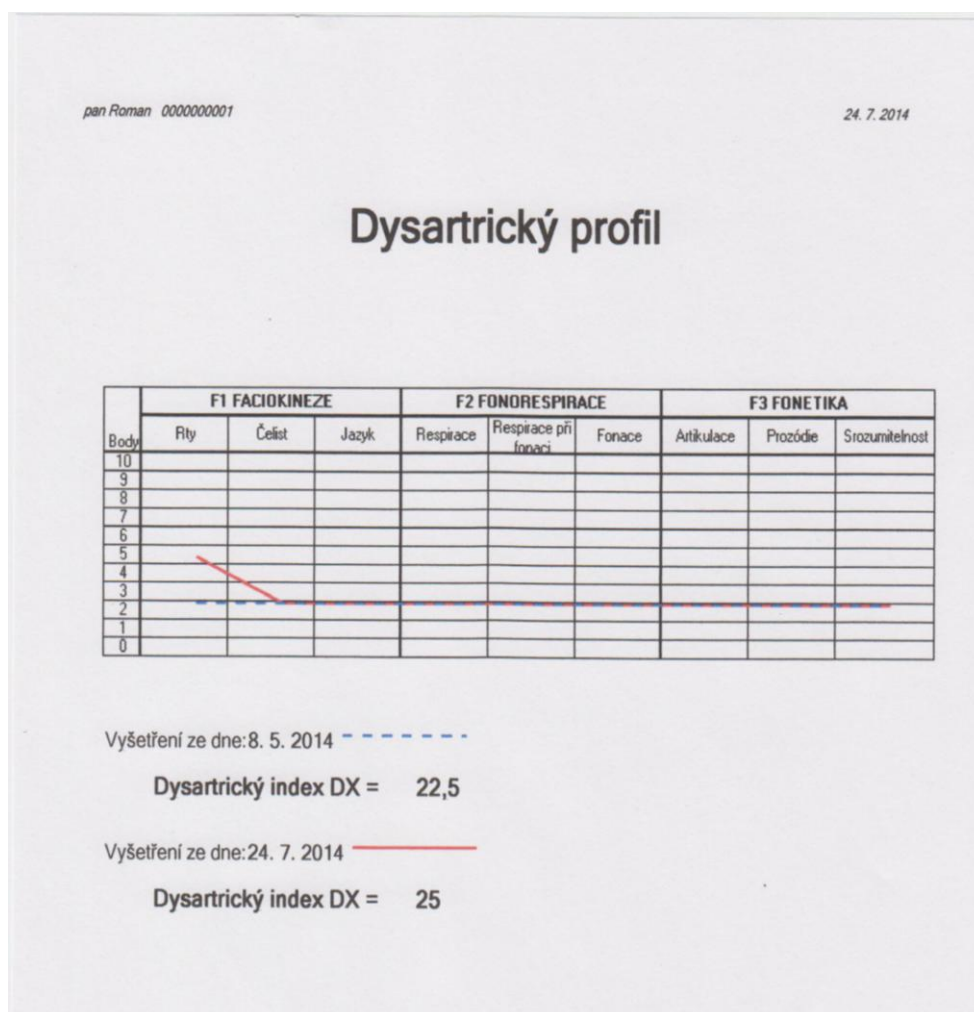
Pro tohoto muže by mělo pokračování skupinových setkání jistě význam, jelikož mu delší dobu trvalo se ve skupině nejen otevřít, ale také se plně zapojit a projevit. Proto v začátcích logopedických terapií nemůžeme jeho výkony v rámci skupiny posuzovat.

Zaznamenaný pokrok pouze v jedné pozorované oblasti může souviset s jeho postojem a mírou zapojení se.

Zlepšení v oblasti rtů, které bylo charakteristické přesností artikulačních pohybů zejména u bilabiálních hlásek, nepřipisujeme ani jednomu z hudebních nástrojů. Domníváme se, že v případě pana Romana se toto zlepšení opírá o individuální terapie s klinickým logopedem v Rehabilitačním ústavu Hrabyně.

Při využití přefukované píšťaly muži scházela vnitřní motivace, často jej ovlivnila síla skupiny, které se podřídil. V tomto případě vnímáme možnost skupinové terapie za velmi pozitivní. Navýšení doby aktivní účasti na skupinových logopedických terapiích by mohlo pana Romana také podpořit ve schopnosti projevit se ve skupině.

Obrázek č. 2: Pan Roman – Test 3F (Dysartrický profil)



7.3 Výsledky šetření a jejich interpretace - student Jiří (19 let, dg. mozečková dysartrie)

Jiří se zlepšil ve třech zkoumaných oblastech – **respirace, fonace a prozódie**, zlepšení vykazuje 0,5 bodu. V šesti zbylých zkoumaných oblastech nebylo zaznamenáno zlepšení ani zhoršení.

Interpretace výsledků studenta Jiřího signalizuje zlepšení v oblasti **respirace a fonace**, domníváme se, že k adekvátnosti provedení úkonů přispěla přefukovaná píšťala. Ke korektnímu použití potřeboval klient více času, jelikož zpočátku bylo zřejmé napětí, nervozita a nejistota. Po uplynutí jednoho měsíce si student začal na hudební nástroj a projev se skupině zvykat. Tón, který produkoval, byl sytější a zřetelnější.

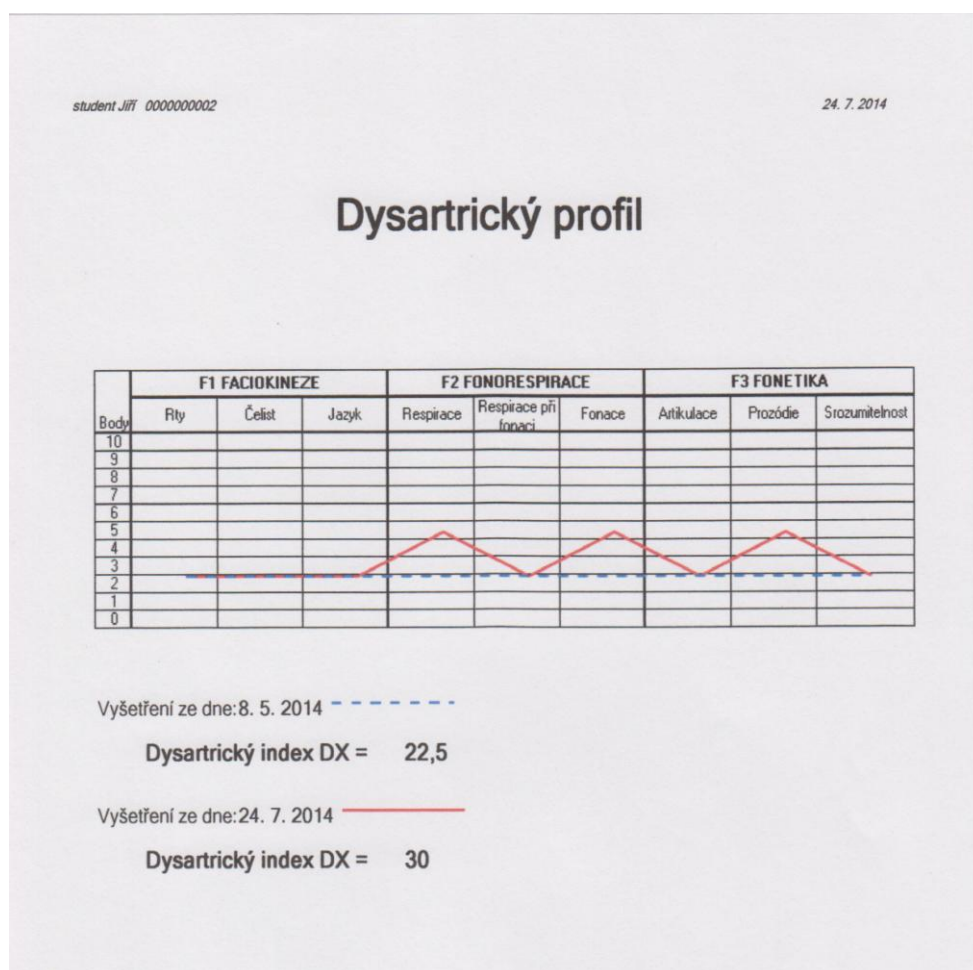
Zaznamenali jsme také zdokonalení v délce výdechové fáze, pokrok jsme registrovali při adekvátních pohybech dýchacích svalů, což Jirka správně prováděl tehdy, pokud se plně soustředil. Návuk plného dechu byl s využitím přefukované píšťaly taktéž kvalitnější. Z hudebních stylů nejvíce inklinoval k rytmickým skladbám. Z pozorování bylo možné usoudit na vzrůstající pocity euforie, které se projevovaly v jeho tváři.

Mírné zlepšení signalizují **modulační faktory řeči**. Při práci s africkým djembe byl Jirkův výkon limitován na základě motorické koordinovanosti. Ovšem pokud byl zadaný rytmus (např. věta s klesajícím rytmem – Který den je dnes?) představen terapeutem, a úkolem Jirky bylo znění pouze slovně zopakovat, pracoval bezchybně.

Ačkoli se Jiří mírně zlepšil pouze ve třech zkoumaných oblastech a srozumitelnost řeči zůstala nezměněna, domníváme se, že v případě pokračování v intenzivní logopedické péči dosáhne lepších výsledků. Po ukončení skupinových logopedických terapií si student vyžádal vypůjčení přefukované píšťaly, kterou mu rodiče chtěli zakoupit.

V tomto hudebním nástroji shledáváme pozitivum v tom, že dokáže nadchnout mladého muže na základě hudby, nikoli na základě terapeutického procesu.

Obrázek č. 3: Student Jiří – Test 3F (Dysartrický profil)



7.4 Výsledky šetření a jejich interpretace - paní Markéta (57 let, dg. spastická dysartrie)

Výsledky paní Markéty zaznamenávají zlepšení ve dvou pozorovaných oblastech. Zlepšení v rozmezí 0,5 bodu signalizuje oblast **fonace a prozódie**. Zbylých sedm oblastí zůstává beze změny.

Shrnutí výsledků paní Markéty značí půlbodové zlepšení v oblasti fonace, jehož paní Markéta po třech měsících logopedické péče dosáhla. Ačkoli k jednoduchým fonačním cvičením přistupovala otevřeně, náročnějším cvikům, při kterých pocítila možný neúspěch, se vyhýbala. Aktivní práce s přefukovanou píšťalou jí nevyhovovala, proto zlepšení nemůžeme tomuto hudebnímu nástroji připisovat.

