

Univerzita Hradec Králové
Pedagogická fakulta
Katedra speciální pedagogiky a logopedie

Získaná dysartrie u dospělých osob

Bakalářská práce

Autor: Jana Dudková

Studijní program: B7506 Speciální pedagogika

Studijní obor: Speciálně pedagogická péče o osoby s poruchami komunikace

Vedoucí práce: doc. PaedDr. Karel Neubauer, Ph.D.

Hradec Králové

2015

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: **Jana Dudková**
Osobní číslo: **P121134**
Studijní program: **B7506 Speciální pedagogika**
Studijní obor: **Speciálně pedagogická péče o osoby s poruchami komunikace**
Název tématu: **Získaná dysartrie u dospělých osob**
Zadávací katedra: **Katedra speciální pedagogiky**

Z á s a d y p r o v y p r a c o v á n í :

Tématem práce je získaná dysartrie - porucha motorické realizace řeči vzniklá na neurogenní bázi postihující již vybudovanou řeč jedince. Teoretická část textu se zabývá shrnutím současných poznatků o klasifikaci, etiologii, symptomatologii a prognóze získané dysartrie, současně zahrnuje metody a formy logopedické intervence. Praktická část spočívá v tvorbě stimulačního programu pro jedince se získanou dysartrií, dále jeho ověření u skupiny hospitalizovaných osob se získanou dysartrií a kritickém zhodnocení na základě podkladů získaných kvalitativním šetřením.

Rozsah grafických prací:

Rozsah pracovní zprávy:

Seznam odborné literatury:

Vedoucí bakalářské práce:

doc. PaedDr. Karel Neubauer, Ph.D.

Katedra speciální pedagogiky

Datum zadání bakalářské práce: **20. února 2014**

Termín odevzdání bakalářské práce: **26. března 2015**

L.S.

doc. PhDr. Pavel Vacek, Ph.D.
děkan

doc. PhDr. Tibor Vojtko, Ph.D.
vedoucí katedry

dne

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem tuto bakalářskou práci vypracovala pod vedením vedoucího bakalářské práce doc. PaedDr. Karla Neubauera, Ph.D. samostatně a uvedla jsem všechny použité prameny a literaturu.

V Hradci Králové 26. 3. 2015

Poděkování

Děkuji panu doc. PaedDr. Karlu Neubauerovi, Ph.D. za odborné vedení a cenné rady, které mi při zpracování práce poskytl. Zároveň bych chtěla poděkovat panu Mgr. Davidu Konopáčovi, Dis. za vstřícnost a věnovaný čas při poskytování odborných rad, podnětných připomínek a hodnotných námětů při vypracovávání praktické části bakalářské práce.

Anotace

DUDKOVÁ, Jana. 2015. *Získaná dysartrie u dospělých osob*. Hradec Králové: Pedagogická fakulta Univerzity Hradec Králové. 93 s. Bakalářská práce.

Tématem práce je získaná dysartrie – porucha motorické realizace řeči vzniklá na neurogenní bázi postihující již vybudovanou řeč jedince. Teoretická část textu se zabývá shrnutím současných poznatků o klasifikaci, etiologii, symptomatologii a prognóze získané dysartrie, současně zahrnuje metody a formy logopedické intervence. Praktická část spočívá v tvorbě stimulačního programu pro jedince se získanou dysartrií, stimulační program obsahuje terapeutické materiály zaměřené na všechny řečové modalities (tj. artikulace, respirace, fonace, rezonance a prozodické faktory). Dalším cílem je ověřit tyto materiály u skupiny tří hospitalizovaných osob se získanou dysartrií pomocí diagnostického materiálu Testu 3F Dysartrického profilu a vypracovat případové studie těchto tří osob. Poslední část sestává z kritického zhodnocení na základě podkladů získaných kvalitativním šetřením ve Státních léčebných lázních Janské Lázně s. p.

Klíčová slova: získaná dysartrie, stimulační program, kvalitativní šetření, případová studie

Annotation

DUDKOVÁ, Jana. 2015. *Acquired dysarthria in group of adults*. Hradec Králové: Faculty of Education, University of Hradec Králové. 93 p. Bachelor Degree Thesis.

The subject of labour is acquired dysarthria – disorder of motoric speech realisation which is caused by neuroglia's base and affected with already developed individual speech. Theoretical part of the caption is focusing on summarizing current findings about ranking, etiology, symptomatology and prediction of acquired dysarthria, simultaneously it involves methods and forms of logopedic's intervention. Practical part is focusing on creation of stimulatory scheme for individuals with acquired dysarthria, stimulatory scheme contains therapeutical materials focused on all speech modalities (which are articulation, respiration, phonation, resonance and prosodic aspects). The next goal is to verificate this materials with group of three hospitalized patients with acquired dysarthria by using diagnostic material „Test 3F Dysartrický profil“ and develope case study of those three persons. Last part consists of critical evaluation based on basis obtained by qualitative investigation in State health spa Janské Lázně.

Keywords: acquired dysarthria, stimulative scheme, qualitative investigation, case study

Obsah

ÚVOD.....	10
1 Získaná dysartrie.....	12
1.1 Terminologické vymezení.....	12
1.2 Etiologie	13
1.2.1 Cévní mozkové příhody.....	13
1.2.2 Kraniocerebrální traumata	15
1.2.3 Neurodegenerativní onemocnění	17
1.3 Klasifikace.....	19
1.3.1 Neurologická klasifikace dysartrií podle Petrovského (1996).....	19
1.3.2 Klasifikace dle akusticko-percepčních charakteristik řeči.....	21
1.4 Diferenciální poruchy řečové komunikace u dospělých osob.....	27
1.4.1 Afázie.....	28
1.4.2 Řečová apraxie.....	28
1.4.3 Kognitivně-komunikační poruchy	29
1.5 Dysfagie	29
2 Logopedická intervence u osob se získanou dysartrií	32
2.1 Diagnostika	32
2.1.1 Diagnostika získaných neurogenních poruch řečové komunikace u dospělých osob.....	33
2.1.2 Test 3F Dysartrický profil.....	34
2.2 Terapie.....	35
2.2.1 Metody a prostředky	36
2.3 Prevence	40
2.3.1 Podpora komunikace u osob se získanou dysartrií	40
2.4 Prognóza.....	41
3 Realizace výzkumu	42
3.1 Cíl výzkumného záměru a metodologie.....	42

3.1.1	Metodologie tvorby stimulačního programu	42
3.1.2	Metodologie ověření stimulačního programu	43
3.2	Charakteristika stimulačního programu	44
3.3	Případové studie	45
3.3.1	Případová studie č. 1	45
3.3.2	Případová studie č. 2	49
3.3.3	Případová studie č. 3	52
3.4	Shrnutí a diskuse	55
ZÁVĚR		56
SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY		57
SEZNAM TABULEK A GRAFŮ		60
SEZNAM ZKRATEK		60
PŘÍLOHY		

ÚVOD

Roztroušená skleróza mozkomíšní je poměrně časté onemocnění centrální nervové soustavy vznikající mezi 20. a 40. rokem života, které zapříčiňuje postupné zhoršování zdravotního stavu jedince (Pfeiffer, 2007). Automobilový průmysl neustále zdokonaluje bezpečnostní prvky vozidel, díky nimž se snižuje množství otevřených poranění při autonehodách, ale vnitřní vysokoenergetická traumata vznikající při nehodách ve vysokých rychlostech jsou stále obrovským problémem, častou příčinou postižení nebo úmrtí. Dalším problematickým faktorem jsou cévní mozkové příhody, jež se v posledních letech stávají stále častěji doménou i pro osoby v produktivním věku (Neubauerová, 2011). Všechna tato neurogení onemocnění a akutní stavy mají společné to, že často způsobují jedincům následky a jedním z takových následků může být právě dysartrie. Logopedická péče je nezbytnou součástí komplexní péče zaměřené na odstranění či zmírnění poruch komunikace a v případě degenerativních onemocnění na stabilizaci stavu řečových popřípadě jazykových schopností.

Bohužel logopedická péče o dospělé osoby je v současné době mezi českou laickou veřejností poměrně neznámou oblastí. Stále přetrvává mýtus, že logopedie se zabývá pouze vyvozováním správných percepčně-motorických vzorů hlásek u dětí, proto velká část dospělých osob logopedickou péčí nevyhledává vůbec nebo až v návaznosti na zkušenosti s logopedií v rámci lázeňských pobytů apod. Navíc je potřeba konstatovat, že množství materiálů určených pro logopedickou práci s dospělými klienty velmi zaostává za množstvím materiálů určených dětem. Autoři odborných publikací opakovaně upozorňují na potřebu materiálů, které nebudou pouhými úpravami původních materiálů určených dětem.

Bakalářská práce reaguje na nedostatek materiálů určených primárně dospělým osobám tvorbou vlastního stimulačního programu pro osoby se získanou dysartrií. V rámci stimulačního programu byla snaha zaměřit se na všechny řečové modalitty, které mohou být vlivem dysartrie porušeny. Tento stimulační program byl ověřován a upravován v rámci terapie s osobami se získanou dysartrií. Bakalářská

práce tedy obsahuje teoretická východiska, stimulační program a případové studie osob, se kterými bylo po dobu čtyř týdnů pracováno podle tohoto stimulačního programu.

1 Získaná dysartrie

První kapitola se zabývá definicí získané dysartrie, její etiologií a uvádí klasifikaci z pohledu neurologického i z pohledu akustiko-percepčních charakteristik. V rámci klasifikace je brán zřetel na etiologii a symptomatologii jednotlivých typů získané dysartrie. Dále stručně definuje afázii, řečovou apraxii a kognitivně-komunikační poruchy. Poslední částí první kapitoly je věnována problematice dysfagií, vzhledem k jejich častému výskytu spolu se získanou dysartrií.

1.1 Terminologické vymezení

„Dysartrií nazýváme poruchy motorické realizace řeči na základě organického poškození nervové soustavy.“ (Neubauer, 2007, str. 44) Řadíme ji, stejně jako řečovou apraxii, k motorickým poruchám řeči z angl. Motor Speech Disorders.

Komplexní definici nabízí Duffy (2005), který rozšiřuje a upravuje vymezení dysartrie od autorů Darley, Aronson a Brown z roku 1969. Duffy (2005, str. 5) definuje dysartrii jako: *„Souhrnné označení pro skupinu poruch řeči na neurogením podkladě projevující se odchylkami v síle, rychlosti, rozsahu, načasování, tónu hlasu a přesnosti pohybů potřebných k produkci řeči, tyto odchylky se manifestují při respiraci, fonaci, rezonanci, artikulaci a prozodických faktorech řeči. Centrální a periferní nervový systém je odpovědný za patofyziologické poruchy, které se nejčastěji projevují jako spasticita, nekoordinovanost, nedobrovolné pohyby nebo jako nadměrný, redukováný či proměnlivý svalový tonus.* Duffy (2005) zdůrazňuje, že se jedná o poruchu pohybu nebo kontroly pohybu, která musí být neurogenního původu a lze ji diferencovat do různých typů v závislosti na odlišných akusticko-percepčních vzorech a rozdílné neuropatofyziologii.

Velice těžkou poruchu motorických řečových modalit způsobující praktickou ztrátu verbální komunikace označujeme jako anartrii, která může být spojená s afonií, neschopností tvořit hlas. Dysartrii též může doprovázet dysfagie, porucha polykání. (Neubauer, 2003)

Získaná dysartrie je porucha řeči již vybudované na rozdíl od vývojové dysartrie, která bývá nejčastěji spojována s dětskou mozkovou obrnou, zahrnuje tedy poruchy vrozené nebo vzniklé jako následky perinatálního poškození nervové soustavy (Klenková, 2006). Love a Webb (2009) zdůrazňují ještě svalovou dystrofií v dětském věku, dále úrazy hlavy a mozku a mozkové nádory u dětí.

Jak už bylo zmíněno výše, dysartrii řadíme do skupiny řečových poruch nazývaných Motor Speech Disorders na rozdíl od afázie, poruchy individuálního jazykového systému, Neurogenic Language Disorder. Toto zásadní rozlišení pojmů řeč (speech) a jazyk (language) je neodmyslitelnou součástí volby adekvátní intervence v logopedické péči. (Neubauer, 2007)

Dysartrie a dyslálie bývají řazeny do skupiny narušení článkování řeči, při čemž toto členění vyplývá pouze ze společné symptomatologie. (Neubauer, 2003)

1.2 Etiologie

Získaná dysartrie vzniká z mnoha příčin, Neubauer (1998) uvedl mezi ty nejčastější cévní mozkové příhody, kraniocerebrální traumata a jako další řadí degenerativní onemocnění, především Parkinsonovu chorobu a roztroušenou sklerózu. Právě nejčastější příčiny vzniku získané dysartrie jsou na tomto místě stručně charakterizovány s ohledem na fyzické a psychické následky. Znalost těchto následků je pro klinického logopeda klíčová především z hlediska správného přístupu ke klientovi se získanou dysartrií. Neubauer (2007) opakovaně uvádí, že logopedická diagnostika navazuje na závěry neurologického vyšetření, což jen dokazuje potřebu orientace v problematice etiologie.