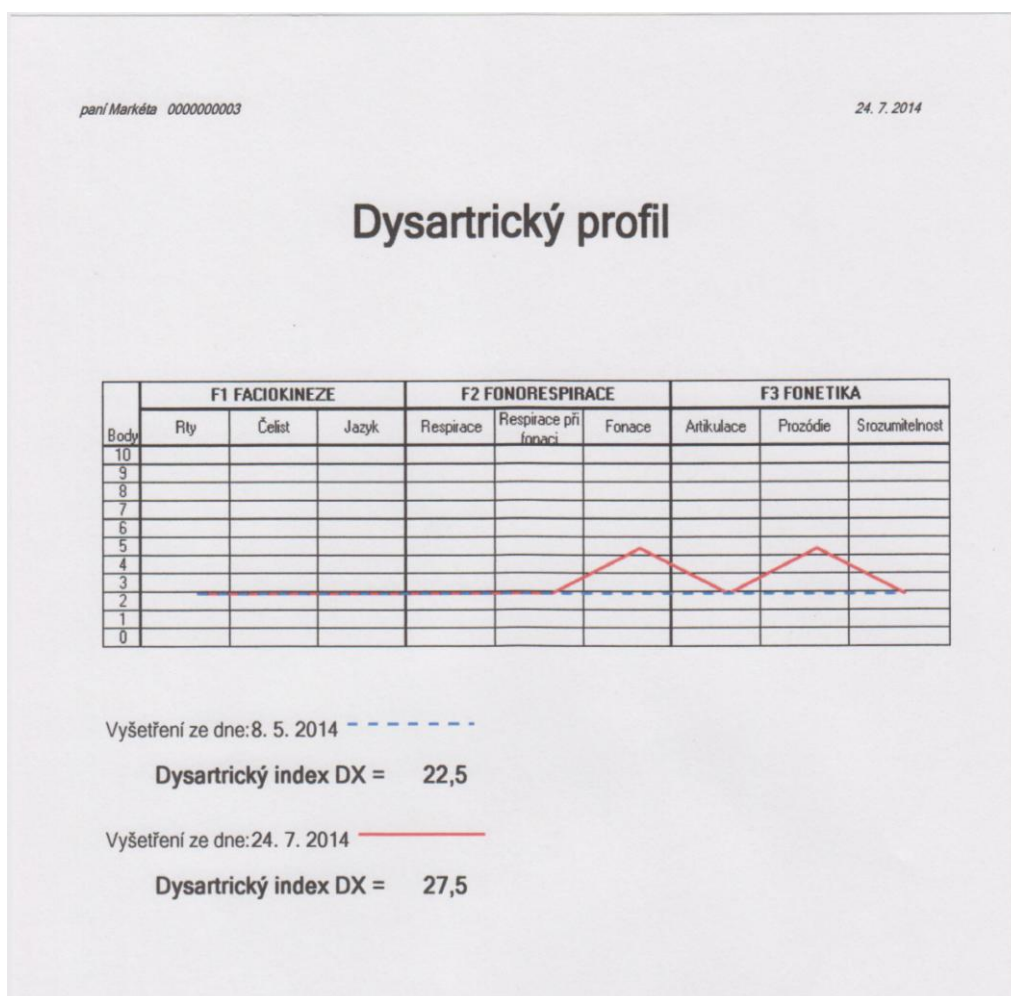
Paní Markéta přistupovala motivovaně k nácviku měkkého hlasového začátku, který se pozvolnými kroky začal v řečovém projevu objevovat. Zlepšení bylo evidentní také při

použití hlasu jako nástroje, hlasovou únavu a námahu při tvoření jsme zaznamenávali pouze sporadicky.

Při nácviku **modulačních faktorů** jsme zaznamenali výrazné zlepšení v uplatnění intonace v rozdílných větách, které se změnou intonace „vracela“ terapeutovi (*viz cvičení Otázky a odpovědi*). Slyšitelné zlepšení jsme registrovali také při zpěvu, kterým doprovázela hru na africké bubny ve skupině. Také slyšitelnost byla upravena díky hlasové síle, což jsme postřehli při uplatnění větné intonace v textu písně (?,!,.). Nácvik přízvuku u graficky zvýrazněných vět se začal v červenci při ukončení skupinových logopedických terapií také pozvolna upravovat.

Domníváme se, že konkrétně v případě paní Markéty se klinický obraz ve vztahu k získané dysartrii upravoval zejména kvůli uzdravování nervové tkáně a obnově funkcí po vzniklém traumatu.

Obrázek č. 4: Paní Markéta – Test 3F (Dysartrický profil)



8 Shrnutí výsledků

V závěrečném komentování výsledků považujeme za nutné upozornit na **rozdílné typy** získané dysartrie, která byla klientům diagnostikována na základě **variabilní etiologie**.

Jelikož také **symptomatologie je rozdílná**, můžeme očekávat, že orientační výsledky zkoumání budou odpovídat možným schopnostem a omezením, které se k danému typu postižení vztahují. Obecně můžeme říci, že u nikoho z klientů nedošlo ke zhoršení.

Zlepšení jsme zapsali celkem 10x :

- 1x JAZYK (Faciokineze)
- 1x RTY (Faciokineze)
- 3x FONACE (Fonorespirace)
- 1x RESPIRACE (Fonorespirace)
- 3x PROZÓDIE (Fonetika)
- 1x SROZUMITELNOST (Fonetika)

Z výsledků zkoumání lze vyhodnotit, že ve vztahu k hudebním nástrojům klienti (2 klienti ze 4) kladně reagovali na práci s **přefukovanou píšťalou**, jejíž uplatnění považujeme při nácviku fonačních a dechových cvičeníh za velmi pozitivní vzhledem k možnosti okamžité zpětné sluchové kontroly a jednoduchosti použití.

Ohledně **afrického djembe** zastáváme názor, že při využití ve skupinové logopedické terapii u klientů se získanou dysartrií se stalo velmi vhodným terapeutickým prostředkem kvůli mimořádné modifikaci využití s neomezenou možností improvizace. Jeho pozitivní účinky sledujeme při rytmizačních cvičeníh, kdy dochází k propojení sluchové percepce, motoriky horních končetin a mluvních orgánů, konkrétně např. artikulace.

Orientačně můžeme také říci, že využití afrického bubnu mohlo přispět ke zdokonalení v oblasti prozodie (3 klienti ze 4), jelikož co se zvuku týče, djembe umožňuje zahrát úderné i tiché tóny, které mohou korespondovat s intenzitou hlasu (ve směru < či >).

K poslechu, kterým jsme se snažili navodit pocity zklidnění tak, abychom snížili tělesné napětí, jsme kromě audio písni využili saxofon. Subjektivně můžeme zhodnotit, že písni, které byly v místnosti hrány živě za pomoci saxofonu, vzbuzovaly u klientů větší zájem. Někdy se dokonce zapojovali spontánním zpěvem, pohupováním či poklepáváním horních končetin. Ovšem nahrané skladby, které jsme pouštěli skrze CD-přehrávač za totožným účelem, dokázaly u klientů ve skupině navodit klidnější atmosféru s celkovým uvolněním, které jsme pozorovali např. ve výrazu obličeje, ve svalovém tonu celého těla aj.

Domníváme se tedy, že **saxofon**, který byl použit jako terapeutický prostředek, se mohl stát vzhledem k terapii rušivým elementem. Pokud bychom jej využili s jiným cílem, např. při zvýšení tělesného napětí nebo při snaze zlepšit koncentraci pozornosti, jeho aplikace by byla zřejmě na místě. Nelze však obecně říci, že na všechny klienty by saxofon takto působil. Protože jsme se snažili pracovat tak, abychom ke každému z klientů přistupovali dle jeho individuálních potřeb, za negativum považujeme nemožnost vyhovění všem ve skupině, co se hudebních stylů týče. Nebylo možné aplikovat během 60 minut několik, byť vyžádaných, skladeb, tak, abychom každému vyhověli.

Dále si myslíme, že negativní vliv na logopedickou terapii ve skupině mohla mít nemožnost polohování či přemístění z invalidního vozíku, kterým všichni z účastníků disponovali. Pokud bychom mohli spolupracovat například s fyzioterapeutem, domníváme se, že by tato koordinace zvýšila celkovou efektivitu terapeutické činnosti.

Při shrnutí výsledků nelze nezmínit také skutečnost, že šlo pouze o čtyřčlennou skupinu klientů, u kterých jsme vyzorovali určité reakce na různé terapeutické činnosti s uplatněním hudby. Pokud bychom pracovali s více skupinami, ve složení jedinců se získanou dysartrií a nejlépe pak se stejným typem a v delším časovém úseku, věříme, že výsledky zkoumání by byly validnější a disponovaly by vyšší hodnotou reliability.

ZÁVĚR

Možnost realizovat tuto diplomovou práci při Rehabilitačním ústavu Hrabyně nedokážeme slovy docenit. Byla to naše první zkušenost, co se týče přímé práce se skupinou jedinců v produktivním věku, kteří se potýkají s narušenou komunikační schopností. Osobně jsme díky této tříměsíční kooperaci mohli na vlastní kůži zakusit mentorování skupiny, v čemž shledáváme pozitiva vzhledem k profesnímu růstu.

Hlavním cílem diplomové práce bylo uplatnění hudby při skupinových logopedických terapiích. Ačkoli jsme klientům umožnili aktivní hudební tvorbu či pasivní vnímání hudebních rytmů a melodií a nabídli jsme jim využití saxofonu, přefukované píšťaly a afrického djembe tak, aby se staly náplní terapeutického procesu s cílem zmírnit komunikační obtíže, domníváme se, že výsledky Testu 3F, který jsme realizovali před zahájením skupinových setkání, tedy v květnu 2014, a následně po třech měsících vzájemné spolupráce, značí zlepšení z toho důvodu, že se klienti po celou dobu aktivně účastnili také individuálních logopedických terapií pod vedením klinického logopeda. Dalším faktorem, který se mohl na výsledcích neméně podílet, je zdravotní stav každého z uvedených klientů.

Nemůžeme tedy objektivně říci, zda využití hudby při skupinových logopedických terapiích ovlivnilo zlepšení ve zkoumaných oblastech. Na druhou stranu, navýšení hodinové logopedické péče týdně bylo klinickým logopedem vnímáno jako velmi pozitivní.