1.2.1 Cévní mozkové příhody

Blokáda, nebo prasknutí tepny, která přivádí krev do mozku, způsobuje přerušení zásobování mozku krví. Přerušení zásobení má za následek odumírání mozkových buněk, tímto způsobem vzniká cévní mozková příhoda. (WHO, 2004)

Podle Kality (2006) se dělí na tři základní typy:

- ischemická cévní mozková příhoda (iCMP, ischemický iktus);

Tento nejčastější typ cévních mozkových příhod se vyskytuje v 80 – 85% případů. Je spojena s ucpáním některé z tepen zásobujících mozkovou tkáň. (Kalita, 2006)

- hemoragická cévní mozková příhoda intracerebrální (ICH, intracerebrální hemoragie);

Intracerebrální hemoragie se vyskytuje dvakrát častěji než subarachnoidální hemoragie a to v 10 – 15% všech případů cévních mozkových příhod a je častější příčinou smrti než ischemické cévní mozkové příhody. Většina vzniká rupturou malých tepen nebo tepének. (Kalita, 2006)

- hemoragická cévní mozková příhoda subarachnoidální (SAH, subarachnoidální hemoragie).

Poslední typ má velice nepříznivou prognózu, často končí smrtí. V 40 % případů umírají jedinci v prvních minutách, 45% zemře do 30 dnů. Příčin vzniku je několik, nejčastější (77%) je ruptura intrakraniálního vakovitého aneurysmatu (prasknutí vakovitého rozšíření tepny uvnitř lebky). (Kalita, 2006)

Epidemiologie

Kalita (2006) publikoval fakta o cévních mozkových příhodách (CMP):

Tabulka č. 1 Fakta o cévních mozkových příhodách (CMP)

více než 50 milionů žijících lidí na světě prodělalo CMP nebo TIA (tranzitorní ischemická ataka);
za rok umírá na světě na CMP více než 5 milionů lidí;
celosvětově je druhou nejčastější příčinou úmrtí;
2 z 5 nemocných po CMP prodělají do 5 let další mozkovou příhodu.

(Kalita, 2006, str. 16)

Dále uvádí, že incidence cévních mozkových příhod je stále častější v produktivním věku. V České republice je poměr cévních mozkových příhod přibližně 300 případů na 100 tisíc obyvatel. (Kalita, 2006)

Následky

Jedná se o onemocnění, které je jednou z nejčastějších příčin úmrtí, nebo trvalého postižení. Poškození jedné strany mozku způsobuje postižení na opačné straně těla. Mění se svalový tonus, tato změna znemožňuje vykonávat kontrolované pohyby. Svalový tonus může být zvýšený, který označujeme pojmem spasticita či hypertonie nebo snížený neboli chabost, hypotonie. Také se může vyskytovat kombinace obojího výše uvedeného. Dalšími komplikacemi mohou být poruchy polykání tzv. dysfagie a poruchy řeči nebo jazykového systému. U inkontinence často dochází k postupnému zlepšování kontroly. Dále se vyskytují obtíže se smyslovým rozlišováním a vnímáním, např. s určováním polohy končetin apod. Vlivem cévní mozkové příhody může být narušena také paměť, schopnost udržet pozornost a prostorová orientace. Vyrovnání se se situací po cévní mozkové příhodě může způsobit deprese a úzkosti. (WHO, 2004)

1.2.2 Kraniocerebrální traumata

Nejčastější příčinou úrazu mozku jsou dopravní nehody, druhou nejčastější tvoří pády, dále napadení, sporty a střelná poranění. Poranění mozku se rozděluje na primární, které vzniká v okamžiku úrazu, a sekundární často postupně vznikající v rámci těžkých primárních poranění mozku v nepoškozené mozkové tkáni na podkladu např. zvýšeného nitrolebečního tlaku či mozkového edému. (Smrčka, 2001)

Smrčka (2001) uvádí sedm druhů kraniocerebrálních poranění:

- zlomenina lebky;

Zlomeniny lebky dělíme na otevřené a zavřené (dle charakteru) a na zlomeniny kalvy a báze (dle lokalizace). V případě zlomenin existuje velká variabilita v závažnosti poškození od prostých zlomenin, kdy není poškozen mozek po rozsáhlé tříštivé zlomeniny s vážným poškozením mozku vzniklé působením enormního tlaku na lebku. (Smrčka, 2001)

- otřes mozku (commotio cerebri);

Otřes mozku se řadí k tzv. zavřeným poraněním mozku a je jeho nejlehčí formou. Typickým příznakem je retrogradní amnézie, kvůli které si jedinec nepamatuje okolnosti, které otřesu mozku předcházely. (Smrčka, 2001)

- zhmoždění mozku (contusio cerebri) a traumatický intracerebrální hematom;

Kontuze je stav, při kterém dochází ke zhmoždění tkáně mozku, jež je prokrváčená v různém stupni. Intracerebrální hematom vzniká v případě, že dojde k narušení větší tepny v ložisku kontuze. Ložiskové poranění mozku lze graficky znázornit pomocí počítačové tomografie (CT) nebo magnetické rezonance (MR). (Smrčka, 2001, Pfeiffer, 2007)

- epidurální a subdurální hematom;

Epidurální hematom vzniká jako akutní krvácení mezi tvrdou plenu mozkovou a vnitřní perióst báze lebeční. Projevuje se s latencí několika minut až dní po úrazu jako rychle se prohlubující porucha vědomí. Subdurální hematom je krvácení mezi tvrdou plenu mozkovou a pavoučnicí a obdobně jako epidurální hematom se projevuje až za několik dní. (Smrčka, 2001)

- frontobazální poranění;

Frontobazální poranění jsou taková, která vznikají dvěma způsoby, nárazem hlavou do překážky nebo silným úderem do obličeje nebo čela, tyto nárazy nebo údery způsobují poranění mozkové tkáně, mozkových obalů a přední části lebky. (Smrčka, 2001)

- difuzní axonální poranění (DAP);

Toto primární poranění vzniká po nárazu z důvodu rotačního zrychlení mozku, následkem toho jsou poškozeny axony různých oblastí (např. axony corpus callosum). Jedná se o velice těžký stav s trvalými následky, který není řešitelný chirurgickou cestou. (Smrčka, 2001)

- penetrující poranění.

Posledním typem kranio-cerebrálních traumat jsou taková, která vznikají bodným, sečným nebo střelným způsobem. Vzhledem k této povaze může být mozek poškozen v různém stupni dle místa a hloubky zásahu (kůže hlavy, lebka, mozek). (Smrčka, 2001)

Epidemiologie

Typickým znakem pro kraniocerebrální traumata je skutečnost, že se týká především mladší věkové kategorie osob v produktivním věku, je spojena především s dopravními nehodami a extrémními rekreačními sporty, často při kraniocerebrálních traumatech figuruje požití alkoholu. Smrčka (2001) uvádí, že prevalence je více než 300 případů na 100 tisíc obyvatel. (Smrčka, 2001)

Následky

Kraniocerebrální traumata jsou jednou z nejčastějších příčin smrti stejně jako cévní mozkové příhody, dokonce u osob do 45 let jsou nejčastější příčinou. Následky úrazů mozku jsou především hemiparézy (ochrnutí levé nebo pravé poloviny těla) a poúrazové epilepsie. Vyskytují se stavy velice těžkého postižení a také vegetativní stavy. V polovině případů dochází k trvalým poruchám paměti (především v oblasti učení se a pamatování si nových informací). Také bývá narušena pozornost a intelekt. Stejně jako u stavů po cévních mozkových příhodách hrozí riziko depresí a úzkostí, které mohou vést až k suicidálnímu chování. (Smrčka, 2001, Pfeiffer, 2007)

1.2.3 Neurodegenerativní onemocnění

Neubauer (1998) uvádí jako nejčastější neurodegenerativní onemocnění spojené se vznikem získané dysartrie Parkinsonovu chorobu a roztroušenou sklerózu, které jsou na tomto místě charakterizovány. Mezi další degenerativní onemocnění patří například Huntingtonova choroba, Wilsonova choroba a Friedrichova ataxie (Love, Webb, 2009).

Parkinsonova choroba

Parkinsonova choroba je onemocnění extrapyramidového systému v rámci hypertonicko-hypotonického syndromu. Typicky se objevuje mezi 40. a 60. rokem

života jedince a souvisí se ztrátou nebo snížením produkce dopaminu, nezbytného neurotransmiteru. (Pfeiffer, 2007)

- epidemiologie

Literatura uvádí prevalenci jeden případ na tisíc obyvatel při vyrovnaném poměru mezi muži a ženami. (Růžička, Roth, 2002)

- příznaky

Mezi hlavní příznaky Parkinsonovy nemoci patří svalová rigidita, tremor, typický je třes na prstech připomínající počítání mincí. Dále soubor příznaků označujících se jako ztráta sdružených pohybů, které se projevují blokádami při složitějších pohybech. Nejčastěji při chůzi vzniká tzv. akinetický freezing (blokáda v případě, že má jedinec reagovat na změnu směru nebo povrchu), maskovitá tvář, poruchy řeči a dysfagie. K psychickým příznakům řadíme bradyfrenii, při níž dochází ke zpomalení myšlení, apatii a poruchám pozornosti. Vznik depresí nejspíš souvisí s poruchou tvorby serotoninu a nemusí být prvotně reakcí na zdravotní stav, jako je tomu například u cévních mozkových příhod. Mohou se také vyskytovat poruchy paměti, exekutivních funkcí a orientace v prostoru a syndrom demence. (Pfeiffer, 2007, Roth, Růžička, 1998)

Roztroušená skleróza mozkomíšní (sclerosis multiplex)

Pro toto onemocnění centrálního nervového systému je typický průběh, který se skládá z atak, akutního propuknutí nemoci, a remis, období útlumu příznaků. Příčina roztroušené sklerózy nebyla dosud objasněna. V rámci onemocnění dochází k demyelinizaci axonů bílé hmoty, při čemž vlákno bez obalu nemá tak dobrou schopnost vést nervový vzruch nebo toho nemusí být schopno vůbec. (Pfeiffer, 2007)

- epidemiologie

Roztroušená skleróza propuká mezi 20. až 40. rokem života, u žen o 20% častěji než u mužů. Pfeiffer (2007) uvádí, že prevalence je o něco větší než 0,5‰ obyvatel. Čím později nemoc nastoupí, tím lepší má průběh (Pfeiffer, 2007).

- příznaky

Často se vyskytují problémy s očima, jako je zánět zrakového nervu a zdvojené vidění, dále závratě, spasticita i hypotonie a poruchy cití (brnění, bolestivé vnímání doteků). Dále soubory příznaků, označující se jako mozečkové, spojené s tremorem, nepřesně zacílenými pohyby, mozečkovou chůzí s ataktickými pohyby a také s problémy s řečí (ataktická dysartrie). U osob s roztroušenou sklerózou se doporučuje odstraňovat bariéry v domácím i pracovním prostředí tak, aby byla zajištěna možnost aktivního zapojení do běžných činností a nedocházelo k prohlubování depresí, kterými tyto osoby mohou trpět. (Pfeiffer, 2007)

1.3 Klasifikace

Dysartrii můžeme klasifikovat ze dvou hledisek a to neurologického (Petrovský, 1996), nebo dle akusticko-percepčních charakteristik řeči (Neubauer, 2007, Duffy, 2005, Love, Webb, 2009).