Zároveň se domníváme, že aplikace hudebních nástrojů, které byly použity, vyvolala u klientů zájem a potlačila infantilní prvky, které mohou být v rámci logopedických terapií nevhodně používány. Pozitiva shledáváme především ve velké variabilitě možností kreativního využití hudebních nástrojů, jež se může opírat o individuální potřeby a schopnosti klientů.

Díky výše zmíněným hudebním nástrojům lze podporovat artikulaci, dech a fonaci, orofaciální činnost, relaxační proces, rytmické cítění, schopnosti jemné i hrubé motoriky a nakonec prozódii řečového projevu. Při progresu v těchto oblastech může u klientů dojít ke zlepšení srozumitelnosti řeči, v čemž shledáváme primární cíl každé logopedické terapie ve vztahu k získané dysartrii.

Dokážeme si plně představit delší dobu spolupráce s touto skupinou klientů, jelikož věříme, že jejich aktivita a nadšení měly stoupající tendence.

Před realizací diplomové práce jsme si stanovili několik výzkumných otázek, které jsme postupně rozebírali v kapitole *Narativní případové studie vybraných respondentů*. Díky možnosti pozorování jsme měli možnost sledovat stanovené jevy a následně z nich vyvozovat

závěry. Za důležité považujeme sdělení, že šlo o subjektivní vyhodnocování, které vyplývalo z aktuálních situací. Jednoznačně a s přesvědčením však můžeme tvrdit, že spontánní projevy klientů odkryly jejich nadšení, motivaci a snahu o spolupráci. Domníváme se, že hudební nástroje se mohou stát vhodnými prostředky při logopedické terapii, jelikož vzbuzení zájmu probíhá téměř automaticky. I v případě, kdy se klient aktivně v dané chvíli neúčastní, hudební rytmus je jeho tělem vnímán a on se rozhodně nestává netečným.

I kdyby se jednalo při využití hudebních prvků v logopedických terapiích o pouhé zpestření a změnu stálého programu, pak tento fakt můžeme považovat za hodnotný. K osobě se získanou dysartrií bychom měli přistupovat komplexně, rozvíjeny by měly být všechny poškozené funkce a podporována by měla být zejména osobnostní stránka člověka.

Pocit úspěchu, možnost okamžité zpětné vazby, navázání kontaktů, bezprostřednost komunikace, rytmus, melodie, nastolení klidu i aktivity... to vše může vhodné využití hudebních nástrojů i hudby samotné při skupinové logopedické terapii klientům nabídnout!

SLOVNÍČEK POJMŮ

A

adiadochokinéza – porucha schopnosti rychle střídat pohyby z jednoho směru ve směr opačný, symptom při onemocnění mozečku (opak – diadochokineze)

afázie – narušení již vyvinuté schopnosti porozumění a produkce řeči. Nejčastější příčinou vzniku jsou cévní mozkové příhody, úrazy hlavy, onkologická onemocnění mozku nebo degenerativní onemocnění. Narušená komunikační schopnost vzniká organických poškozením mozku, zpravidla levé hemisféry. Symptomatika je variabilní, odvíjí se od konkrétního typu afázie. Prognóza závisí především na lokalizaci léze, věku pacienta a motivaci. Afázii často doprovází přidružená postižení jako alexie (narušení schopnosti čtení), agrafie (narušení schopnosti psaného projevu), aj.

afrikáty – polotřené souhlásky, které jsou tvořené postupným oslabováním závěru utvořeného jazykem na dásních (c, ʒ, č, ʃ)

agrafie – *lat. agraphia*, částečná nebo úplná porucha naučené schopnosti psát. Vzniká na základě poškození určité oblasti mozkové kůry, při zachované inteligenci a motorice

alexie – *lat. alexia*, částečná nebo úplná porucha schopnosti číst. Je způsobena organickým poškozením určité oblasti mozkové kůry

aneurysma – intrameningeální krvácení, výlev krve mezi mozkové pleny

angiografické vyšetření – angiografie, rentgenologické vyšetření cév pomocí vstříkování kontrastní látky

angiom - patologický útvar vznikající novotvorbou krevních či lymfatických cév

artikulace - tvoření hlásek při řeči, její porucha může být důsledkem vad mluvidel nebo poruch jejich inervace

B

bilabiální hlásky – obouretné (retoretné) hlásky (*p, b, m*)

bradytalie (bradyartrie) - zpomalení tempa mluvy vznikající zpomalením artikulačních pohybů

bulbární paralýza – k postižení dochází následkem poškození obou bulbárních nervů, příznaky se rozvíjí spíše pomalým tempem, v projevu jedince sledujeme fascikulace, poruchy dýchání, poruchy polykání, aj. Nejčastější příčinou bývají CMP ischemického i hemoragického typu.

bulbární syndrom – soubor syndromů lézí prodloužené míchy

C

celeberální syndrom - syndrom mostomozečkového koutku projevující se poruchou koordinace pohybů

centrální nervový systém (CNS) - ústřední nervová soustava tvořená mozkiem a míchou, nejvyšší koordinační a integrační centrum nervové činnosti

cévní mozková příhoda (CMP) - postižení určitého okrsku mozkové tkáně na podkladu poruchy cév, tj. jejich neprůchodností s následnou ischemií (mozkový infarkt) nebo poruchy celistvosti cévní stěny s následným krvácením do mozkové tkáně

D

deformita - trvalá chorobná změna tvaru orgánu, části těla

degenerace - zvrhnutí; úbytek až ztráta specializované funkce buněk, tkáně či orgánu a organismu. Výsledek působení řady faktorů (onemocnění, stárnutí, poruchy prokrvení, genetických vlivů aj.)

dekubit - proleženina; ohraničené odumření tkáně jako následek dlouho trvajícího tlaku způsobujícího poruchu prokrvení

demyelinizace - ztráta myelinu z nervových vláken způsobuje poškození nervů i mozku a míchy

dětská mozková obrna (DMO) - neurologické onemocnění dětí, které je následkem poškození mozku v těhotenství, během porodu a po něm

diabetes mellitus (DM) - cukrovka, úplavice cukrová; onemocnění způsobené nedostatkem inzulínu nebo jeho malou účinností. Existují dva typy DM odvíjející se od závislosti na inzulínu (inzulín-dependentní, non-inzulín-dependentní)

diagnóza – *lat. diagnosis*, závěr, který vyplývá z diagnostiky a odráží určitý stupeň patologie. Jde o stanovení nemoci, vady či poruchy. V diagnóze je obsažena etiologie i patogeneze jmenované choroby

dilatace - roztažení, rozšíření či rozšiřování

diskopatie - onemocnění meziobratlové ploténky (např. prolaz, výhřez)

duševní choroba - onemocnění postihující vyšší nervovou činnost, které není podloženo makroskopickým strukturálním poškozením mozku; označuje se rovněž jako psychická choroba

dysfagie – porucha polykání

E

elektroencefalografie (EEG) - neurofyzilogické vyšetření, jehož cílem je zaznamenávat elektrickou aktivitu v různých lokacích mozku

elevace – vyzdvižení (směr vzhůru)

embolie - uzavření mozkové tepny uvolněnou krevní sraženinou; na rozdíl od trombózy je průběh rychlý, embolus (vmetek) se může rozpadnout nebo jeho částičky uzavřou drobnější cévy

embrieta - opilost neboli opojenost

epicystostomie - chirurgické vyústění močového měchýře břišní stěnou

etiologická diagnostika - diagnostický proces, který sleduje příčiny daného onemocnění

exploziv - výbuchové souhlásky (*ústní* - p, b, t, d, t', d', k; *nosní* - m, ŋ, n, ŋ)

F

faciokineze - pohyblivost lícních svalů podílejících se na artikulaci

fascikulace – samovolné záškuby svalů, které nezpůsobují pohyb svalů jako celku, ale mohou být viditelné pod kůží. Dochází k nim při poškození nervu nebo míchy

fonace - tvorba zvuku hlasivkami, základ řeči (měkký hlasový začátek x tvrdý hlasový začátek)

fonorespirace – zahrnuje dýchání, činnost hlasivek a fotorespirační koordinaci

fonetika - vědecký obor, který se zabývá charakteristikou řečových zvuků (*fonetika artikulační* sleduje tvorby hlásek, *fonetika akustická* se zabývá zvukovou podobou a prozodickými faktory řeči, cílem *auditivní fonetiky* je výzkum percepční povahy zvukových prvků řeči)

fissura - štěrbin

frikativy - souhlásky třené, vznikají třením vzduchu v úžině mluvidel (*středové* - f, v, s, z, š, ž, h, x, y; *bokové* - l; *kmitavé* - r, ř; *klouzavé* – j)

funkční porucha - porucha, u níž není možné nalézt žádné zřetelné onemocnění provázené morfologickými projevy ani není spojena s průkaznými odchylkami v laboratorním nálezu

G

ganglion - mn. č. ganglia; nervová uzlinka obsahující nervové buňky

gliom - jedná se o nádorový útvar (benigního či maligního typu), který se nachází v různých částech mozku. Léčba je především neurochirurgická

H

hemoragie - *lat. hemorrhagia*; krvácení, jehož příčina může být v poškození či porušení funkci krevních cév, krevních destiček nebo krevních bílkovin zodpovědných za krevní srážení

hypoperfuze - průtok krve je snížen, příčinou je srdeční choroba nebo pokles tlaku

hypertenze - vysoký krevní tlak, opakem hypertenze je *nízký krevní tlak (hypotenze)*

I

inervace - zásobování části těla nervovými vlákny prostřednictvím určitého nervu

infekční choroby - choroby, jejichž původcem je mikroorganismus, nejčastěji virus nebo bakterie

intaktní - *lat. intactus*, neporušený, nedotčený, netknutý

K

komorový systém - systém přední a zadní mozkové komory, obě komunikují skrz zornici a proudí v nich komorová voda

komplexní diagnostika - globální souhrn vyšetřovacích aktivit různých odborníků

kontuze mozečku - zhmoždění, pohmoždění mozečku

kortisol - hormon, který produkuje kůra nadledvin a jeho přítomnost v krvi se mění během dne. Je to steroidní hormon, který je podmiňován stresem

koverbální chování - chování, které doprovází řečový projev a artikulovanou řeč

kranio cerebrální - týkající se lebky a mozku

L

labiodentální hlásky – retozubné hlásky, při nichž je spodní ret opřený proti horním řezákům (*f, v, m*)

lateralita - asymetrie organismu, která je určována středovou rovinou (*lateralita funkční, lateralita tvarová*). Terminologicky: lateralita souhlasná, lateralita zkřížená, lateralita neurčitá. K hodnocení se využívá diagnostický orientační materiál Matějčeka a Žlaba – Zkouška laterality (1972)

Lee efekt – využití opožděné zpětné sluchové vazby s cílem zpomalit tempo řeči

léze - *lat. laesio*, poškození orgánu či tkáně, které má za následek narušenou funkci (v důsledku chorobného procesu nebo úrazu)

lymfa - tekutina, která vzniká v orgánech lidského těla, ze kterých je odváděna do krve

limbický systém - systém, který leží na vnitřním okraji mozkové hemisféry. Jeho činnost spočívá v odhalování instinktů, náladové a citové složce a paměti

M

magnetická rezonance (MR) - vyšetření, při němž tělo absorbuje elektromagnetické záření, při přechodech mezi kvantovými stavy, jež odpovídají různé orientaci dipólového magnetického momentu atomových jader ve vnějším magnetickém poli. Získaná data jsou zpracována počítačem. K tomuto vyšetření je důležité neopomenout na kontraindikace jako např. kardiostimulátor

malacie - chorobné změknutí tkáně (malacie mozku je změknutí a odumření části mozkové tkáně v důsledku CMP)

metastáze – druhotné ložisko nádorových buněk, které vzniklo odtržením od primární části a rozneslo se do těla krevními lymfatickými cestami

myelin - lipidový obal nervových vláken, tvořen bílkovinami a zejména tukovými vlákny

N

nádor - patologický útvar tvořený tkání, jejíž růst se vymkl kontrole organismu a roste na něm nezávisle. Maligní (zhoubný) nádor při svém růstu ničí okolní tkáně, zakládá dceřinná ložiska (metastázy) a má rovněž celkové účinky na organismus. Benigní (nezhoubný) nádor roste ohraničeně a metastázy nezakládá; může však utlačovat okolní struktury (nebezpečně například v mozku). Některé benigní nádory se mohou po čase zvrhnout v nádory zhoubné (malignizace)

návykové látky - omamné a psychotropní látky uvedené v přílohách zákona č. 167/1998 Sb. O návykových látkách

O

oběhové obtíže - obtíže vycházející z oblasti krevního oběhu, řadí se k nim příznaky onemocnění srdce, regulace oběhu jako celku a popř. rovněž příznaky místně porušeného krevního oběhu

okluzivy – závěrové souhlásky, při kterých dochází k úplnému uzavření průchodu pro výdechový proud (*ústní* – p, b, t, d, t', d', k, g; *nosní* – m, ŋ, n, ŋ, ň)

onkologická onemocnění - nádorová onemocnění

orofaciální - týkající se oblasti úst a obličeje

oromotorika - specifická hybnost, která řídí činnost orgánů dutiny ústní

organický psychosyndrom - označení poruch duševního vývoje na podkladu přechodného či trvalého poškození mozku

P

paréza - obrna; částečná neschopnost aktivního volního pohybu

periferní motoneuron – okrajový motorický neuron, který inervuje kosterní sval, gangliové buňky motoneurony jsou umístěny v předních rozích míšních (spinální nervy) resp. v jádrech mozkového kmene (hlavové nervy)

periferní nervový systém - části nervového systému umístěné mimo centrální nervovou soustavu. Zahrnuje hlavové a míšní nervy spolu s nervy a ganglia autonomního nervového systému

plegie - ochrnutí; úplná neschopnost aktivního volního pohybu

pneumocephalus -

prozódické faktory řeči (prozódie) - modulační faktory řeči, suprasegmentální faktory řeči; zvuková stránka jazyka, zahrnují hlasitost řeči, melodii řeči, tempo a řečové pauzy a přízvuk

pseudobulbární paralýza – jedná se o soubor symptomů, které se rozvíjejí při oboustranné supranukleární lézi kortikobulbárních drah. Klinický obraz se podobá bulbární paralýze, ovšem nezahrnuje fascikulaci

pneumothorax (PNO, PNX) - přítomnost vzduchu v pleurální dutině, projevuje se zhoršeným dýcháním a nebezpečím hypoxie

polyneuropatie - nezánettivé onemocnění více nervů

poliomyelitida (poliomyelitis anterior acuta) - dětská obrna; infekční onemocnění způsobené virem (poliovirus), který poškozuje oblasti páteřní míchy odpovědné za svalový pohyb (šedou hmotu míšní v předních rozích)

pozitronová emisní tomografie (PET) - vyšetření, jehož cílem je získat podrobné informace o metabolismu jednotlivých orgánů, průtoku krve atd.

prognóza - předpověď průběhu a zakončení nemoci

R

reliabilita - spolehlivost

respirace - dýchání; proces výměny plynů mezi organismem a prostředím (*Zevní dýchání* – výměna plynů v plicích, přechod kyslíku do krve a vydechování oxidu uhličitého; *Vnitřní dýchání* – výměna plynů na úrovni buněk organismu). Oba procesy na sebe navazují a patří k základním projevům a předpokladům života

rezonanční prostory – přilehlé dutiny (ústní, nosní, hrtan a hltan), ve kterých vzniká tzv. nazvučení

roztroušená skleróza mozkomíšní (RS) - *lat.* sclerosis multiplex; chronické onemocnění CNS charakterizované demyelinizací. Postihuje osoby spíše mladšího a středního věku, vzácněji děti či starší osoby

ruptura - *lat.* roztržení, prasklina, trhлина

S

semiokluzivy – polozávěrové souhlásky, zpočátku artikulace se vytváří závěr, poté úžina (c, 3, č, 3)

sklerotická artérie - tepny, které jsou postiženy aterosklerózou (ztvrdnutí tepenných stěn)

somnolence - lehčí porucha vědomí se sníženou bdělostí, oslovením či dotykem lze jedince probudit

spasmus - svalová křeč, křečový stah (může postihovat hladké i kosterní svalstvo)

stenóza - zúžení

symptom – příznak

T

topická diagnostika – diagnostika týkající se určitého místa, např. oblasti mozku

trauma - úraz, poranění; náhlá zevní událost, která svým působením na organismus vyvolá jeho poškození

tremor - třes, chvění; což má za následek mimovolné rytmické pohyby určitých částí těla

trombóza mozkových cest - srážení krve v cévách, které se vyvíjí postupně, pozvolna; základní příčinou bývá arterioskleróza

tracheostomie - chirurgický výkon, při němž je na krku vytvořen v průdušnici otvor umožňující trvalé dýchání (umělé řízené dýchání při dlouhodobé resuscitaci, pacienti s neprůchodností hrtanu aj.)

V

variabilita - proměnlivost, kolísavost

vertebrogení algický syndrom (VAS) - bolestivé onemocnění páteře provázející poruchy jejích kloubů, vazů, meziobratlových plotének, okolních svalů a podobně

vrozené vývojové vady (VVV) - vrozené vady orgánů či orgánových systému vznikající jako důsledek dědičných poruch nebo působení vnějších faktorů (např. onemocnění matky, výživové poruchy při těhotenství, infekce, fyzikální vlivy, chemické vlivy včetně léků)

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY A INTERNETOVÝCH ZDROJŮ

Literatura

1. AMBLER, Z., BEDNAŘÍK, J., RŮŽIČKA, E. a kol. 2008. *Klinická neurologie; Část obecná*. Praha: TRITON. ISBN 978-80-7387-157-4
2. ABRAHAMS, P. 2014. *Ako pracuje ľudské telo*. Bratislava: Svojtka & Co., s.r.o. ISBN 978-80-8107-751-7
3. BENÍČKOVÁ, M. 2011. *Muzikoterapie a specifické poruchy učení*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3520-7
4. BIBLE. 1985. *Písmo svaté Starého a Nového zákona. Ekumenický překlad*. Praha: Ekumenická rada církví v Československu. ISBN neuvedeno
5. BRUSCIA, K. E. 1998. *Defining Music Therapy*. Barcelona: Pathway Book Service
6. BRUTHANS, J. 2009. *Epidemiologie a prognóza cévních mozkových příhod*. In: Remedia. Pracoviště preventivní kardiologie Ikem-Praha, s. 128–131
7. CSÉFALVAY, Z. 2003. *Diagnostika dysartrie*. In: Lechta, V. a kol. *Diagnostika narušené komunikační schopnosti*. Praha: Portál, s. 237-327. ISBN 80-7178-801 5
8. CSÉFALVAY, Z. 2009. *Dysartria*. In: Kerekrétiová, A. et al. *Základy logopédie*. Bratislava: Univerzita Komenského, s. 242 – 256. ISBN 978-80-223-25745
9. ČECHÁČKOVÁ, M. 2003. *Získané organické poruchy řečové komunikace*. In: ŠKODOVÁ, E.; JEDLIČKA, I. a kol. *Klinická logopedie*. Praha: Portál. ISBN 80-7178-546-6
10. ČECHOVÁ, B. 2013. *Jak na nás působí hudba. Klasika uklidňuje. Ale jaká?* In: *Psychologie dnes*. Praha: portál, s. 22-26
11. DVOŘÁK, J. 2001. *Logopedický slovník*. Žďár nad Sázavou: Logopedické centrum. ISBN 80-902536-2-8
12. FRANĚK, M. 2007. *Hudební psychologie*. Univerzita Karlova v Praze: Karolinum. ISBN 978-80-246-0965-2
13. FREEDMAN, J., COMBS, G. 2009 *Narativní psychoterapie*. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-549-3