1.3.1 Neurologická klasifikace dysartrií podle Petrovského (1996)

Neurologická klasifikace dělí dysartrie do dvou hlavních typů neorganické dysartrie a organické dysartrie. Neorganické dysartrie vznikají přechodně nejruznějšími intoxikacemi organismu (alkoholem, drogami, léky atd.). Organické dysartrie klasifikuje Petrovský (1996, str. 4) do šesti dalších skupin a uvádí, že: „*Dysartrie je přítomna vlastně u všech základních neurologických syndromů.*“

- dysartrie dolního motorického neuronu (bulbární paralýza)

Poškození jader nebo průběhu hlavových nervů, které způsobuje periferní parézu s atrofií postižených svalů je důsledkem vzniku dysartrie dolního motorického neuronu. Nápadné jsou jazykové fascikulace (samovolné záškuby) a snížení masseterového reflexu, monotónní hlas, málo zřetelná řeč a splývavá výslovnost. Více se projevuje u oboustranné parézy a v těžkých případech vede k anartrii. Vyskytuje se u progresivní bulbární paralýzy, myastenie gravis a u dalších. (Petrovský, 1996)

- dysartrie horního motorického neuronu (pseudobulbární paralýza)

Vzniká v důsledku oboustranného postižení kortikobulbárního traktu kdekoli mezi prodlouženou míchou a bílou hmotou mozkových hemisfér. Projevuje se centrální parézou, na rozdíl od prvního typu je masseterový reflex zvýšený. Vyskytují se svalové atrofie, fascikulace, spastický smích a pláč (vlivem snížení emocionální kontroly) a poruchy dýchání. Dysartrie horního motorického neuronu většinou doprovází cévní mozkové příhody a jiná cévní onemocnění. (Petrovský, 1996)

- extrapyramidové dysartrie v rámci hypertonicko- hypokinetického syndromu

Vzniká snížením produkce dopaminu ve strukturách středního mozku. Projevuje se rigiditou, akinézou svalů podílejících se na řeči. Řeč je monotónní s malým dechovým objemem, může se vyskytovat tremor. Tento typ dysartrie je součástí degenerativního nebo cévního onemocnění. (Petrovský, 1996)

- extrapyramidové dysartrie dyskinetické u choreatického syndromu/ u athetoidního syndromu

Vzniká z důvodu dysfunkce bazálních ganglií. U choreatického syndromu pozorujeme rychlé, bezděčné pohyby obličejového svalstva, u syndromu athetoidního jsou pohyby naopak pomalé a kroutivé. Projevuje se hlasitou, vykřikovanou řečí, která je špatně koordinovaná s dýcháním. Vyskytuje se například u Huntingtonovy choroby. (Petrovský, 1996)

- ataktická dysartrie

Vzniká při poruchách mozečku jako součást cerebelárního syndromu, pro který je typická ataxie (špatné cílení pohybů), dysdiadochokinéza (neschopnost provádět rychlé protichůdné pohyby), hypotonie a snížení výbavnosti reflexů. Projevuje se nepravdělnou, sakadovanou řečí (explozivně vyřazená). Vyskytuje se u roztroušené sklerózy mozkomíšní a u nádorů mozku. (Petrovský, 1996)

- kortikální dysartrie

„Kortikální dysartrie bývá nepřesně označení buď velmi lehké formy expresivní afázie, nebo apraxie řeči, např. u kortikální demence.“ (Petrovský, 1996, str. 4)

- smíšená forma dysartrie

U smíšených forem se vyskytují symptomy dvou dysartrií zároveň např. známky centrální i periferní parézy (atrofie jazyka, mimických svalů a současné zvýšené reflexy) u amyotrofické laterální sklerózy. (Petrovský, 1996)

Neurologickou klasifikaci založenou na lokalizaci primární léze můžeme nalézt u autorů Ambler, Bednařík, Růžička a kol. (2008), kteří rozlišují sedm typů a to spastickou, extrapyramidovou, mozečkovou, bulbární a myastenickou dysartrii a dysfonii, apraxii řeči („korová dysartrie“) a kombinovanou poruchu.

1.3.2 Klasifikace dle akusticko-percepčních charakteristik řeči

Klasifikace dle akusticko-percepčních charakteristik je v současnosti v České republice i v zahraničí v logopedii využívanější než výše uvedená neurologická, jednotlivé klasifikace si samozřejmě neodporují. Název každého typu určuje příznačný charakter řečových modalit tj. artikulace, respirace, fonace, rezonance a prozodických faktorů. Získaná dysartrie je dělena do šesti základních typů (spastická, flacidní, ataktická, hyperkinetická, hypokinetická a smíšená dysartrie) a sedmý typ tvoří skupina tzv. neorganických dysartrií, stejně jako tomu bylo v neurologické klasifikaci.

1.3.2.1 Spastická dysartrie

Vzniká v důsledku bilaterálního, nebo unilaterálního poškození horního motorického neuronu. *„Za horní motoneurony se pokládají všechny neurony předního a postranního kortikospinálního traktu, které vysílají axony z mozkové kůry do předních rohů míšních, a také neurony kortikobulbárního traktu, jež vysílají axony z mozkové kůry do jader v mozkovém kmeni.“* (Love, Webb, 2009, str. 137)

Unilaterální léze horního motorického neuronu

Někteří autoři (Cséfalvay, Mekyska, Košťálová, 2013, Love, Webb, 2009, Duffy, 2005) vyčleňují unilaterální lézi horního motoneuronu do vlastní samostatné skupiny, jiní (Neubauer, 2007, Roubíčková a kol., 2011) ji řadí pod spastickou dysartrii, protože symptomatologie i etiologie je obdobná.

Jednostranná porucha se projevuje kontralaterálně k místu mozkové léze ve spodní části obličeje především na ústním koutku. Důvodem je jednostranná inervace spodní části obličeje dolní větví n. VII. facialis. Porucha patří k méně závažným, objevují

se obtíže s nepřesnou artikulací, pomalejší tempo a nižší hlasová síla, většina svalů participujících se na mluvení je inervována bilaterálně a také nepostižená strana umožňuje kompenzovat deficity. (Cséfalvay, Mekyska, Košťálová, 2013, Love, Webb, 2009)

Podle Duffyho (2005) je unilaterální léze horního motoneuronu nejčastěji způsobená cévní mozkovou příhodou (ischemická a hemoragická).

Bilaterální léze horního motorického neuronu

Bilaterální léze horního motoneuronu zapříčiňuje těžší formy spastické dysartrie. Kvůli anatomické blízkosti bývají poškozeny pyramidové i extrapyramidové dráhy. Narušení pyramidové dráhy způsobuje ztráty schopnosti vykonávat volní pohyby, spasticitu a zvýšení výbavnosti reflexů. Poškození extrapyramidového traktu vyvolává změny svalového tonu, poruchy koordinace pohybů, třes a další typy mimovolních pohybů. (Love, Webb, 2009)

Vzniká tzv. pseudobulbární paralýza (naznačuje podobnost s chabou dysartrií – bulbární paralýza), při níž je přítomna dysfagie, nejprve snížená, později zvýšená výbavnost dávivého reflexu a neovlivnitelný spastický smích a pláč (Love, Webb, 2009). Podle Neubauera (2007) je oslabená, omezená a zpomalená celková hybnost.

Duffy (2005) uvádí, že nejčastěji se spastická dysartrie vyskytuje v rámci degenerativních onemocnění centrální nervové soustavy (v největším zastoupení amyotrofická laterální skleróza), dále jako důsledek vaskulárních onemocnění (nejvyšší podíl ischemická cévní mozková příhoda) a také následkem traumatu hlavy.

- Artikulace a prozodické faktory

Pro artikulaci je typická nepřesnost především souhláskových shluků (podle závažnosti také souhlásek i samohlásek) a adiachokinéze. Celkové zpomalení artikulačních pohybů narušuje přirozené tempo řeči, může zvýšit znělost i u neznělých souhlásek a způsobit špatnou srozumitelnost delšího projevu. Dále se vyskytují problémy s intonací, řeč může působit monotónně bez důrazu, nebo může být důraz zvýšený. (Roubíčková a kol., 2011)

- Respirace, fonace a rezonance

Dýchání je mělké, hlas může být chraptivý a působit přiškrceným dojmem tzv. tlačena fonace, z důvodu spastických hrtanových svalů a velkého subglotického tlaku, který je vyvíjen na překonání silného uzávěru hlasivek (hyperaddukce). Spastické může být i měkké patro, vzniká velofaryngeální insuficience a dochází k hypernazalitě (menší než u flakcidní dysartrie). Dále se vyskytují poruchy hlasové variability a nízko položený hlas s náhlými výškovými zlomy. (Cséfalvay, Mekyska, Košťálová, 2013, Roubíčková a kol., 2011)

- Orofaciální svalstvo a dysfagie

Síla i rozsah rtů a jazyka je snížena (jazyk při protruzi sahá pouze ke rtům), omezena je i hybnost měkkého patra. Poruchy polykání se vyskytují v různých stupních závažnosti. Polykání může být narušeno již v orální fázi – dochází k úniku potravy a slin z úst. I další fáze mohou být narušeny, vyskytuje se aspirace, snížení faryngeální peristaltiky, nedostatečná elevace a uzávěr hrtanu i krikofaryngeální dysfunkce. (Love, Webb, 2009)

1.3.2.2 Flakcidní dysartrie

Etiologií flakcidní dysartrie je narušení periferního motorického neuronu, léze se nachází v motorických jádrech hlavových nervů a spinálních nervů (Cséfalvay, Mekyska, Košťálová, 2013, Roubíčková a kol., 2011). Je součástí tzv. bulbární paralýzy, která se projevuje chabými parézami, postupnou atrofií postižených svalů a fascikulacemi, které jsou viditelné především na jazyku (Love, Webb, 2009). Love a Webb (2009) uvádějí, že jsou zasaženy všechny typy pohybů – volní, automatické i reflexní. Dávivý i masseterový reflex bývá nevybavný, vyskytuje se dysfagie.

Podle Duffyho (2005) je flakcidní dysartrie nejčastěji způsobena traumatem hlavy, degenerativními onemocněními, svalovou dystrofií, myastenii, tumory nebo cévní mozkovou příhodou.

- Rezonance a artikulace

Špatná funkce měkkého patra zapříčiňuje typický znak flakcidní dysartrie – hypernazalitu, která je výraznější než u spastické dysartrie z důvodu nazálních emisí. V celkovém zhodnocení poruch artikulace nejvíce záleží na individuálním stavu

poškození inervace svalů podílejících se na artikulaci jednotlivými hlavovými nervy. Například narušení inervace rtů se projevuje nepřesnou výslovností bilabiálních souhlásek a zaokrouhlených samohlásek, narušení inervace jazyka způsobuje neschopnost tvořit hlásky, u kterých dochází k elevaci jazyka. (Neubauer, 2007, Roubíčková a kol. 2011)

- Respirace, fonace a prozodické faktory

Oslabené je i dýchání, což vede k zpomalování tempa řeči a ke zkracování mluvních frází, hlas je monotónní, dyšný s omezenou hlasitostí a inspiračním stridorem. Mohou se vyskytovat parézy hlasivek a to unilaterální v abdukční (tišší a dyšný hlas) i addukční pozici (drsnější hlas se sníženou hlasovou silou) a bilaterální paréza (dyšný hlas, inspirační stridor, krátké mluvní fráze). (Love, Webb, 2009, Neubauer, 2007)

- Orofaciální svalstvo a dysfagie

V případě unilaterální léze směřuje postižená strana rtů směrem dolů, vznikají obtíže s únikem slin. U bilaterální léze jsou pokleslá celá ústa i dolní čelist (otevřená pozice). Na jazyku se vyskytují fascikulace a je málo pohyblivý stejně jako měkké patro. Poruchy polykání jsou časté, potrava se hromadí v piriformních sinech z důvodu parézy, dochází k aspiracím, je narušena funkce krikofaryngeálního svěrače. (Love, Webb, 2009)

1.3.2.3 Ataktická dysartrie

„Vzniká při poškození mozečku a nervových drah spojených s jeho činností, které tvoří neurologicky tzv. cerebelární syndrom.“ (Neubauer, 2007, str. 47) Projevuje se ataxií, což je špatná schopnost koordinovat pohyby z hlediska plánování a odměřování (např. u vzdálenosti), dále se vyskytují problémy s rovnováhou a chůzí, hypotonie a adiadochokinéze. Pohyby jsou prováděny pomaleji oproti normě a s tremorem. (Roubíčková a kol., 2011, Love, Webb, 2009)

Duffy (2005) uvádí jako nejčastější příčinu vzniku ataktické dysartrie degenerativní onemocnění spojené s atrofií mozečku, demyelinizací (roztroušená skleróza) a cévní mozkovou příhodou.

- Prozodické faktory a artikulace

Také řeč je ovlivňována ataxií, zapříčiňuje nepřesnou, pomalou artikulaci a nepravidelné artikulační kolapsy. Typickým příznakem ataktické dysartrie je používání přízvuků i na nepřízvučných slabikách tzv. sakadovaná řeč, která narušuje celkově tempo i rytmus mluvního projevu. Vyskytují se také obtíže s ulpíváním v artikulačním postavení mluvidel předchozí slabiky. (Neubauer, 2007, Roubíčková a kol. 2011)

- Respirace a fonace

Respirace je ovlivněná špatnou koordinací dýchacích svalů. Hlas má omezený rozsah a kolísavou intenzitu, může se objevit tremor. (Cséfalvay, Mekyska, Košťálová, 2013, Roubíčková a kol., 2011)

- Rezonance a dysfagie

Rezonance může být kolísavá, ale spíše narušená není, stejně jako se obvykle nevyskytují poruchy polykání. (Love, Webb, 2009)

1.3.2.4 Dysartrie extrapyramidová hypokinetická

Etiologií tohoto typu dysartrií je, jak už název napovídá, poškození v oblasti extrapyramidového systému, konkrétně bazálních ganglií a struktur mozkového kmene. Hypokinetická dysartrie je spojována s Parkinsonovou chorobou a parkinsonismem. Typickými příznaky je svalová rigidita (hypertonie), snížený rozsah pohybu, útlum spontánní motoriky, klidový tremor a ztráta pohybových stereotypů. (Neubauer, 2007, Roubíčková a kol., 2011)

- respirace, fonace a prozodické faktory

Dýchání je mělké, špatně koordinované a se zvýšeným respiračním tempem, v důsledku toho se vyskytují krátké mluvní fráze a delší nelogické pauzy v promluvě. Hlas je monotónní, drsný, dyšný a níže položený. Během promluvy se postupně oslabuje až do afonie. Tempo řeči se může zpomalovat do úplného zastavení nebo zrychlovat, což vede k nesrozumitelné řeči. Řeč obsahuje palilálie (opakování slabik, slov). (Neubauer, 2007, Love, Webb, 2009)

- artikulace, orofaciální svalstvo a rezonance

Artikulace je nepřesná, z důvodu útlumu a rigidity pohybů se vyskytují potíže se zahájením mluvy. Obličej působí jako maska, což opět zapříčiňuje zpomalení pohybu a rozsahu hybnosti. Poruchy rezonance nejsou časté. (Roubíčková a kol., 2011)

- dysfagie

Polykání je narušeno už v přípravné a orální fázi, která je prodloužena. Zpožděné je také reflexní polknutí, kvůli němuž dochází k riziku aspirace (většinou nevědomá tichá aspirace). Narušeny mohou být i struktury měkkého patra a epiglottis. Faryngeální peristaltika a ezofageální motilita může být redukována. (Love, Webb, 2009)

1.3.2.5 Dysartrie extrapyramidová hyperkinetická

Hypertonická dysartrie je způsobena poškozením extrapyramidového systému jako předchozí typ, ale není známa specifická lokalizace. Je spojena s celkovým zvýšením mimovolní hybnosti (hypotonie) jako je např. tremor, chorea (rychlé mimovolní pohyby) a atetóza (kroutivé pohyby). (Love, Webb, 2009)

- respirace, fonace a prozodické faktory

Řeč a dýchání je narušováno mimovolními pohyby, fonace bývá tlačena (přiškrcený charakter hlasu) z důvodu zvýšeného svalového tonu laryngu, hlas je ostrý, nízko položený, monotónní se zlomy v hlasové výšce a s velkou intenzitou (vykřikovaná řeč). Tempo je nestálé, vyskytují se nelogické pauzy v závislosti na mimovolních pohybech. (Cséfalvay, Mekyska, Košťálová, 2013, Neubauer, 2007)

- dysfagie

Poruchy polykání se vyskytují často, jsou značně variabilní z důvodu neustálých mimovolních pohybů, které způsobují sníženou kontrolu i v přípravné fázi polykání. Hrozí zde riziko aspirací, faryngeální peristaltika i ezofageální motilita jsou oslabené. (Love, Webb, 2009)

- artikulace, orofaciální svalstvo, rezonance

Orofaciální svalstvo může vykazovat mimovolní pohyby stejně tak jako zbytek těla, tyto pohyby mají vliv i na nepřesnou artikulaci a výskyt nepravidelných artikulačních kolapsů. V některých případech se objevuje hypernazalita. (Love, Webb, 2009)

1.3.2.6 Smíšená dysartrie

Vzniká kombinací dvou nebo více dysartrií při onemocněních postihujících současně centrální i periferní nervovou soustavu. Symptomy závisí na kombinaci typů dysartrie. (Neubauer, 2007, Cséfalvay, Mekyska, Košťálová, 2013, Love, Webb, 2009)

Roubíčková a kol. (2011, str. 44) uvádějí pět možných kombinací, a to:

- spasticko-flakcidní (u amyotrofické laterální sklerózy)
- atakticko-spastická (u roztroušené sklerózy)
- atakticko-spasticko-flakcidní (u olivo-ponto-cerebelární atrofie)
- spasticko-atakticko-hypokinetická (u Wilsonovy choroby)
- hypotonicko-spasticko-ataktická (u progresivní supranukleární paralýzy)

1.3.2.7 Skupina tzv. neorganických dysartrií

Tato skupina dysartrií se neobjevuje u většiny klasifikací jako samostatný typ, ale pro komplexní a přehlednější klasifikaci je na tomto místě uvedena.

Jsou to poruchy, které vznikají nejčastěji vlivem alkoholu, drog nebo také medikace u závažných onemocnění např. neuroleptika u schizofrenie, L-DOPA u Parkinsonovy choroby. (Neubauer, 2007)

1.4 Diferenciální poruchy řečové komunikace u dospělých osob

Diferenciálními poruchami řečové komunikace se myslí takové poruchy, které jsou předmětem extrafenoménové diferenciální diagnostiky, jež se vyznačuje odlišením získané dysartrie od afázie, řečové apraxie a kognitivně-komunikační poruchy řečové

komunikace. Jednotlivé poruchy řečové komunikace budou na tomto místě stručně charakterizovány.

1.4.1 Afázie

Jak už je zmíněno výše, afázie je porucha individuálního jazykového systému, při níž je narušena produkce a porozumění řeči, je řazena do skupiny tzv. Language Disorders. (Cséfalvay, 2007, Neubauer, 2007)

Vyskytují se různé kombinace symptomů a také různá míra narušení individuálního jazykového systému. Mezi hlavní příznaky se řadí dysnomie, při níž je narušené pojmenování, problematickým faktorem je výběr slov z jazykového systému jedince. Dále parafrázie, které dále dělíme na fonematické (záměny fonémů) a sémantické (záměny významově si blízkých slov), poruchy porozumění, perseverace (ulpívání na předchozím podnětu) a logorhea (překotná, rychlá mluva s výskytem parafrází). Afázie se dále dělí na jednotlivé typy podle dostupných klasifikací např. Bostonská nebo Lurijova a další. (Neubauer, 2007, Čecháčková, 2003)

Problematikou afází se zabývá podobor logopedie afaziologie, který souvisí také s dalšími obory, jako jsou lékařské (např. neurologie), zdravotnické (např. fyzioterapie), lingvistické (např. neurolingvistika), psychologické (např. neuropsychologie) a přírodovědní (např. biofyzika). (Vitásková, Mlčáková, 2013)

1.4.2 Řečová apraxie

Řečová apraxie znamená narušenou schopnost provádět volně (tedy na základě vlastní vůle) řečové artikulační pohyby, a to při absenci parézy, oslabení nebo poruchy koordinace řečového svalstva. (Love, Webb, 2009, str. 217) Na rozdíl od dysartrie je narušena pouze artikulace a prozódie, v řečovém projevu se vyskytují nekonstantní chyby, jedná se především o špatné nastavování mluvidel, vynechávání vyslovovaných částí nebo ulpívání v předchozí poloze mluvidel. (Neubauer, 2007)

1.4.3 Kognitivně-komunikační poruchy

„Již název kognitivně-komunikační poruchy velmi vhodně dokládá dvoumodálnost tohoto typu poruch – dominantní roli poruch kognitivních procesů, která je ovšem zároveň i poruchou řečové komunikace.“ (Neubauer, 2014, str. 114) Love a Webb (2009) uvádějí, že narušení kognice vede k projevům komunikačních poruch nejčastěji přesnosti, výkonosti a samotné efektivity komunikace. Logopedická péče reaguje na potřeby jedinců s traumatickými lézemi centrální nervové soustavy a demencí ve smyslu podpory a snahy o stabilizaci stavu. (Neubauer, 2014)

1.5 Dysfagie

Vzhledem k tomu, že je dysfagie předmětem péče klinické logopedie a častou součástí získané dysartrie, je zde tato problematika zpracována.

„Dysfagii je možné stručně definovat jako poruchu polykání. Může spočívat v poruše polykání slin, tekutin, tuhé stravy různé konzistence či léků.“ (Tedla, 2009, str. 18) Porucha většího či menšího rozsahu vzniká v případě narušení orgánů zapojených do polykání. Pokud je narušena koordinace samotného polykacího aktu, pak jsou poruchy velice těžké i v případě, že žádná ze struktur není anatomicky ani funkčně narušena. Častými komplikacemi jsou opakované aspirace, dehydratace a podvýživa. (Tedla, 2009)

Polykací fáze

Průběh polykání je charakterizován třemi fázemi: orální, faryngeální a ezofageální. V orální fázi se sousto připravuje v ústech (rozžvýká, smíchá se slinami), tím vzniká bolus, který je jazykem posouván vzad. Faryngeální fáze je reflexní děj, začíná podrážděním patrových oblouků, uzavře se patrohltanová příklopka, zdvihne se hrtan, sklopí se hrtanová příklopka, sevrou se hlasivky, v hltanu započne peristaltická vlna a dojde k povolení krikofaryngeálního svěrače. Během poslední fáze, a to ezofageální, bolus putuje skrze uvolněný krikofaryngeální svěrač z jícnu do žaludku peristaltickou vlnou. (Love, Webb, 2009)

Polykání se může narušit v jakékoliv fázi, toto narušení může být způsobené organickými nebo funkčními změnami. Dysfagie, která často doprovází získanou dysartrii je způsobena funkčními změnami na neurologickém podkladu. Dobias (2014) uvádí, že se tento typ dysfagie může projevit náhle (např. v důsledku cévní mozkové příhody), postupně (např. v rámci Parkinsonovy choroby), nebo v atakách (např. při roztroušené skleróze mozkomíšní). (Dobias, 2014)

Základní klinické vyšetření polykání

Tedla (2009) uvádí, že základní diagnostiku dysfagie může provádět lékař, klinický logoped nebo speciálně vyškolená sestra, je podkladem pro další specializovaná vyšetření.

První fází je odebrání anamnézy, stěžejní otázky jsou zaměřené na subjektivní obtíže při polykání (zda se vyskytuje kašel při jídle nebo pití, jestli existují jídla, kterým se jedinec vyhýbá a z jakého důvodu apod.). Poté následuje vyšetření orální motoriky, díky které se zjišťuje stav orální fáze polykání. Následuje test polykání různých konzistencí stravy (tuhá, kašovitá) a test polknutí vody, při kterém se pozoruje kašel, změna hlasu po polknutí, dávivý reflex atd. Při podezření na aspiraci jsou doporučena další specializovaná vyšetření např. videofluoroskopie a videoendoskopie. (Tedla, 2009, Dobias, 2014)

Léčba pacientů s dysfagií

Zásadním krokem je určení odpovídajícího způsobu výživy a rozhodnutí, zda bude pacient přijímat stravu ústy, sondou nebo podáváním roztoků přímo do krevního řečiště. Pokud není jedinec schopen přijímat stravu ústy (úplně nebo částečně) je dostatečná výživa zajištěna nasogastrickou sondou nebo perkutánní endoskopickou gastrostomií (PEG). Dále se zajišťuje různá konzistence potravy podle individuálních potřeb (např. kašovitá). U některých případů se využívá chirurgické a poté možné protetické léčby. Pokud je pacient schopen zaznamenávat a reagovat na pokyny terapeuta je možné začít s rehabilitací. V rámci rehabilitace se využívají postupy nepřímé bez použití potravy (vhodné především pro pacienty s aspirací), které zlepšují orální a faryngeální fázi polykání. Dále přímé postupy využívající tekutiny

a potravu o různé konzistenci, posledním postupem je nácvik správné polohy a postoje na zlepšení samotného procesu polykání. (Tedla, 2009, Gross, 2009)

2 Logopedická intervence u osob se získanou dysartrií

Pojem logopedická intervence je složitým procesem, který v sobě zahrnuje diagnostiku, terapii a prevenci poruch řečové komunikace. (Lechta, 2003)

2.1 Diagnostika

Smyslem logopedické diagnostiky je určit poruchu řečové komunikace a její stupeň. Výsledkem je diagnóza, od které se odvíjí možnosti řešení poruchy, stanovení individuálního terapeutického plánu, zhodnocení úspěšnosti intervence a určení možné prognózy.

V případě získané dysartrie navazuje diagnostika logopedická na diagnostiku neurologickou. *„Hlavním cílem je identifikovat řečové motorické modality zodpovědné stigmatizaci řečového projevu, za snížení či ztrátu jeho srozumitelnosti pro sociální okolí.“* (Neubauer, 2007, str. 69)

Neubauer (2007) uvádí cíle logopedické diagnostiky v péči o osoby s neurogenními poruchami komunikace. První fází je screening, při kterém se zjišťuje, zda jedinec má či nemá poruchu řečové komunikace, pokud je výsledek kladný, pokračuje klinický logoped diferenciální diagnostikou. Nejprve probíhá diagnostika extrafenoménová (mimo určitou skupinu), tedy odlišení dysartrie, řečové apraxie, afázie a kognitivně-komunikačních poruch. Poté intrafenoménová (v určité skupině), v rámci dysartrie se jedná o rozlišení na dysartrii spastickou, flacidní, ataktickou, extrapyramidovou hypokinetickou, extrapyramidovou hyperkinetickou nebo smíšenou a také stanovení stupně závažnosti. Další fází je sestavení individuálního terapeutického plánu, po určité době probíhá zhodnocení změny či stagnace stavu. Závěrečnou fází je určení možného vývoje, potenciálu k dalšímu obnovování narušených funkcí.

2.1.1 Diagnostika získaných neurogeních poruch řečové komunikace u dospělých osob

Diferenciální diagnostika je nelehkým úkolem pro klinického logopeda zvláště proto, že se vždy nemusí vyskytovat pouze jeden typ narušení řečové komunikace. Neubauer (2007) ve svém výzkumu 135 osob s poruchami řečové komunikace v důsledku léze centrálního nervového systému publikoval v 53% vícečetné deficity řečové komunikace. A upozorňuje i na možnou koexistenci poruch řečové komunikace a také na potřebu určení dominující poruchy, která má zásadnější dopad na komunikaci. (Neubauer, 2007)

Neubauer (2007) uvádí komplexní metodiku, která slouží ke zhodnocení motorických, fatických a kognitivně-komunikačních poruch řečové komunikace u jedinců s neurogením onemocněním.