14. FRIČ, M.; KUČERA, M. 2014. *Optická analýza dechových pohybů při cvičení s jednoduchou přefukovanou píšťalou - koncovkou*. In: Nové trendy akustického spektra 2014. Technická univerzita vo Zvolene, s. 63-72
15. FRIČ, M.; KUČERA, M. 2014. *Analýza dechových pohybů při cvičení s jednoduchou přefukovanou píšťalou - koncovkou*. In: Sborník abstrakt 12. česko-slovenský foniatrický kongres. Praha: Medical Healthcom, s. 58-61
16. GANGALE, D. 2004. *Rehabilitace orofaciální schopnosti*. Praha: Grada. ISBN 80-247-0534-6
17. GAVORA, P. 2000. *Úvod do pedagogického výzkumu*. Brno: Paido. ISBN 80-85931-79-6
18. GERLICOVÁ, M. 2014. *Muzikoterapie v praxi: Příběhy muzikoterapeutických cest*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4581-7
19. GILGUN, J. F. 1994. *A case for case studies in social work research*. In: Social Work, s. 371-380
20. GJURIČOVÁ, Š., KUBIČKA, J. 2009. *Rodinná terapie. Systematické a narativní přístupy, 2.*, doplněné a přepracované vydání. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-2390-7
21. HENDL, J. 2008. *Kvalitativní výzkum – Základní teorie, metody a aplikace. 2.*, přepracované a aktualizované vydání. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-485-4
22. HOSKING, D. M., HJORTH, D. 2004. *Relational constructionism and entrepreneurship: some key notes* In: Narrative and Discursive Approaches in Entrepreneurship. ISBN 9781843765899
23. JACOBSON, E. 1948. *Progressive muscle relaxation*. Chicago: UC Press. ISBN neuvedeno
24. JANOVCOVÁ, Z. 2010. *Alternativní a augmentativní komunikace: učební text*. Brno: Masarykova Univerzita. ISBN 978-80-210-5186-7
25. JIRÁNEK, J. E.; HELZLAR, T. 1979. *Světlem hudebních nástrojů: O jejich vzniku a výrobě*. Praha: Panton. ISBN 35-088-79
26. KANTOR, J.; LIPSKÝ, M.; WEBER, J. a kol. 2009. *Základy muzikoterapie*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-2846-9
27. KIML, J. 1978. *Základy foniatrie. Vady a poruchy funkcí sdělovacího procesu. Léčebná péče, výchova, reedukace a rehabilitace sluchu, hlasu a řeči*. Praha: Avicenum. ISBN neuvedeno
28. KLENKOVÁ, J. 2006. *Logopedie*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-1110-2

29. KNOPPOVÁ, P.; KUČEROVÁ, J. 2006. *Význam logopedické intervence u osob s psychiatrickou diagnózou*. Olomouc: Univerzita Palackého Olomouc, Pedagogická fakulta. ISBN 80-244-1545-3
30. KONEČNÝ, P.; KALČÍKOVÁ, M.; ELFMARK, M.; VYSOKÝ, R. 2009. *Paréza n. facialis u pacientů po CMP a její vliv na orofaciální funkce*. In: *Rehabilitace a fyzikální lékařství*, č. 2. Olomouc: Ústav fyzioterapie, s. 69-74
31. KOŠTÁLOVÁ, M., BEDNAŘÍK, J., MECHL, M., VOHÁŇKA, S. 2006. *Multimediální výukový atlas poruch řeči a příbuzných kognitivních funkcí*. [DVD], Brno: Masarykova univerzita
32. KOUKOLÍK, F. 2005. *Já: o vztahu mozku, vědomí a sebeuvědomování*. Praha: Karolinum. ISBN 80-246-0735-0
33. KOUKOLÍK, F. 2005. *Mozek a jeho duše*. Praha: Galén. ISBN 8072623141
34. KOUKOLÍK, F. 2012. *Lidský mozek – funkční systémy. Norma a poruchy*. 3., přepracované a doplněné vydání. Praha: Galén. ISBN 978-80-7262-771-4
35. KRAUS, J. 2005. *Dětská mozková obrna*. Praha: Grada. ISBN 80-247-1018-8
36. KRAMULOVÁ, D. 2013. *Jak na nás působí hudba*. In: *Psychologie dnes*. Praha: Portál, s. 22-26
37. KUNC, Z. 1968. *Speciální chirurgie I*. Státní zdravotnické nakladatelství. ISBN neuvedeno
38. KULIŠŤÁK, P. 2011. *Neuropsychologie*. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-891-3
39. KULIŠŤÁK, P. 2003. *Jazyk a řeč a jeho poruchy*. In: *Kulišťák, P. Neuropsychologie*. Praha: Portál, s. 171-186. ISBN 978-80-246-1928-6
40. LECHTA, V. a kol. 2003. *Diagnostika narušené komunikační schopnosti*. Praha: Portál. ISBN 80-7178-801-5
41. LECHTA, V. a kol. 1990. *Logopedické repetitorium. Teoretické východiská súčasnej logopédie, moderné prístupy k logopedickej starostlivosti o osoby s narušenou komunikačnou schopnosťou*. Bratislava: Slovenské pedagogické nakladateľstvo: ISBN 80-08-00447-9
42. LOVE, R. J., WEBB, W. G. 2009. *Mozek a řeč*. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-464-9
43. LUKL, P. 1965. *Vnitřní lékařství*. Praha: Státní zdravotnické nakladatelství. ISBN neuvedeno

44. MÁDLOVÁ, P. 2014. *Hudba a její vliv na emoce a prožívání*. Diplomová práce. Brno: Masarykova univerzita, Fakulta pedagogická, Katedra sociální pedagogiky. ISBN neuvedeno
45. MAJTNER, J. 2006. *Hlasová výchova*. Olomouc: Univerzita Palackého. ISBN 80-244-1534-8
46. MODR, A. 1982. *Hudební nástroje*. Praha: Editio Supraphon. ISBN 02-123-82
47. MORALES, R. J. 2006. *Orofaciální regulační terapie – Metoda reflexní terapie pro oblast úst a obličeje*. Praha: Portál. ISBN 80-7367-105-0
48. MÜLLER, O. 2006. *Terapeuticko – formativní přístupy ve speciální pedagogice*. In: Renotérová, M.; Ludíková, L. a kol. *Speciální pedagogika*. Olomouc: Univerzita Palackého, s. 59-72. ISBN 80-244-1475-9
49. NEUBAUER, K. 2000. *Péče o osoby se vzniklou poruchou řeči – dysartrií*. Pedagogická fakulta UK: AMOS. ISBN neuvedeno
50. NEUBAUER, K. 2003. *Narušení článkování řeči – dysartrie*. In: Škodová, E.; Jedlička, I. *Klinická logopedie*, s. 303-327. ISBN 80-7178-546-6
51. NEUBAUER, K. a kol. 2007. *Neurogenní poruchy komunikace u dospělých. Diagnostika a terapie*. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-159-4
52. NEUBAUER, K. 2011. *Terapie dysartrie*. In: Lechta, V. a kol. *Terapie narušené komunikační schopnosti*. Praha: Portál, s. 283-332. ISBN 978-80-7367-901-9
53. OBRŠLÍKOVÁ, P. 2009. *Emocionální aspekty hudby - způsoby ritualizace poslechu*. Diplomová práce. Brno: Masarykova Univerzita. ISBN neuvedeno
54. PŘINOSILOVÁ, D. 2007. *Diagnostika ve speciální pedagogice. Texty k distančnímu vzdělávání*. Brno: Paido. ISBN 978-80-7315-157-7
55. REJMAN, L. 1971. *Slovník cizích slov*. Praha: Státní pedagogické nakladatelství. ISBN neuvedeno
56. ROUBÍČKOVÁ a kol. 2001. *Test 3F. Dysartrický profil*. Praha: Galén. ISBN 978-80-7262-714-1
57. SACKS, O. 2009. *Musicophilia. Příběhy o vlivu hudby na lidský mozek*. Praha: Dybbuk. ISBN 978-80-86862-92-7
58. SEIDL, Z. 2008. *Neurologie (pro nelékařské zdravotnické obory)*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-2733-2
59. SKORUNKA, D. 2008. *Narativní přístup v psychoterapii: pohled psychoterapeuta a klienta*. Disertační práce. Brno: Masarykova univerzita. ISBN neuvedeno

60. SLAMĚNÍK, I. 2011. *Emoce a interpersonální vztahy*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3311-1
61. SLOWÍK, J. 2007. *Speciální pedagogika*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-1733-3
62. SOVÁK, M. 1978. *Elementární logopedická diagnostika, terapie a prevence*. Praha: SPN. ISBN neuvedeno
63. STUHLÍKOVÁ, I. 2007. *Základy psychologie emocí*. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-282-9
64. SYNEK, F. 1991. *Záhady levorukosti. Asymetrie u člověka*. Praha: Horizont. ISBN 80-7012-054-1
65. ŠIMANOVSKÝ, Z. 1998. *Hry s hudbou a techniky muzikoterapie ve výchově, sociální práci a klinické praxi*. Praha: Portál. ISBN 80-7178-264-5
66. ŠIMANOVSKÝ, Z. 2011. *Hry s hudbou a techniky muzikoterapie ve výchově, sociální práci a klinické praxi*. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-928-6
67. ŠKODOVÁ, E.; JEDLIČKA, I. a kol. 2003. *Klinická logopedie*. Praha: Portál. ISBN 80-7178-546-6
68. ŠVARÍČEK, R.; ŠEĐOVÁ, K. a kol. 2007. *Kvalitativní výzkum v pedagogických vědách*. 1. vyd. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-313-0
69. VALENTA, M.; MÜLLER, O. 2007. *Psychopedie*. 4., aktualizované a přepracované vydání. Praha: PARTA. ISBN 978-80-7320-099-2
70. VOKURKA, M.; HUGO, J. a kol. 2004. *Velký lékařský slovník*. 4. vydání. Jessenius: Maxdorf. ISBN 80-7345-037-2

Internetové zdroje

1. GALÁŠ, J. Léčivé rytmy a Vibrace. *Djembe, Conga*. [online]. 2010. Dostupné z: <http://www.vrytmu.cz/Muzikoterapie-VrytmuHrani-Rytmus-V-Nas-V-Rytmu-Stromu-zivota-Djembe-Conga/>
2. KUČERA, M. Audiologie, foniatrie. Centrum léčby hlasových poruch. *Manuál – Rehabilitace vybraných poruch hlasu a hrou na přefukovanou píšťalu – koncovku*. [online] 2015. Dostupné z: http://www.hlascentrum.cz/?page_id=495
3. MALEČEK, M. Afro magazín. *Cesta o djembe. Původ, historie, rozšíření*. [online]. 2008 [cit. 2008-01-03]. Dostupné z: <http://afro.cz/magazin/cesta-djembe-puvod-historie-rozsireni>

4. Mezinárodní statistická klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů (MKN-10), [online], © 2010. Datum poslední revize: 27. 12. 2011, [cit. 2012-02-03]. Dostupné na www: <http://www.uzis.cz/cz/mkn/R47-R49.html>
5. Rehabilitační ústav Hrabyně. [online]. 2015. Dostupné na: <http://www.ruhrabyne.cz/o-ustavu/>
6. SAUNDERS, V. *A critical review of the effect of singing on intelligibility and other speech characteristics in adults with dysarthria*. [online]. 2010. Dostupné z: <http://www.uwo.ca/fhs/lwm/ebp/reviews/2009-10/Saunders.pdf>
7. VORLÍČEK, J. Africké bubny djembe. *Něco o djembe*. [online]. Dostupné z: <http://www.djembe-africke-bubny.cz/odkazy.html>

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha č. 1 : Informovaný souhlas

Příloha č. 2: Souhlas s účastí a stanovenými podmínkami

Příloha č. 3: Žádost o umožnění realizace skupinových logopedických terapií
v Rehabilitačním ústavu Hrabyně

Příloha č. 4: Test 3F – Dysartrický profil (manuál)

Příloha č. 5: Fotografie autorky při hře na saxofon

Příloha č. 1: Informovaný souhlas

Vážený pane _____,

jsem studentkou Pedagogické fakulty Univerzity Palackého Olomouc v oboru Speciální pedagogika se zaměřením na logopedii a psychopedii. V rámci své diplomové práce se zaměřuji na uplatnění hudby při skupinové logopedické terapii, což pro Vás znamená, že hudbu využiji v průběhu všech sezení, během kterých se společně uvidíme. Záměrem mé diplomové práce je snížit Vaše komunikační obtíže a doplnit Vaše logopedická cvičení, která již absolvujete s logopedkou Mgr. Veronikou Bakešovou.