Metodika obsahuje čtyři hlavní oddíly, každý oddíl má své submodalitty:

- fatické funkce (submodalitty: spontánní řeč, plynulost mluvy, pojmenování, opakování, rozumění, slovní řady, zpěv);
- lexie, grafie, kalkule, praxie (submodalitty: čtení, psaní, kreslení, počítání, praxie horní končetiny, orální praxie);
- motorické řečové funkce (submodalitty: respirace, fonace, nazalita, artikulace, řazení hlásek a slabik, artikulační neobratnost);
- kognitivně-komunikační funkce (submodalitty: mnestické funkce, prostorové vnímání, prozódie a extralingvistické poruchy).

Každá položka se hodnotí pomocí pětistupňové ratingové škály (jednotlivé submodalitty mají svou škálu). Obecná pětistupňová škála sestává z 1. intaktní výkon, 2. lehká porucha, 3. střední či výrazná porucha, 4. těžká porucha, 5. ztráta funkce.

Získané údaje se zanáší do čtyř tabulek (podle jednotlivých oddílů), výsledkem je křivka znázorňující stav submodalit. Tato metodika využívá kvalitativní klasifikaci, která je závislá na odborné kvalifikaci klinických logopedů. (Neubauer, 2007, Cséfalvay, Mekyska, Košťálová, 2013)

2.1.2 Test 3F Dysartrický profil

Diagnostickým materiálem hojně využívaným v České republice je Test 3F Dysartrický profil od autorů Roubíčková, Hedánek a Stráník. V roce 2011 vyšlo třetí doplněné a přepracované vydání, které obsahuje CD s počítačovým programem k Testu 3F. V zahraničí se používají testy hodnotící zhruba stejné modalit (respiraci, fonaci, rezonanci, funkci faciálních svalů, diadochokinezi, artikulaci a srozumitelnost) jako test od Roubíčkové a kol. (2011), který je speciálně upraven pro český jazyk. (Roubíčková a kol., 2011)

Test 3F Dysartrický profil se skládá z orientačního předtestového vyšetření, jež autoři doporučují provést, především proto, aby upozornilo na další možné souběžně se vyskytující poruchy řečové komunikace, které mohou zkreslit výsledky testu.

Test je rozdělen do tří subtestů (F1- F3), každý subtest obsahuje další tři části po pěti úkolech. První, s názvem Faciokineze, obsahuje části rty, čelist a jazyk a zaměřuje se na hybnost a koordinaci faciálních svalů.

F2, subtest Fonorespirace, vyšetřuje funkci respirace, zaměřené na hodnocení výdechového proudu. Dále respiraci při fonaci, kdy se k výdechovému proudu přidávají hlásky až po respiraci během mluvy. Poslední částí je fonace zaznamenávající kvalitu, intenzitu a rozsah hlasu a rezonanci.

Třetím subtestem, F3, je Fonetika, složená z částí artikulace, prozodie a srozumitelnost. Část artikulace zjišťuje její stav a přesnost při opakování, čtení a spontánní řeči. Prozodie se zaměřuje na udržení rytmu, větnou intonaci, důrazu, správného frázování a přirozeného tempa řeči. Poslední částí je srozumitelnost, která hodnotí srozumitelnost předříkávaných slov a vět, srozumitelnost četby slov a textu a srozumitelnost spontánní mluvy.

K hodnocení slouží jednoduchá stupnice:

- 0 bodů, neschopnost provedení nebo jen náznak
- 1 bod, potíže středně těžké až lehké
- 2 body, intaktní výkon

V zahraničí se často používá pětistupňová škála a i v tomto testu je možné přidat dva stupně 0,5 bodu a 1,5 bodu, které zvýší citlivost testu, ale zároveň i míru subjektivního hodnocení. (Roubíčková a kol., 2011)

Po sečtení přidělených bodů získáváme tzv. dysartrický index (DX), který vyjadřuje stupeň poruchy řečové komunikace. Test není standardizovaný, výsledek má orientační charakter. Na základě bodů uvádí Roubíčková a Hedánek (2011, str. 13) šest stupňů poruchy a to:

- 85 – 90 bodů, bez poruchy
- 74 – 85 bodů, velmi lehká dysartrie (nebo jen prosté snížení motorických schopností bez patologické příčiny)
- 57 – 73 bodů, lehká dysartrie
- 36 – 56 bodů, středně těžká dysartrie
- 17 – 35 bodů, těžká dysartrie
- 0 – 17 bodů, velmi těžká dysartrie – anartrie

Na základě testu se vytváří ještě tzv. dysartrický profil (DP). Spočívá ve vynesení bodů za jednotlivé části do grafu, který umožňuje sledovat, jaké obtíže jedinec vykazuje v jednotlivých složkách.

Test slouží k vyjádření závažnosti a charakteru poruchy řečové komunikace, nikoliv k tomu, aby stanovil určitý typ dysartrie.

2.2 Terapie

Terapeutické vedení je v případě získané dysartrie spíše dlouhodobý proces, který vyžaduje spolupráci nejen klienta, ale také jeho okolí – rodinných příslušníků a ošetřujících osob v případě institucionální péče. U osob se získanou dysartrií, která vznikla náhle následkem kraniocerebrálního traumatu, cévní mozkové příhody atp. by měla být k dispozici logopedická péče už v postakutních stavech, neboť podnětné stimulační prostředí má pozitivní vliv pro obnovování narušených funkcí. V období po vzniku získané dysartrie by terapie měla být velice intenzivní, v České republice je uskutečňovaná většinou v rámci rehabilitačních ústavů a lázeňských léčeben. Osoby s degenerativním onemocněním mohou využívat aktivačního a terapeutického programu s cílem co možná nejdelší stabilizace stavu a zlepšení schopnosti komunikace s okolím. (Neubauer, 2014)

Zcela zásadní význam z hlediska úspěšnosti terapeutického působení má přiměřená motivace klienta terapeutem a i z klientova okolí, z tohoto důvodu by měl terapeut působit poradensky. S terapeutickými doporučeními by měli být seznámeni rodinní příslušníci i ošetřující personál. (Neubauer, 2005)

Je nezbytné, aby klinický logoped objasnil klientovi stav jeho řečové poruchy, stanovil realistické cíle terapie, připomínal její užitečnost a vyzdvihoval úspěchy. Terapeut by měl vysvětlovat klientovi podstaty jednotlivých cvičení, takovým způsobem, aby klient chápal, z jakého důvodu to které cvičení provádí. Dále by měl terapeut klientovi každé cvičení názorně předvést. Jako motivující se také ukazuje užití kompenzačních postupů pro okamžité zlepšení stavu. Další motivační technikou je prolínání pro klienta dobře zvládnutelných cvičení s těmi obtížnými, protože delší dobu trvající neúspěch může naopak v klientovi vyvolat pocit nezvládnutelnosti a tím ho výrazně demotivovat. Dalším demotivujícím prvkem může být přirovnávání terapie ke školnímu vyučování, využívání materiálů určených pro dětské klienty nebo nesmyslné drilování výslovnosti místo využívání postupů pro obnovování narušených schopností. Klient potřebuje mít prostor a klid k pravidelnému provádění terapeutických zadání, obzvláště v institucionální péči, kde lidé často sdílí jeden pokoj, je potom složitější najít potřebné soukromí. Jak už je zmíněno výše, terapeutické vedení je dlouhodobé, některé využívané postupy nemají okamžitý účinek, vyplácí se proto využívat audio nebo i videonahrávky klienta v rozmezí několika týdnů a následného porovnávání výkonů. (Neubauer, 2007, Gangale, 2004)

Aby terapie maximálně zlepšovala komunikační schopnosti jedince a zachovala tak ucházející kvalitu života je nutný individuální přístup ke každému klientovi v závislosti na typu a stupni závažnosti získané dysartrie. Předpokladem je odborně vzdělaný terapeut, který je tvořivý a hledá optimální kombinaci technik pro každého jednotlivce od ovlivňování srozumitelnosti projevu po využívání psaní či gest s cílem dosáhnout aktivní komunikace s okolím. (Neubauer, 2007, Gangale, 2004)

2.2.1 Metody a prostředky

Neubauer (2007) uvádí devět okruhů metod a prostředků, kterých se využívá v rámci logopedické terapie u dospělých osob se získanou dysartrií.

2.2.1.1 Využití relaxace pro stabilizaci svalového napětí a jeho uvolnění

„Dosažení vhodné formy uvolnění a stabilizace svalového tonu především mluvních orgánů je pro efektivitu terapie důležité a podmiňující.“ (Neubauer, 2007, str. 130)
To se týká především osob s těžkými poruchami hybnosti celého těla, kterým zvýšený svalový tonus znemožňuje mluvní projev. K navození stabilizace svalového tonu je nutno podle individuálních potřeb klienta využívat antispastických vzorců, polohovacích pomůcek či uvést klienta do vzpřímeného sedu atd. (Neubauer, 2005, Rehabilitace po cévní mozkové příhodě, 2004)

2.2.1.2 Orofaciální cviky pro obnovování hybnosti a svalové síly

Jedná se o soubory cviků, které mají za cíl obnovit hybnost a svalovou sílu jazyka, rtů a ostatního mimického svalstva, je vhodné cviky provádět s kontrolou před zrcadlem, aby měl klient vizuální zpětnou vazbu. V praxi se realizují buď jako pasivní či aktivní cvičení. Pasivní cvičení stimulují orofaciální oblast nejružnějšími masážemi (tahem, vibrací, kruhovou masáží). Aktivními cvičeními se myslí izotonická a izometrická – soubory pohybů, které jedinec vykonává aktivně sám (drží jednotlivé pozice k obnovování síly, nebo pohyby střídá k obnovování hybnosti). Další možností jsou cvičení proti odporu špátle. Cvičení jsou přínosná nejen z hlediska řečové komunikace, ale také z hlediska poruch polykání (zlepšení retního uzávěru, síly jazyka, velofaryngeálního uzávěru apod.). (Neubauer, 2007, Gross, 2009)

2.2.1.3 Dechová a fonační cvičení s obnovováním funkce patrohltanového závěru

Cílem dechových cvičení je zlepšit sílu a intenzitu výdechového proudu, využívá se dolní neboli břišní dýchání. Fonační cvičení jsou dalším stupněm, kdy klient přidává do výdechového proudu jednotlivé hlásky a poté slabiky (výdech s prodloužením fonace), nacvičuje se měkký hlasový začátek, zesílení hlasového projevu nazalizací, důležitá je i koordinace dýchání a tvorby hlasu, kontroluje se, aby klient po celou dobu nevykonával souhyby (např. zvednutí ramen

s nadechnutím) apod. – záleží na individuálních obtížích. Obnovování funkce velofaryngeálního uzávěru se děje pomocí foukání či saní nebo pití pomocí brčka. (Neubauer, 2014, Gangale, 2004, Kučera, 2011)

2.2.1.4 Artikulační cvičení

Primární percepčně-motorické vzory hlásek jsou zachovány, artikulace je narušena sekundárně vlivem poruchy hybnosti, koordinace nebo dynamiky orofaciální oblasti. Cílem artikulačních cvičení je srozumitelné rozlišování jednotlivých hlásek se snahou o co nejmenší stigmatizaci mluvy (podle individuálních možností), neusiluje se ovšem o intaktní artikulaci jako u dětí s dyslálií. Využívá se zpomalení tempa mluvy, zvýrazňování artikulace a oddělování artikulačních pohybů. Podle individuálních potřeb se terapie zaměřuje na diferenciaci:

- závěrových hlásek (M – P – B) v důsledku nedokonalého retního uzávěru;
- znělých a neznělých hlásek (např. S – Z, T – D) v důsledku snížené dynamiky výdechu a fonační insuficienci;
- velární hlásek (K – G – CH) v důsledku oslabené funkce patrohltanového uzávěru;
- sykavek (CSZ – ČŠŽ), které znějí jako TD popřípadě ŤĎ v důsledku nedynamického a oslabeného výdechového proudu. (Neubauer, 2007)

V těžkých případech se využívá tzv. náhradních artikulačních mechanismů, které kompenzují poruchy hybnosti, např. bilabiální hlásky se artikulují pomocí zubů a rtu. (Neubauer, 2007)

2.2.1.5 Cvičení slovní a větné prozódie a větná intonace

Terapie probíhá se snahou o intonačně rozlišitelný projev s využitím terapeutických materiálů s grafickým zvýrazněním. Využívá se také visible speech, díky němuž se s klientem v rámci terapie pracuje na prozódii, intonaci a hlasové výšce. (Neubauer, 2005)

2.2.1.6 Rytmizačně-pohybová cvičení

Využití rytmyzace je typickým motivačním prvkem, který je vhodné zařadit už v počátku terapie, protože dokáže rychle ovlivnit srozumitelnost mluveného projevu formou sebekontroly. S každou slabikou nebo slovem vykoná jedinec pohyb (např. ťukne rukou do stolu, pohyb nohou - tapping), jeho projev se tím zpomalí, zrytmizuje a ustálí. Při rytmyzaci lze také využít metronom nebo bzučák, postupy tzv. stíněného čtení, v rámci kterých terapeut čte společně s klientem počátky slov. Poslední variantou je grafické znázornění určitých celků (slov, slabik). (Neubauer, 2007)

V rámci terapie se postupuje s klientem následujícím způsobem:

- nejprve se rytmyzují jednotlivé slabiky, poté se přechází k celým slovům;
- postupuje se od napodobování terapeuta klientem přes čtení po samostatnou spontánní mluvu;
- cílem je využívat spontánní rytmyzaci v řeči s pro klienta vyhovující formou tappingu. (Neubauer, 2007)

Duffy (2005) uvádí ještě mimo výše zmíněné techniky využití tzv. pacing board, díky které je možno zpomalovat projev, tím dochází k lepší sebekontrolě. Pacing board představuje body umístěné horizontálně v jedné linii, klient má za úkol se na každou slabiku nebo slovo dotknout jednoho bodu. V zahraničí je hojně využívána při terapii dysartrie u osob s Parkinsonovou chorobou.

2.2.1.7 Neverbální komunikace a komunikační pomůcky

U těžkých forem dysartrií (anartrií) se využívá možnost komunikace písmem. Není to ale ideální metoda – je poměrně pomalá a navíc někteří jedinci nejsou schopni psát z důvodu postižení horních končetin. Jako další se nabízí možnost komunikace obrázkovými symboly nebo posunky. Tyto systémy alternativní komunikace se volí individuálně podle kognitivních i fyzických schopností jedince. Z technických pomůcek se využívají nejrůznější nahrávací zařízení s možností opětovného přehrání, zesilovačů apod. (Neubauer, 2003)

2.2.1.8 Skupinové formy terapie

Skupinové formy terapie využívají menšího počtu účastníků, kteří mají obdobné komunikační potíže. Jsou vedeny s cílem tematicky řízeného, ale spontánního mluvního projevu, napodobují tak skutečné komunikační situace a vhodně doplňují individuální terapeutická sezení. (Neubauer, 1998)

2.2.1.9 Technické pomůcky a přístrojové programy

Využití technických programů je omezeno jejich velkou finanční náročností. V České republice jsou nejčastěji využívány programy na zesílenou zpětnou vazbou do sluchátek, dále video či audionahrávky a visible speech, což je spektrální analýza řečového projevu, díky níž se s klientem v rámci terapie pracuje na prozódii, intonaci a hlasové výšce. Užitím technických pomůcek lze zaznamenávat pokrok dané osoby a tím působit motivačně. (Neubauer, 2014)

2.3 Prevence

V případě získané dysartrie se jedná spíše o terciální prevenci, tudíž o takovou, při které logopedické působení směřuje k osobě se získanou dysartrií a jejímu okolí se snahou o zamezení dalších negativních důsledků v rámci této poruchy řečové komunikace. (Lechta, 2003)

2.3.1 Podpora komunikace u osob se získanou dysartrií

Osoba s dysartrií se v rámci lepšího porozumění pokouší mluvit pomalu a klidně s výraznou artikulací. Je třeba, aby okolí tolerovalo pomalejší a omezenou mluvu a dávalo čas a prostor na vyjádření se. Rozhodně není vhodné skákat do řeči nebo mluvit současně s jedincem s dysartrií. Zároveň je důležité vědět, že v průběhu dlouhého sdělení se řeč zpravidla zhoršuje, v tomto případě není chybou další slovo napovědět, popř. zopakovat tu část, které bylo rozumět a pokud řeč byla nesrozumitelná, požádat o zopakování nebo přeformulování, či napsání sdělení,

ale rozhodně nikdy nepředstírat, že víme, o čem osoba s dysartrií právě hovořila.
(Neubauer, 2007)

2.4 Prognóza

Prognóza se u osob s dysartrií odvíjí od stavu nervové soustavy a vzhledem k tomu, že dysartrie vzniká z širokého spektra příčin, nelze všeobecně určit jeden vzor vývoje této poruchy řečové komunikace. Z odborné literatury je zřejmý výskyt praktického odeznění dysartrie a v závažnějších případech hovoříme o tzv. funkcionálním zlepšování stavu spočívajícím ve zvyšování srozumitelnosti mluvy zahrnujícím volbu kompenzačních postupů jako je využití písma nebo technické komunikační pomůcky. U degenerativních onemocnění je nutno konstatovat nepříznivý vývoj.
(Neubauer, 2003)

3 Realizace výzkumu

Výzkum byl uskutečněn ve Státních léčebných lázních Janské Lázně s. p. v léčebně pro dospělé pod odborným vedením klinického logopeda Mgr. Davida Konopáče, Dis.

3.1 Cíl výzkumného záměru a metodologie

Bakalářské práce se skládá ze tří dílčích cílů:

- tvorba stimulačního programu pro jedince se získanou dysartrií;
- ověření stimulačního programu u skupinky hospitalizovaných osob se získanou dysartrií;
- zhodnocení stimulačního programu na základě podkladů získaných kvalitativním šetřením.

3.1.1 Metodologie tvorby stimulačního programu

Stimulační program byl tvořen v souladu s dostupnou literaturou především podle odborných publikací od autorů Neubauer (2008), Gangale (2004), Gross (2009), Duffy (2005) a Kučera (2011) a také na základě potřeb během individuální terapie s jedinci se získanou dysartrií. Tvorba stimulačního programu probíhala se snahou o dodržení následujících podmínek:

- komplexní zaměření;
- srozumitelnost pokynů;
- grafická přehlednost a atraktivita materiálů.

U jedinců se získanou dysartrií je v různé míře závažnosti narušená artikulace, respirace, fonace, rezonance a prozodické faktory, z tohoto důvodu jsou ve stimulačním programu zahrnuty různé typy materiálů, které se snaží o co největší pokrytí pro všechny tyto narušené řečové modalitty.

Pokyny k jednotlivým cvičením byly tvořeny se snahou o co největší srozumitelnost. Velká řada z nich byla v rámci příprav upravována – zjednodušována a zpřesňována. Je důležité, aby pokyny byly psány srozumitelně, protože klienti dostávají jednotlivé materiály s sebou, aby mohli pokračovat v autoterapii.

Poslední stanovenou podmínkou byla grafická přehlednost a atraktivita. Autoři odborných prací často upozorňují, že není dostatek terapeutických materiálů pro dospělé. Využívání upravených materiálů, které původně sloužily k terapii s dětmi, může být pro dospělé osoby silně demotivující. Proto byl vzhled jednotlivých materiálů tvořen se snahou o co největší atraktivitu a přehlednost. Všechny pokyny mají velikost písma 16, jsou tučně zvýrazněné a na levé straně jsou označeny modrou svislou čarou, nadpisy jsou psány kurzívou a tučně zvýrazněné, dílčí pokyny obdobně jen bez tučného zvýraznění, texty byly psány bez kurzívy a tučného zvýraznění. Bylo zvoleno patkové písmo (Times New Roman), které je přehlednější a lépe se čte než bezpatkové. Velikost písma 16 je dostatečná, v individuálních případech je možné ji zvětšit. Byla vytvořena sada schématických obličejů pro oromotorickou sadu cvičení, neboť autorka cítila potřebu vytvořit jednoduchou pro tisk nenáročnou formu znázornění správného postavení mluvidel, kterou v prostudované literatuře nenalezla (často se vyskytovaly fotografie, nebo složitější obrázky).

3.1.2 Metodologie ověření stimulačního programu

Stimulační program byl ověřován u tří osob se získanou dysartrií na léčebném pobytu ve Státních lázních Janské lázně s. p. K ověření sloužil diagnostický Test 3F Dysartrický profil, jež byl realizován na začátku intervence a před jejím ukončením. Vyplněné záznamové archy Testu 3F Dysartrického profilu jsou umístěny v přílohách. Každý klient měl sestavený svůj individuální terapeutický program, v rámci kterého pracoval se zde prezentovanými materiály. Pro podrobnější informace byly vytvořeny případové studie jedinců se získanou dysartrií.

Případová studie

Případová studie je jedním z důležitých témat pedagogiky, psychologie a dalších oborů. Patří do kvalitativního přístupu a je základním a jedním z nejrozšířenějších typů výzkumu v rámci kvalitativního přístupu. (Miovský, 2006)

V případové studii jde o detailní studium jednoho případu či několika málo případů. (Hendl, 2005, str. 104) Cílem je komplexní zachycení jednotlivého případu za předpokladu důkladného prozkoumání velkého množství dat vztahujících se k jedinci. Jako zdroje údajů mohou sloužit případová akta státní správy, lékařské dokumentace, zápisy z terapie, autobiografie, deníky, životopisy, rozhovory, zápisy z porad, výroční zprávy, pozorování, rekonstrukce historie rodu či rodiny a jiné metody. Na konci studie ji lze porovnat s jinými případy. Provádí se také posouzení validity výsledků. (Hendl, 2005)

3.2 Charakteristika stimulačního programu

Program se zaměřuje na všechny řečové modality, tj. artikulace, respirace, fonace, rezonance a prozodické faktory, které jsou v různé míře u jedinců se získanou dysartrií narušeny. Stimulační program obsahuje:

- oromotorická cvičení;
- dechová a fonační cvičení;
- artikulační cvičení;
- cvičení prozodie a intonace;
- rytmizační cvičení;
- cvičení podporující jednoslovné odpovědi.

Oromotorická cvičení jsou souborem devatenácti různých cviků na posílení orofaciálního svalstva. Ke každému cviku je připojen schématický obrázek. Během individuální terapie samozřejmě není nutné, aby každý vykonával všechny cviky, je na terapeutovi, které z nich zařadí. V praxi byl výběr realizován přeškrtnutím nepotřebných schémat obličejů.

Dechová a fonační cvičení obsahují devět různých zadání pro klienty se sníženou silou a vytrvalostí výdechového proudu, tlačnými hlasovými počátky, či slabým, nezvučným hlasem apod.

Soubor artikulačních cvičení obsahuje dva typy materiálů zaměřených na souhláskové shluky. Prvním je klasické čtení slov se souhláskovými shluky, druhým čtení dvojic či trojic slov, které jsou si foneticky podobné s důrazem na jejich precizní rozlišování.

Cvičení prozodie a intonace obsahuje dvě zadání s deseti různými cvičeními zacílenými na dodržování interpunkčních znamének a přemísťování kontrastního důrazu dle návodných otázek.

Na rytmiizační cvičení jsou k dispozici dva materiály k nácviku klasického tappingu po slabikách a po slovech a další dva materiály slouží k nácviku práce s pacing board.

Cvičení podporující jednoslovné odpovědi je souborem dvou typů materiálů, které vznikly z potřeby při terapii s osobou s velmi těžkou formou získané dysartrie.

Celý stimulační program je umístěn v přílohách.

3.3 Případové studie

Následující podkapitola se věnuje jednotlivým případovým studiím tří osob se získanou dysartrií, vyplněné dysartrické profily jsou umístěny v přílohách.

3.3.1 Případová studie č. 1

Amnestická data

Žena ve věku 46 let je vdaná a má dva syny (20 let a 22 let), vystudovala vysokou školu obor informatika, do ischemické cévní mozkové příhody neměla žádná závažná onemocnění (kromě operace varixů) a působila jako učitelka na střední škole.

Zdravotní stav

Dne 6. 7. 2014 byla žena v ranních hodinách urgentně hospitalizována z důvodu třesu rukou, ztráty stability a výskytu řečových obtíží. Pro obtíže musela být přerušena trombolýza. Stav po ischemické cévní mozkové příhodě (mozečkovo-bulbární syndrom). 16. 7. 2014 odpojena od umělé plicní ventilace, kvadruparéza, ataxie, supranukleární okohybná porucha, těžká porucha polykání, od 24. 7. perkutánní endoskopická gastronomie (PEG), těžký organický psychosyndrom, těžká porucha pozornosti.

Vstupní logopedická diagnostika (11. 2. 2015)

Klientka komunikuje jen velice omezeně z důvodu spasmatu a tremoru, navíc s námahou dochází ke stupňování těchto obtíží. Vyskytuje se porucha polykání, pro malnutrici z podvýživy PEG, klientka nedokáže polknout sliny, brčkem pít zvládne dle ošetřujícího personálu, ale často se zakašle. Rozumí bez problémů, ale má časté výpadky pozornosti. Byla vyloučena afázie. V testu 3F Dysartrickém profilu bylo dosaženo 14,5 bodů – velmi těžká dysartrie – anartrie. Nejúspěšnějším oddílem byla faciokineze (13,5 bodů). Výsledem vstupní logopedické diagnostiky je velmi těžká spasticko-flakcidní-ataktická dysartrie.

Logopedická terapie

Cílem logopedické terapie bylo především zlepšit oromotoriku, podpořit schopnost komunikace s okolím (jednoslovné odpovědi) a obnovit uvědomělé polykání slin.