Společná setkání budou probíhat od 8. 5. 2014 do 24. 7. 2014, a to každý čtvrtek od 15:00 - 16:00 v malém kulturním sále, v zařízení Rehabilitačního ústavu Hrabyně.

Zároveň bych Vás také chtěla požádat o souhlas s provedením Testu 3F, který bychom realizovali celkem 2x, a to v měsíci dubnu a poté v červenci. Veškeré výsledky budou zpracovány anonymně a budou použity pouze pro účel diplomové práce, uvedena bude pouze Vaše diagnóza a věk.

Velice Vám děkuji za Vaši ochotu a spolupráci
Karolína Nyklová

V _____ dne _____

Jméno: _____

Příloha č. 2: Souhlas s účastí a stanovenými podmínkami

Souhlasím - Nesouhlasím

s účastí při skupinové logopedické terapii v termínu 8. 5. 2014 do 24. 7. 2014, vždy ve čtvrtek od 15:00 - 16:00 v malém kulturním sále v Rehabilitačním ústavu Hrabyně.

Souhlasím také s tím, že budu provozovat aktivní dechová cvičení (hra na hudební nástroj), budu se účastnit relaxačních metod, budu vykonávat rytmizačně – pohybová cvičení (aktivní – hra na africké djembe, pasivní – poslech hudby), zároveň budu společně se studentkou posilovat obličejové svaly s užitím orofaciálních cviků.

Souhlasím také s provedením Testu 3F v měsíci květnu 2014 a poté v červenci 2014.

V _____ dne _____

Podpis

Příloha č. 3: Žádost o umožnění realizace skupinové logopedické terapie v RÚ Hrabyně

Rehabilitační ústav Hrabyně
Hrabyně 204
747 67

REHABILITAČNÍ ÚSTAV HRABYNĚ	
Došlo: 11-04-2016
Vyřízeno: <i>huda</i>
Č.j.: 2014/3185/2016	Pril.:
Spisový znak:	
Skani. zn./hůta:	

MUDr. Verner BORUNSKÝ
ředitel
Rehabilitační ústav Hrabyně
PSČ: 747 67
-1-

Věc: Žádost o umožnění vedení skupinové logopedické terapie v souvislosti se závěrečnou diplomovou prací

Vážený pane řediteli,

jsem studentkou Speciální pedagogiky (logopedie, psychopedie) v 1. ročníku navazujícího magisterského programu na Univerzitě Palackého v Olomouci.

Žádám Vás o umožnění vedení skupinové logopedické terapie, a to jednou týdně po dobu tří měsíců, s cca pěti klienty v zařízení RÚ Hrabyně (každý čtvrtek od 15:00).

V rámci diplomové práce s názvem: *Uplatnění hudby ve skupinové logopedické terapii u klientů s dysartrií v produktivním věku v Rehabilitačním ústavu Hrabyně*, bych se chtěla zaměřit na rytmizačně pohybová cvičení, artikulační cvičení, na obnovení svalové síly, na dechová a fonační cvičení, také na trénink větné intonace.

A to vše s využitím hudebních nástrojů (saxofon, africké djembe, klávesy, přefukovaná píšťala, rumba koule, kytara). Výsledky budou zpracovány anonymně a budou použity pouze pro účel diplomové práce.

Tímto Vás prosím o svolení.

S pozdravem

Bc. Karolína Nyklová

Česká 36

Opava 6

747 06

Tel: +420 736 456 761

e-mail: nyklova90@gmail.com

Příloha č. 4: Test 3F (manuál)

TEST 3F *Dysartrický profil*

Jméno:

Rodné číslo:

Pojišťovna:

Bydliště:

Povolání:

Datum vyšetření:

Vyšetřil:

Anamnéza:

Orientační předtestové vyšetření

Afázie:

ne *ano*

Orální nebo verbální apraxie:

ne *ano*

Jiná porucha řeči:

ne *ano*

Chrup:

úplný *neúplný*

Jazyková fascikulace, fibrilace:

ne *ano*

Jazyková atrofie:

ne *ano*

Jazyk plazí:

ve středu *uchyluje ke straně* *neplazí vůbec*

Dávivý reflex:

přiměřený *snížený* *zvýšený* *nevýbavný*

Kontrakce veta při opakované prodloužené fonaci hlásky [a]:

vydatné *snížené* *jednostranné* *nejsou vůbec*

Tvář symetrická v klidu:

ano *ne*

Tvář symetrická v pohybu:

ano *ne*

Přijímá plně jídlo jakékoli konzistence orálně:

ano *ne*

Obtíže při příjmu tekutin:

ne *občas* *často*

Obtíže při příjmu tuhé stravy:

ne *občas* *často*

TEST 3F

F1 – FACIOKINEZE

1. RTY

1.1 Protruze a retrakce rtů mezi zuby 0 1 2 +

Pacient se snaží o co největší našpulení a vtažení rtů mezi zuby. Úkol by měl provést nejméně 3× v plném rozsahu. Hodnotí se každý pohyb zvlášť. Netestuje se zde diadochokineze (to znamená plynulý přechod z jednoho pohybu do druhého). Bodové hodnocení:

2 normální pohyblivost rtů, protruze i retrakce dostatečná, provede 3× v plném rozsahu

1 omezená pohyblivost rtů, protruze a/nebo retrakce snižená, pohyb provede méně než 3×

0 pohyb jen náznakový nebo žádný

1.2 Pevnost sevření rtů v klidu 0 1 2 +

Testující vloží pacientovi mezi rty špátli a ten ji pevně svými rty stiskne. Testující zjišťuje sílu retního uzávěru tím, že vytahuje lehce špátli v horizontální rovině laterálně doprava a doleva. Bodové hodnocení:

2 při tahu je pociťováno pevné sevření rtů

1 udrží špátli jen bez tahu nebo jen s velmi malým tahem

0 špátli není schopen rty vůbec udržet

1.3 Pevnost retního uzávěru při nafouknutých tvářích 0 1 2 +

Netestuje se pouze síla retního uzávěru, ale i svalový tonus tváří a vytvoření orálního tlaku, který je nutný pro správnou artikulaci. Pacient je vyzván, aby si stiskl chřípí; tím se zamezí případnému úniku vzduchu nosem. Pak je vyzván, aby se nadechl, sevřel pevně rty a nafoukl obě tváře. Testující lehce stiskne prsty obě tváře. V tomto postavení by měl pacient vydržet minimálně 5 sekund. Bodové hodnocení:

2 5 s trvající pevný retní uzávěr při lehkém stisku nafouknutých tváří

1 retní uzávěr udrží méně než 5 s, nebo jen když se testující nedotýká tváří, vzduch postupně ústy uniká, nafouknutí tváří není dostatečné

0 tváře nenafoukne, nebo jen náznakem, většinou všechen vzduch uniká povolenými ústy ven

1.4 Zaostření koutků do úsměvu

0 1 2 +

Bodové hodnocení:

2 *normální pohyb obou koutků*

1 *nedokonalý pohyb obou koutků nebo jednoho z nich*

0 *u obou koutků nebo u jednoho z nich je zaostření jen náznakové nebo žádné*

1.5 Diadochokineze bez fonace

0 1 2 +

Testuje se schopnost vykonávat střídavé rychlé protichůdné pohyby. Pacient by měl 6× rychle a plynule (v časovém limitu asi 3 s) přejít z našpulených rtů do širokého úsměvu. Rty by měly zůstat u sebe. Bodové hodnocení:

2 *pohyb je rychlý, správný a v časovém limitu*

1 *provede méně než 6× nebo nepřesně*

0 *pohyby jsou pouze naznačené nebo žádné*

2. ČELIST

2.1 Otevření a zavření úst (volné)

0 1 2 +

Pohyb provést 5× plynule (ne ale příliš rychle), v co největším rozsahu. Bodové hodnocení:

2 *provede 5× plynule v plném rozsahu*

1 *pohyb s malým rozsahem, velmi pomalý nebo neplynulý, provedený méně než 5×*

0 *pohyb jen naznačený nebo žádný*

2.2 Otevření a zavření úst proti odporu

0 1 2 +

Testující přiloží prsty pod mandibulu pacienta a klade lehký odpor proti otevření úst. Pak přiloží špátli na dolní řezáky nebo přesune prsty ruky shora na mandibulu a klade lehký odpor proti zavření čelistí. Pohyb provést 3×. Bodové hodnocení:

2 *otevře a zavře čelist 3× plně proti odporu*

1 *otevře a zavře čelist jen bez odporu nebo s odporem méně než 3×*

0 *čelist otvírá a zavírá s obtížemi nebo vůbec ne*

2.3 Posouvání mandibuly doprava–doleva

0 1 2 +

Mandibula by měla být doprava i doleva pohyblivá zřetelně, tj. u dospělého asi 1 až 1,5 cm. Pohyb provést 2× na obě strany. Bodové hodnocení:

2 *provede 2× normální plný pohyb na obě strany*

1 *nedokonalý, neúplný pohyb nebo provedený méně než 2× na obě strany*

0 *pohyb jen naznačen nebo zcela chybí*

2.4 Kroužení mandibulou do stran

0 1 2 +

Pohyb provést 2× na obě strany. Bodové hodnocení:

- 2 *normální plynulý krouživý pohyb provedený 2× na obě strany*
- 1 *nedokonalý pohyb, neplynulý nebo provedený méně než 2× na obě strany*
- 0 *pohyb pouze náznakem nebo zcela chybí*

2.5 Kontrakce žvýkacích svalů

0 1 2 +

Pacient stiskne zuby (stoličky) co nejsilněji k sobě. Testující přiloží dlaně na obě strany jeho čelistního skloubení. Hmatem zjišťuje kontrakce m. masseter. Pak přiloží ruce na spánky a testuje kontrakce m. temporalis. Bodové hodnocení:

- 2 *kontrakce silné, oboustranně dobře hmatné*
- 1 *kontrakce méně vydatné, jednostranné*
- 0 *bez kontrakcí nebo jen záškuby*

3. JAZYK

3.1 Vysunutí jazyka z úst a zasunutí

0 1 2 +

Úkol by pacient měl provést alespoň 5×. Hodnotí se zde jak protruze, tak i retrakce jazyka. Bodové hodnocení:

- 2 *protruze i retrakce provedená 5× v plném rozsahu*
- 1 *protruze a/nebo retrakce snižené, provedené méně než 5×*
- 0 *pouze náznak nebo absence pohybu*

3.2 Zvednutí špičky jazyka vzhůru a spuštění zpět

0 1 2 +

Otevřít ústa, zvednout 5× špičku jazyka od dolních řezáků k horním, snažit se pokud možno nehýbat dolní čelistí. Malý pohyb mandibulou je tolerován. Bodové hodnocení:

- 2 *provede pohyb 5× v plném rozsahu*
- 1 *provede méně než 5×, elevace je pomalá nebo nedostatečná, při elevaci zcela zavírá ústa*
- 0 *pouze náznak nebo absence pohybu*

3.3 Vysunutí a obrácení špičky jazyka před ústy vzhůru

0 1 2 +

Otevřít ústa, vysunout co nejvíce jazyk a 5× otočit špičku nahoru směrem k nosu. Bodové hodnocení:

- 2 *pohyb provede 5× v plném rozsahu*
- 1 *vysouvá a obrací špičku obtížně, pohyb provede méně než 5×*
- 0 *absence pohybu nebo jen náznak*

3.4 Přesunutí jazyka z koutku do koutku

0 1 2 +

Úkol by pacient měl provést 5× na každou stranu. Bodové hodnocení:

- 2 laterální pohyby jazyka provede 5× přesně a plynule na obě strany
- 1 pohyby jsou pomalé, neúplné, nepřesné, provedené méně než 5×
- 0 absence pohybu nebo jen náznak

3.5 Kruhové olíznutí horního a dolního rtu

0 1 2 +

Úkol by měl pacient provést 2× na obě strany. Bodové hodnocení:

- 2 pohyb provede přesně, plynule, v plném rozsahu 2× na obě strany
- 1 neúplný, nepřesný pohyb, provede méně než 2×
- 0 absence pohybu nebo jen náznak

F2 – FONORESPIRACE

4. RESPIRACE

4.1 Klidová prodloužená exspirace

0 1 2 +

Zhluboka se nadechnout a pomalu vyfukovat vzduch ústy na hřbet ruky testujícího. Výdechový proud by měl být pokud možno rovnoměrný a měl by trvat minimálně 8 s. Před testováním je vhodné provést několik cvičných pokusů. Bodové hodnocení:

- 2 dlouhý výdechový proud 8 s a více
- 1 krátký výdechový proud 4–7 s
- 0 velmi krátký výdech méně než 4 s

4.2 Síla výdechového proudu

0 1 2 +

Přidržit přibližně 10 cm před ústy za dolní okraj proužek kancelářského papíru asi 1 cm široký a 12 cm dlouhý. Zhluboka se nadechnout a fouknout do papírového proužku.

Papírek by měl zůstat ohnutý alespoň 3 s. Bodové hodnocení:

- 2 silný výdech, papírek vydrží 3 s ohnutý o 90°
- 1 středně silný výdech, papírek se ohne méně než o 90°, ale více než o 45°, nebo se papírek neudrží ohnutý 3 s
- 0 velmi slabý výdech, papírek se pohne minimálně nebo vůbec ne

4.3 Výdrž expirace při syčení [sss...]

0 1 2 +

Zhluboka se nadechnout a pak co nejdéle, ale se zřetelnou slyšitelností syčet. Síla a hlasitost by měly být pokud možno rovnoměrné, přičemž ale v závěru úkonu lze i výraznější kolísání považovat za zcela normální. Bodové hodnocení:

2 déle než 20 s

1 10–20 s

0 méně než 10 s

4.4 Opakování sérií [ss-ss-ss...]

0 1 2 +

Nadechnout se a krátce, stejnoměrně a periodicky opakovat syčení asi 2–3× za sekundu.

Hodnotí se schopnost opakovaně a pravidelně spouštět a zastavovat expiraci. Bodové hodnocení:

2 zřetelné a rytmické přerušované syčení

1 patrné obtíže s každou periodou, příliš dlouhé intervaly syčení nebo pauz

0 neschopnost zastavit nebo obnovit syčení do asi 3 s

4.5 Plynulé zesilování a zeslabování sykotu

0 1 2 +

Zhluboka se nadechnout a velmi zlehka, co nejtížeji začít syčet. Postupně, pomalu sykot zesilovat do maxima a pak ho zase plynule zeslabovat zpět až k co nejtížejšímu zvuku.

Celou sekvenci na jeden nádech provést 3×. Nutné pacientovi předvést.

Hodnotí se nejen rozdíl mezi počáteční a závěrečnou hlasitostí v každé sekvenci, ale i celková plynulost a rovnoměrnost modulace.

Cílem je jednak zjistit schopnost regulovat množství a sílu expirace a jednak schopnost předem si odhadnout vlastní kapacitu a tím si žádané zeslabování a zesilování strategicky rozvrhnout v čase. Bodové hodnocení:

2 plynulé zesilování a zeslabování sykotu, zřetelný rozdíl mezi krajními hlasitostmi, provede 3× v plném rozsahu

1 zesílení a zeslabení skokem nebo neplynulé, příliš rychlé, provede méně než 3×

0 neschopnost zesílit nebo zeslabit, anebo příliš silné kolísání

5. RESPIRACE PŘI FONACI

5.1 Výdrž expirace při prodloužené fonaci hlásky [mmm...]

0 1 2 +

Fonované prodloužené [mmm] (mručení) se provádí při zavřených ústech, uvolněném jazyku a spuštěném měkkém patě. Vzduch uniká pouze nosem při současném kmitání hlasivek. Pacient se zhluboka nadechne, zavře ústa a co nejdéle, ale zřetelně fonuje prodlouženě hlásku [m]. Bodové hodnocení:

2 déle než 15 s

1 5–15 s

0 méně než 5 s

5.2 Výdrž expirace při prodloužené fonaci hlásky [iiii...] 0 1 2 +

Obdoba 5.1, ale s pootvřenými ústy a uzavřeným měkkým patrem.

Hlásky [j] by měla být nenosová. Pokud není funkční patrohltanový závěr, bude výsledek horší. Při nesprávné artikulaci může být ale spotřeba dechu vyšší i při plném patrohltanovém závěru. Bodové hodnocení:

2 déle než 15 s

1 5–15 s

0 méně než 5 s

5.3 Synchronizovanost respirace s fonací – [ffffii] 0 1 2 +

Testující nejprve úkol předvede: začít prodlouženě fonovat neznělou hlásku [f] (foukat) a pak asi po 3 s přejít plynule do prodlouženého znělého [ii].

Musejí být jasně slyšitelné obě části: jak neznělá, tak znělá. Každá část by měla trvat alespoň 3 s. Bodové hodnocení:

2 obě hlásky správně a přibližně stejně dlouho fonované

1 neplynulý, předčasný nebo příliš opožděný nástup znělého [j]

0 neschopnost přecházet mezi znělým a neznělým

5.4 Délka výdechové mluvní fráze 0 1 2 +

Úkolem je přečíst různé dlouhé věty vždy na jeden výdech. Testovací věty se postupně prodlužují o 1–2 slabiky.

Testující nejprve úkol vysvětlí, pak nechá pacienta zkusmo předvést několik vět. Je také možné nechat testovaného předem se s celým textem seznámit tak, že ho nejprve dostane k tichému přečtení.

Zdravý jedinec by měl dechově zvládat minimálně 15 slabik. Bodové hodnocení:

0 Kolik? (2 slabiky)

Kolik má? (3 slabiky)

Kolik máte? (4 slabiky)

1 Kolik máte peněz? (6 slabik)

Kolik máte s sebou peněz? (8 slabik)

Kolik máte u sebe peněz? (9 slabik)

Kolik máte teď u sebe peněz? (10 slabik)

Kolik máte teď u sebe asi peněz? (12 slabik)

Kolik máte teďka u sebe asi peněz? (13 slabik)

2 Kolikpak máte teďka u sebe asi peněz? (14 slabik)

Kolikpak to máte teďka u sebe asi peněz? (15 slabik)

Kolikpak to máte teďka u sebe asi tak peněz? (16 slabik)

Kolikpak to teda máte teďka u sebe asi tak peněz? (18 slabik)

5.5 Mluvní respirace

0 1 2 +

Sledují se odchylky ve schématu mluvního dýchání, které narušují rytmus a tempo řeči, dále se hodnotí i nádechy nevhodně umístované pod tlakem dechové nouze, slyšitelné nádechy a celková fonačně-respirační koordinace. Bodové hodnocení:

- 2 *mluvní respirace bez odchylek*
- 1 *zřetelné občasné až časté odchylky*
- 0 *závažné, velmi nápadné odchylky*

6. FONACE

6.1 Kvalita hlasu

0 1 2 +

Posuzuje se především typ odchylné kvality a znění hlasu. Hlas může být chraptivý, zastřehný, tlačehý, spastický, afonický. Bodové hodnocení:

- 2 *hlas bez poruchy*
- 1 *narušehý, ale funkční*
- 0 *výrazně narušehý, až nefunkční*

6.2 Rezonance

0 1 2 +

Většinou se hodnotí zvýšená nazalita v důsledku porušené funkce velořaryngeálního závěru. Zvýšenou nebo sníženou nosní rezonanci při poslechu běžné řeči slyší zkušehý testující sám. Lze ale užít i objektivnější vyšetření poslechu fonendoskopem s ušní olivkou (otofon). Bodové hodnocení:

- 2 *nosní rezonance přiměřená*
- 1 *lehce až středně zvýšená nebo občasná nazalita*
- 0 *velmi výrazná nazalita*

6.3 Přiměřená a ovládaná hlasitost

0 1 2 +

Z běžného rozhovoru se zjišťuje, jakou má pacient kontrolu nad silou vlastního hlasu. Hodnotí se, zdali hlasitost nekolísá, zda není příliš mikrofonická nebo makrofonická. Bodové hodnocení:

- 2 *kontrola hlasitosti dobrá*
- 1 *přítomny lehčí až středně těžké nedostatky v silové modulaci (mikrofonie, makrofonie, kolísání)*
- 0 *těžká porucha hlasitosti, hlasitost příliš kolísavá, silná nebo slabá*

6.4 Přiměřená a ovládaná výška

0 1 2 +

Stejným způsobem jako u 6.3 se z běžného rozhovoru zjišťuje kontrola nad výškovou modulací vlastního hlasu.