Průběh logopedické terapie

Klientka docházela na půlhodinová sezení čtyřikrát týdně v rámci čtyřtýdenního lázeňského pobytu (kvůli zdravotním obtížím se ale často dostavit nemohla), po jejímž ukončení nastupuje do Rehabilitační kliniky Hradec Králové. Klientka má velké potíže se soustředěním, terapii znesnadňují také tremor a spasmy, které se zhoršují současně s jakoukoliv snahou o pohyb. Spastické postavení úst je do našpulení se rty od sebe. Během terapie je potřeba důsledná relaxace, bez které

není možná jakákoliv práce. Relaxace musí proběhnout mezi každým dílčím pohybem, neboť ten vyvolává nežádoucí souhyby a tremor. Prvním cílem terapie bylo dosáhnout uvolnění spastického postavení úst přes cílené uvolnění paží a pozici vzpřímeného sedu se snahou dát rty na sebe. Po dvou týdnech byla klientka schopna zrelaxovat spastické postavení úst a dokonce měla ústa po většinou zrelaxovaná, i když přicházela do ordinace. Dalším cílem bylo naučit klientku kontrolovaně polykat sliny, klientka má oslabený polykací reflex. Často byla v rámci terapie upozorňována, aby polkla, z počátku se nedařilo, ale jak postupně docházelo ke kontrole spasmu a souhybů v posledním týdnu dokázala na upozornění polknout. Jako naprosto nevyhovující se ukázala cvičení využívající rytmizaci, která zvyšovala tremor a spasmus. S důslednou relaxací po každém slově byla schopna napodobit jeho melodii a postupně zapojovala i artikulaci. Využívala se proto cvičení zaměřená na podporu jednoslovných odpovědí a sady obrázků k pojmenování.

Terapeutické materiály

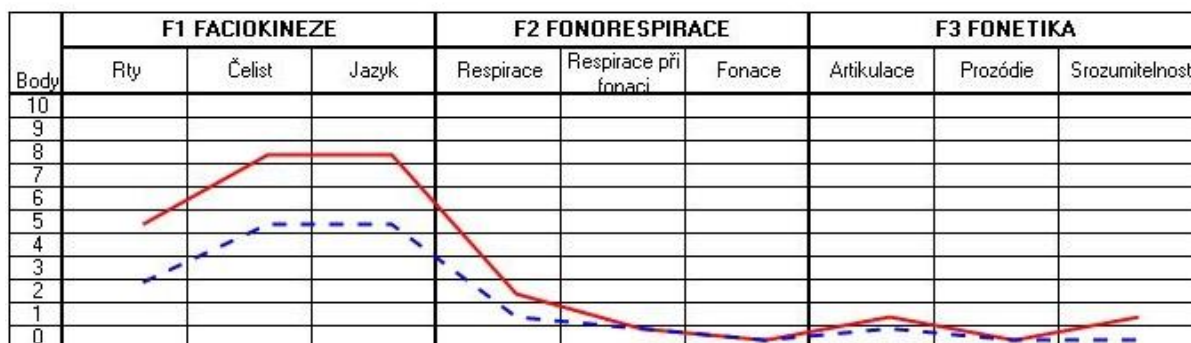
- oromotorická cvičení (bez cviků proti odporu)
- cvičení zaměřená na podporu jednoslovných odpovědí
- sady obrázků k pojmenování

Klientčin manžel a otec se zajímají o možnosti dalšího zlepšování, klientka byla vybavena materiály pro autoterapii.

Výstupní logopedická diagnostika (4. 3. 2015)

Těžká spasticko-flacidní-ataktická dysartrie. Během čtyř týdnů došlo ke zlepšení o 11 bodů (viz graf č. 1). K největšímu zlepšení došlo v oddíle faciokineze. Klientka se naučila důsledně relaxovat před každým dílčím pohybem a obnovila schopnost polknout sliny na výzvu.

Dysartrický profil



Vyšetření ze dne: 11. 2. 2015

Dysartrický index DX = 14,5

Vyšetření ze dne: 4. 3. 2015

Dysartrický index DX = 25,5

Graf č. 1 Dysartrický profil a dysartrický index (případová studie č. 1)

Prognóza

Klientka podstupuje intenzivní rehabilitaci po nedávno prodělané iCMP, během rehabilitace by mělo dojít ještě k dalším zlepšením oproti předchozímu stavu. Rodina je velice motivovaná a vytváří podnětné prostředí ke komunikaci.

Závěr

Terapie byla zaměřena na uvědomělou relaxaci, oromotorická cvičení, podporu jednoslovných spontánních odpovědí a obnovování schopnosti polykat sliny. Terapeutické působení vedlo ke zlepšení oproti předchozímu stavu.

3.3.2 Případová studie č. 2

Amnestická data

Muž ve věku 83 let žije ve společné domácnosti se svou manželkou. Vystudoval vysokou školu se zaměřením na chemii. Před ischemickou cévní mozkovou příhodou (září 2014), prodělal ještě jednu v roce 2010 (bez následků), dále je po operaci levého ramene, varixů levé dolní končetiny a menisku pravé. Nyní je ve starobním důchodu, dříve pracoval jako chemik.

Zdravotní stav

V září roku 2014 prodělal ischemickou cévní mozkovou příhodu (iCMP), následkem toho pravostranná hemiparéza, zvládá však chůzi bez opory, psát lze jen omezeně – špatná motorika pravé horní končetiny a porucha řečové komunikace.

Vstupní logopedická diagnostika (10. 2. 2015)

Artikulace je mírně zpomalená, dysdiadochokinetická, což je patrné zvláště při realizaci souhláskových shluků, tvář není symetrická v klidu ani v pohybu - pravý ústní koutek je viditelně pokleslý, udává zhoršující se tendenci po ránu, hlas je setřelý. Vyskytuje se porucha polykání, občasné zakašlávání se při jídle (největší potíže dělá nehomogenní konzistence stravy např. polévka s rýží apod.) i pití. Byla vyloučena afázie. V testu 3F Dysartrickém profilu bylo dosaženo 69 bodů – lehká dysartrie. Výsledem vstupní logopedické diagnostiky je lehká flakcidní dysartrie.

Logopedická terapie

Cílem logopedické terapie bylo především zlepšit realizaci souhláskových shluků, zrychlit tempo mluvy a odstranit pomocí kompenzačních mechanismů dysfagii.

Průběh logopedické terapie

Klient docházel na půlhodinová sezení čtyřikrát týdně v rámci čtyřtýdenního lázeňského pobytu. Klient zná podstatu svých řečových obtíží, které se snaží zmírnit pravidelnou logopedickou péčí (na logopedii dochází i v místě bydliště), je velice motivovaný ke spolupráci, sám každý den prováděl cvičení podle obdržených materiálů. Terapie byla zaměřená na obnovení svalové síly a hybnosti především rtů pomocí vybraných oromotorických cviků (retní uzávěr, ústní koutky), na diadochokinezi s využitím artikulačních cvičení a také na zlepšení síly výdechového proudu pomocí dechových cvičení. Díky terapii podle oromotorických a artikulačních cvičení (s důrazem na zvýrazňování artikulace a oddělování artikulačních pohybů) se po týdnu začal koutek viditelně zvedat, při spontánním úsměvu se koutek zvedl nahoru. V průběhu čtyř týdnů se asymetrie obličeje výrazně zlepšila. Kompenzačním mechanismem pro zlepšení dysfagických obtíží bylo stanovení polykání se skloněnou hlavou.

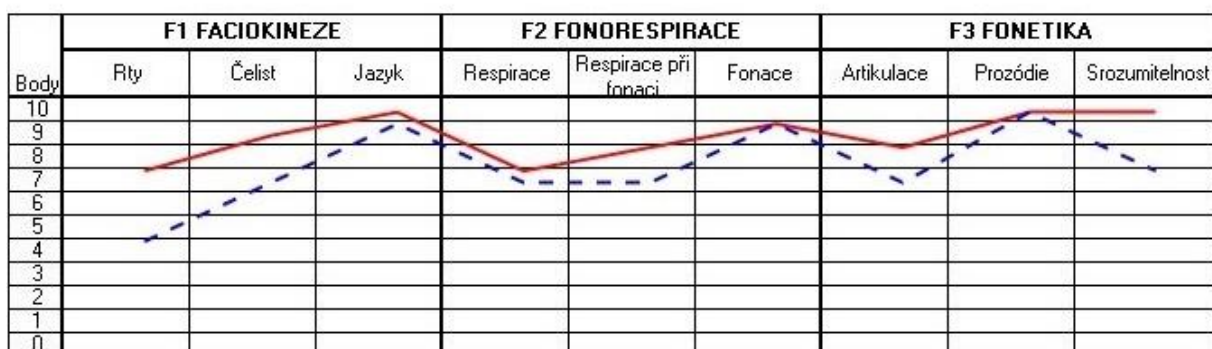
Terapeutické materiály

- oromotorická cvičení (retní uzávěr, ústní koutky)
- artikulační cvičení
- dechová cvičení

Výstupní logopedická diagnostika (3. 3. 2015)

Velmi lehká flacidní dysartrie. Během čtyř týdnů došlo ke zlepšení o 11,5 bodů (viz graf č. 2). Klient se naučil zvýrazňovat artikulaci a oddělovat artikulační pohyby, čímž předchází horšímu překonávání souhláskových shluků. Obtíže v polykání už neudává.

Dysartrický profil



Vyšetření ze dne: 10. 2. 2015

Dysartrický index DX = 69

Vyšetření ze dne: 3. 3. 2015

Dysartrický index DX = 80,5

Graf č. 2 Dysartrický index a dysartrický profil (případová studie č. 2)

Prognóza

Klient již nemá žádné závažné obtíže, které by komunikaci nějak výrazně stigmatizovaly, je velice motivovaný, aby se jeho řečové schopnosti vrátily do původního stavu, a dále bude navštěvovat klinickou logopedii v místě bydliště.

Závěr

Terapie byla zaměřena na obnovování svalové síly a hybnosti, na zlepšení diadochokizene (zvláště v rámci realizace souhláskových shluků) a také na zvolení vhodného kompenzačního mechanismu poruchy polykání. Terapeutické působení vedlo ke zlepšení oproti předchozímu stavu.

3.3.3 Případová studie č. 3

Amnestická data

Muž ve věku 75 let žije ve společné domácnosti se svou manželkou. Je vyučený jako zámečnický, toto povolání vykonával před nástupem do starobního důchodu. Před ischemickou cévní mozkovou příhodou (červenec 2014), prodělal operaci varixů levé dolní končetiny a tříselné kýly, následkem pádu měl zlomená žebra, dále trpí diabetem mellitem II. a hypertenzí.

Zdravotní stav

V červenci roku 2014 prodělal ischemickou cévní mozkovou příhodu (iCMP), následkem toho je narušená motorika pravé horní končetiny – nelze psát, chodí bez opory, porucha řečové komunikace a dysfagie.

Vstupní logopedická diagnostika (9. 2. 2015)

Artikulace je mírně zpomalená, setřelá, respirace mělká se zkrácenou dobou fonace. Hlas je tichý a omezený v dynamice a rozsahu, výrazné je narušení prozodických faktorů řeči. Vyskytuje se porucha polykání, občasné zakašlávání se při jídle (největší potíže dělá nehomogenní konzistence stravy např. polévka s rýží apod.). Byla vyloučena afázie. V testu 3F Dysartrickém profilu bylo dosaženo 63,5 bodů – lehká dysartrie. Výsledkem vstupní logopedické diagnostiky je lehká flacidní dysartrie a dysfonie.

Logopedická terapie

Cílem logopedické terapie bylo především zlepšit fonaci, respiraci, prozodické faktory řeči a pomocí kompenzačních mechanismů odstranit dysfagii.

Průběh logopedické terapie

Klient docházel na půlhodinová sezení dvakrát týdně v rámci čtyřtýdenního lázeňského pobytu. Terapie byla zaměřená na zlepšení melodie, intonace, síly a délky výdechového proudu a tvorby hlasu pomocí dechových a fonačních cvičení. Díky terapii podle intonačně-rytmizačních cvičení se v průběhu čtyř týdnů zlepšil hlasový rozsah, dynamika a délka výdechového proudu, došlo k nácviku intonace závislé na interpunkčních znaménkách (klesnout hlasem s tečkou, stoupnout hlasem s otazníkem atp.) a k nácviku přemístování kontrastního důrazu. Řeč klienta je méně monotónní. Kompenzačním mechanismem pro zlepšení dysfagických obtíží bylo stanoveno polykání s důsledným zadržováním dechu v průběhu polknutí a odkašláním po polknutí.