Hodnotí se, zda výška hlasu je přirozená, zda není hlas posazen příliš nízko nebo vysoko, zda není výšková intonace příliš monotónní, nebo naopak kolísavá. Pacient někdy sám udává změnu výškové polohy hlasu. Bodové hodnocení:

2 *posazení hlasu i jeho výšková modulace dobrá*

1 *přítomny lehčí až středně těžké nedostatky (zvýšená, snižená, kolísavá nebo monotónní)*

0 *těžká porucha (příliš vysoká, nízká, silně kolísavá, zcela monotónní a nepřirozená)*

6.5 Hlasový rozsah

0 1 2 +

Průměrný hlasový rozsah dospělého člověka je asi 2 oktávy, avšak pro řeč se z něho využívají spíše hlubší tóny v rozpětí přibližně sexty. Protože intonační schopnost se tu netestuje pro účely hudební, nýbrž řečové, za dostatečný rozsah lze považovat přibližně oktávu a hlas se nemusí zvyšovat intonačně čistě, ale neměl by přeskakovat z hlubokých tónů hned do vysokých. Bodové hodnocení:

2 *normální intonační rozsah*

1 *rozsah omezený (3–5 tónů)*

0 *minimální či nulový intonační rozsah (do 2 tónů)*

F3 – FONETIKA

7. ARTIKULACE

7.1 Přesnost opakování samohlásek

0 1 2 +

Testující nechá pacienta postupně opakovat samostatné vokály: [a], [e], [i], [o], [u], případně slabičná spojení [haha], [hehe], [hihi], [hoho], [huhu].

K dodatečnému upřesnění lze použít slova uvedená v textové příloze. Bodové hodnocení:

2 *výslovnost samohlásek správná*

1 *kvalita samohlásek narušená, ale vokály lze od sebe odlišit*

0 *nezvládá žádný nebo se daří jen některý vokál, hlásky nelze od sebe rozlišit*

7.2 Přesnost opakování souhlásek

0 1 2 +

Testující nechá pacienta postupně opakovat nejprve slabiky (případně samostatné souhlásky), pak jednoduchá slova, následně složitější slova se souhláskovými skupinami a nakonec věty. Příklady jsou uvedeny v příloze. Bodové hodnocení:

2 *výslovnost souhlásek správná ve všech spojeních*

1 *některé souhlásky nepřesné nebo vážně artikulace jen složitějších slov*

0 *souhlásky těžce deformovány*

7.3 Přesnost artikulace při čtení

0 1 2 +

Testující dá pacientovi nejprve potichu přečíst a pak nahlas předčítat text. Text je uveden v příloze. Bodové hodnocení:

2 artikulace všech hlásek správná

1 artikulace některých nebo všech hlásek není zcela správná, je setřelejší a poněkud nepřesná

0 artikulace těžce deformovaná

7.4 Diadochokineze s fonací – [p-t-k], [o-e]

0 1 2 +

Testuje se koordinace mluvních pohybů při opakovaných rychlých artikulačních přechodech. Pacient by měl postupně 6× v rychlém sledu co nejrychleji rytmicky zopakovat dvě artikulační spojení: [p-t-k], a pak [o-e].

Hodnotí se počet, správnost artikulace, srozumitelnost a rychlost.

Testující úkol předvede a na prstech pak ukazuje, kolik artikulačních přechodů má ještě pacient provést. Bodové hodnocení:

2 každé spojení přibližně 6× za 3 s, přičemž artikulace je správná a srozumitelná

1 méně než 6× za 3 s, nebo rychlost dobrá, ale horší artikulace a srozumitelnost, případně zvládne dobře jen jedno spojení

0 téměř nebo vůbec nezvládá

7.5 Spontánní řeč

0 1 2 +

Z běžného rozhovoru testující zjišťuje míru postižení artikulace. Bodové hodnocení:

2 artikulace všech hlásek správná

1 artikulace lehce až středně narušená

0 artikulace těžce deformovaná

8. PROZÓDIE

8.1 Udržení rytmu v rytmickém textu

0 1 2 +

Hodnotí se zde napodobení rytmu v rytmickém textu. Testující pacientovi nejprve rytmickou strukturu přečte a pak ho požádá, aby se pokusil sám přečíst text stejně rytmicky.

Není nutné vyzkoušet všechny texty, které jsou uvedeny v příloze. Bodové hodnocení:

2 rozpozná a udrží rytmus bez výraznějších odchylek

1 rytmus neudrží po celou dobu nebo jen nepřesně

0 rytmičnost textu vůbec nebo téměř nezvládá

8.2 Základní větňé intonace

0 1 2 +

Zde se testuje schopnost napodobit správné stoupání hlasu při otázce, klesání hlasu při rozkazu a neutrální intonaci při neukončené výpovědi. Testující nejprve úkol vysvětlí a předvede.

Pro českou zjišťovací otázku je důležité, aby melodie hlasu zřetelně stoupla, a to buď na poslední slabice, nebo už na slabice následující po posledním přízvuku, po níž melodie povolna klesá:

Podepřete to tam? = PO^{tam}depřeteto^{de} nebo PO^{tam}
(stoupnutí hlasu na konci nebo po přízvuku)

U oznamovací a rozkazovací věty melodie od posledního přízvuku klesá.

U rozkazu je pokles strmější a rozsah intervalu větší.

Podepřete to tam. (!) = PO^{de}pře^{de} nebo PO^{pře}tetotam^{tetotam}

(klesání hlasu směrem ke konci)

U neukončené výpovědi není intonační stoupání ani klesání výrazné.

Podepřete to tam, protože...(to padá) = PO^{de}depřetetotam, protože...

(klesání ani stoupání hlasu není výrazné)

Testovací věty jsou uvedeny v příloze. Bodové hodnocení:

- 2 rozliší bezpečně všechny základní intonační typy vět
- 1 rozlišení není vždy zcela přesvědčivé
- 0 žádnou větňou intonaci není schopen ani napodobit

8.3 Přemístování kontrastního důrazu

0 1 2 +

Testující pacientovi vysvětlí, že úkolem je slova zvýrazněná v textu zdůraznit tak, jak to často děláme v běžně řeči, abychom vyjádřili smysl výpovědi.

Přemístování důrazu testující předvede na zkušební větě. Text je uveden v příloze.

Bodové hodnocení:

- 2 důraz umístí správně ve všech slovech
- 1 správný důraz umístí jen v některých slovech nebo jen po napodobení slyšeného vzoru
- 0 správně přemístit důraz se nedaří ani při napodobování

8.4 Intonační variabilita

0 1 2 +

Jde o schopnost přiléhavě obměňovat intonační schéma podle komunikačních záměrů.

Po vysvětlení je úkolem pacienta na konkrétních větách vyjádřit pocity pomocí adekvátní intonace. Testovací věty jsou uvedeny v příloze. Bodové hodnocení:

- 2 intonace adekvátní, přiměřeně pestrá
- 1 občasné odchylky, stereotypnost, nevýraznost, nevhodnost
- 0 nápadné, silné a časté odchylky

8.5 Komplexní prozodické faktory

0 1 2 +

Hodnotí se zde komplexně všechny prozodické faktory běžné řeči pacienta: nepřesný přízvuk a rytmus, nesprávné pauzy, frázování, nepřirozená melodie, zrychlené nebo zpomalené tempo řeči apod. Bodové hodnocení:

- 2 *prozodické faktory přiměřené*
- 1 *občasné nebo lehké až středně nápadné odchylky*
- 0 *těžce narušená a nepřirozená prozodie*

9. SROZUMITELNOST

9.1 Srozumitelnost předříkaných slov

0 1 2 +

Hodnotí se míra srozumitelnosti předříkaných slov. Testující čte slova, pacient opakuje. Slova jsou uvedena v příloze. Bodové hodnocení:

- 2 *srozumitelnost ve všech slovech dobrá*
- 1 *srozumitelnost není zcela přesná*
- 0 *srozumitelnost malá, až žádná, slova silně deformovaná*

9.2 Srozumitelnost předříkaných vět

0 1 2 +

Obdobný úkol jako u 9.1, ale hodnotí se srozumitelnost opakovaných vět. Věty jsou uvedeny v příloze. Bodové hodnocení:

- 2 *srozumitelnost vět dobrá*
- 1 *srozumitelnost není přesná, ale obsah je ještě zachytitelný*
- 0 *srozumitelnost malá, až žádná, obsah vět zcela uniká*

9.3 Srozumitelnost četby slov

0 1 2 +

Testovaný sám čte slova.

Hodnotí se míra srozumitelnosti. Slova jsou uvedena v příloze. Testující použije stejný text jako u 9.1 Srozumitelnost předříkaných slov. Důvodem je možnost porovnat srozumitelnost stejných slov opakovaných (předříkaných) a čtených. Bodové hodnocení:

- 2 *srozumitelnost všech slov dobrá*
- 1 *srozumitelnost zhoršená nebo občas selhává, ale obsah lze zachytit*
- 0 *srozumitelnost malá, až žádná, slova silně deformovaná*

9.4 Srozumitelnost četby textu

0 1 2 +

Obdobný úkol jako u 9.3, ale hodnotí se četba předloženého souvislého textu. Text je uveden v příloze. Bodové hodnocení:

- 2 *srozumitelnost textu dobrá*
- 1 *srozumitelnost zhoršená nebo občas selhává, ale obsah lze zachytit*
- 0 *srozumitelnost textu malá, až žádná, slova silně deformovaná*

9.5 Srozumitelnost spontánní promluvy

0 1 2 +

Bodové hodnocení:

2 srozumitelnost dobrá

1 výpověď zhruba srozumitelná, posluchač se občas nebo i častěji musí více soustředit, případně si musí vyžádat opakování; srozumitelnost je dobrá jen při zpomaleném tempu

0 srozumitelnost je mizivá nebo žádná, obsah většinou posluchači téměř celý uniká

Příloha č. 5: Fotografie autorky při hře na saxofon