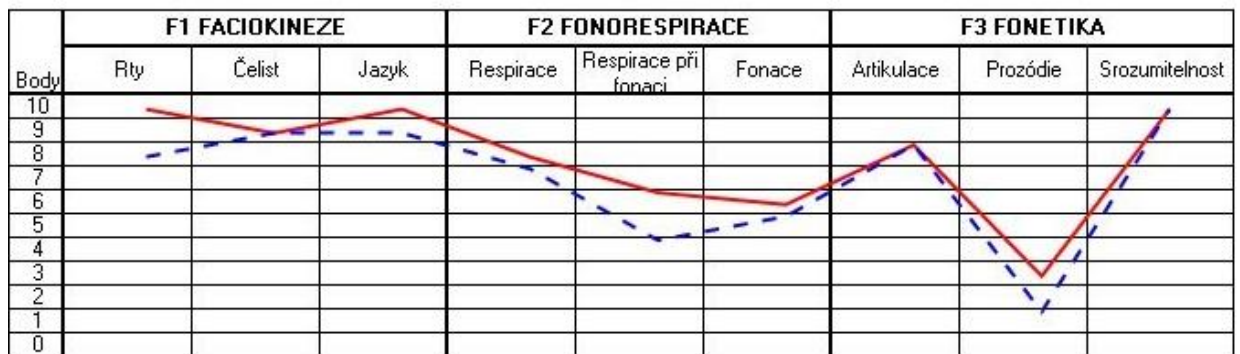
Terapeutické materiály

- dechová a fonační cvičení
- cvičení prozodie a intonace
- intonačně-rytmizační cvičení (zpěv písní)

Výstupní logopedická diagnostika (2. 3. 2015)

Lehká flacidní dysartrie a dysfonie. Během čtyř týdnů došlo ke zlepšení o 7,5 bodů (viz graf č. 3). Klient se naučil zvýrazňovat intonaci a došlo ke zlepšení respirace při fonaci, čímž se zvýšila srozumitelnost řeči. Obtíže v polykání už neudává.

Dysartrický profil



Vyšetření ze dne: 13. 3. 2015

Dysartrický index DX = 63,5

Vyšetření ze dne: 2. 3. 2015

Dysartrický index DX = 71

Graf č. 3 Dysartrický index a dysartrický profil (případová studie č. 3)

Prognóza

Řeč klienta není nijak výrazně stigmatizovaná, do budoucna lze očekávat, že zůstane v tomto nebo velice obdobném stavu.

Závěr

Terapie byla zaměřena na respirační, fonační a intonačně-rytmizační cvičení a také na zvolení vhodného kompenzačního mechanismu poruchy polykání. Terapeutické působení vedlo ke zlepšení oproti předchozímu stavu.

3.4 Shrnutí a diskuse

Následující podkapitola formuluje poslední z dílčích cílů bakalářské práce - zhodnocení stimulačního programu na základě podkladů získaných kvalitativním šetřením.

Z dosažených výsledků vyplývá, že se všichni tři jedinci zlepšili v průběhu terapeutického působení s využitím stimulačního programu. Nejmenšího zlepšení 7,5 bodu dosáhl klient, který na terapii docházel dvakrát týdně. Zbylí dva jedinci, docházející na terapii čtyřikrát týdně, dosáhli zlepšení o 11 a 11,5 bodu a tím se posunuli o jeden stupeň ve stupnici dysartrického indexu (případová studie č. 1 z velmi těžké dysartrie na těžkou dysartrii, případová studie č. 2 z lehké dysartrie na velmi lehkou dysartrii).

Použitelnost materiálu se samozřejmě nedá objektivně hodnotit podle tří jedinců, kteří se stimulačním programem pracovali v rámci terapie. Jak je známo, projevy získané poruchy řečové komunikace se mohou spontánně upravovat v závislosti na zdravotním stavu. Otázkou zůstává, zda by se jejich stav spontánně zlepšil i bez jakéhokoliv logopedického zásahu.

Pozitivním ukazatelem pro vzniklý stimulační program však může být, že jej v současné době při práci začal využívat logoped v léčebně pro dospělé ve Státních léčebných lázních Janské Lázně s. p. a vybrané části (oromotorická cvičení) také logopedka v dětské léčebně Vesna tamtéž.

ZÁVĚR

Předkládaná bakalářská práce se zabývá problematikou získané dysartrie u dospělých osob. Hlavním cílem práce bylo vytvořit vyhovující terapeutický materiál jako reakci na nedostatek vhodných materiálů určených právě dospělým s touto poruchou řečové komunikace.

Teoretická část bakalářské práce vymezuje získanou dysartrii jako neurogenní poruchu řečové komunikace. Zabývá se klasifikací, symptomatologií, prognózou a etiologií se zaměřením na nejčastější příčiny vzniku získané dysartrie. Současně zahrnuje metody a formy logopedické intervence – především logopedickou diagnostiku pomocí Testu 3F Dysartrického profilu, jež je využíván v rámci praktické části práce, a také logopedickou terapii s důrazem na poznatky o metodách a prostředcích, které byly využity při tvorbě stimulačního programu.

Praktická část vyplývá z teoretických znalostí, na základě kterých byl vytvořen stimulační program pro osoby se získanou dysartrií. Stimulační program se zaměřuje na všechny řečové modalitty, jež mohou být vlivem dysartrie narušeny tj. artiklace, respirace, fonace, rezonance a prozodie. Tento stimulační program byl ověřován u skupinky tří osob se získanou dysartrií po dobu čtyř týdnů, v počátku a na konci logopedické intervence byla vykonána logopedická diagnostika na základě Testu 3F Dysartrického profilu. Díky komparaci výsledků před zahájením terapie a po jejím ukončení je možné konstatovat, že došlo ke zlepšení u všech tří osob. Pro podrobnější informace o průběhu terapeutického procesu byly vypracovány případové studie těchto tří osob.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

1. AMBLER, Z., BEDNAŘÍK J., RŮŽIČKA E. 2008 *Klinická neurologie*. Vyd. 2. Praha: Triton, 976 s. ISBN 978-807-3871-574.
2. CSÉFALVAY, Z., MEKYSKA J., KOŠŤÁLOVÁ M. Diagnostika dysartrie. In: CSÉFALVAY, Z., LECHTA V. 2013 *Diagnostika narušené komunikační schopnosti u dospělých*. Vyd. 1. Překlad Magda Wdowyczynová. Praha: Portál, 117 - 143 s. ISBN 978-802-6203-643.
3. CSÉFALVAY, Zsolt. 2007. *Terapie afázie : teorie a případové studie*. Vyd. 1. Překlad Jana Křížová. Praha: Portál, 175 s. ISBN 9788073673161.
4. ČECHÁČKOVÁ, M. 2003. Dysartrie. In: ŠKODOVÁ, E., JEDLIČKA I. a kol. 2003. *Klinická logopedie*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2003, s. 143 - 175. ISBN 80-717-8546-6.
5. DUFFY, J. 2005. *Motor speech disorders : substrates, differential diagnosis, and management*. 2nd ed. St. Louis, Mo.: Elsevier Mosby xiii, 578 s. ISBN 978-032-3024-525.
6. GANGALE, D. 2004. *Rehabilitace orofaciální oblasti*. 1. vyd. Překlad Irena Šáchová. Praha: Grada, 229 s. ISBN 80-247-0534-6.
7. GROSS R. 2009. Rehabilitácia porúch prehĺtania. In: TEDLA, M. a kol. 2009. *Poruchy polykání*. 1. vyd. Editor Viktor Chrobok. Havlíčkův Brod: Tobiáš, 107 – 113 s. Medicína hlavy a krku. ISBN 978-807-3111-052.
8. HENDL, Jan. 2005. *Kvalitativní výzkum: základní metody a aplikace*. Vyd. 1. Praha: Portál, 407 s. ISBN 80-736-7040-2.
9. KALITA, Z. 2006. *Akutní cévní mozkové příhody : diagnostika, patofyziologie, management*. 1. vyd. Praha: Maxdorf, 623 s. ISBN 8085912260.
10. KLENKOVÁ, J. 2006. *Logopedie : narušení komunikační schopnosti, logopedická prevence, logopedická intervence v ČR, příklady z praxe*. Vyd. 1. Praha: Grada, 224 s. Pedagogika (Grada). ISBN 978-802-4711-102.
11. KUČERA, M. 2011. Hlasová rehabilitace a reedukace. In: DRŠATA, J., CHROBOK, V. 2011. *Foniatrie, hlas*. 1. vyd. Havlíčkův Brod: Tobiáš, 2011, 102 – 115 s. Medicína hlavy a krku. ISBN 9788073111168.

12. LECHTA, V. 2003. Metody logopedické intervence. In: ŠKODOVÁ, E., JEDLIČKA I. a kol. 2003. *Klinická logopedie*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2003, s. 37 - 44. ISBN 80-717-8546-6.
13. LOVE, R., WEBB, W. 2009. *Mozek a řeč: neurologie nejen pro logopedy*. Vyd. 1. Praha: Portál, 372 s. ISBN 978-80-7367-464-9.
14. NEUBAUER, Karel. 1998. Neuropsychologie a poruchy řeči. In: PREISS, Marek. *Klinická neuropsychologie*. 1. vyd. Praha: Grada, 1998, s. 259 - 309. ISBN 80-716-9443-6.
15. NEUBAUER, K. 2003. Dysartrie. In: ŠKODOVÁ, E., JEDLIČKA I. a kol. 2003. *Klinická logopedie*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2003, s. 303 – 327. ISBN 80-717-8546-6.
16. NEUBAUER K. 2005. Terapie dysartrie. In: LECHTA, Viktor. 2005 *Terapie narušené komunikační schopnosti*. Vyd. 1. Překlad Jana Křížová. Praha: Portál, 283 - 333 s. ISBN 80-717-8961-5.
17. NEUBAUER, K. 2007. *Neurogenní poruchy komunikace u dospělých: diagnostika a terapie*. Vyd. 1. Praha: Portál, 227 s., [16] s. obr. příl. ISBN 978-807-3671-594.
18. NEUBAUER, K., DOBIAS, S. 2014. *Neurogeně podmíněné poruchy řečové komunikace a dysfagie*. Vyd. 1. Hradec Králové: Gaudeamus, 348 s. ISBN 9788074355189.
19. NEUBAUEROVÁ, L., JAVORSKÁ M., NEUBAUER K. 2011. *Ucelená rehabilitace osob s postižením centrální nervové soustavy*. Hradec Králové: Gaudeamus, 133 s. ISBN 978-807-4351-099.
20. MIOVSKÝ, Michal. 2006. *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu*. Vyd. 1. Praha: Grada, 332 s. ISBN 80-247-1362-4.
21. PETROVSKÝ, Martin. 1996. Dysartrie z pohledu neurologa. *Klinická logopedie v praxi*. Praha: Asociace klinických logopedů, ročník 3., číslo 2. s. 4 – 7. Periodikum Asociace klinických logopedů České republiky, věnující se problematice komunikačních poruch a praktického rozvoje logopedické péče ve zdravotnictví.
22. PFEIFFER, J. 2007. *Neurologie v rehabilitaci: pro studium a praxi*. 1. vyd. Praha: Grada, 350 s. ISBN 9788024711355.

23. WHO. *Rehabilitace po cévní mozkové příhodě: včetně nácviku soběstačnosti: průvodce nejen pro rehabilitační pracovníky*. 2004. 1. vyd. Překlad Simona Šeclová. Praha: Grada Publishing, 199 s. ISBN 80-247-0592-3.
24. ROTH, J., RŮŽIČKA, E. 1998. Psychopatologie Parkinsonovy nemoci. In: PREISS, Marek. *Klinická neuropsychologie*. 1. vyd. Praha: Grada, 1998, s. 172 – 180. ISBN 80-716-9443-6.
25. ROUBÍČKOVÁ, Jaroslava a Jiří HEDÁNEK. 2011. *Dysartrický profil: Test 3F*. Praha: Galén. ISBN 978-80-7262-714-1
26. RŮŽIČKA E., ROTH J. 2002. Parkinsonova nemoc a jiná extrapyramidová onemocnění. In: NEVŠÍMALOVÁ, S., RŮŽIČKA E., TICHÝ J. 2002. *Neurologie*. 1. vyd. Praha: Galén, xiv, s. 195 – 208. ISBN 8024605023.
27. SMRČKA, M. 2001. *Poranění mozku*. 1. vyd. Praha: Grada, 272 s. ISBN 8071698202.
28. TEDLA, M. 2009. *Poruchy polykání*. 1. vyd. Editor Viktor Chrobok. Havlíčkův Brod: Tobiáš, 312 s. Medicína hlavy a krku. ISBN 978-807-3111-052.
29. VITÁSKOVÁ, Kateřina a Renata MLČÁKOVÁ. 2013. *Základní vstup do problematiky získaných fatických poruch a problematiky dysartrie*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci. ISBN 978-80-244-3744-6.

SEZNAM TABULEK A GRAFŮ

Tabulka č. 1 – Fakta o cévních mozkových příhodách (CMP)

Graf č. 1 – Dysartrický index a dysartrický profil (případová studie č. 1)

Graf č. 2 – Dysartrický index a dysartrický profil (případová studie č. 2)

Graf č. 3 – Dysartrický index a dysartrický profil (případová studie č. 3)

SEZNAM ZKRATEK

CNS – centrální nervová soustava

CMP – cévní mozková příhoda

CT – počítačová tomografie

DAP – difúzní axonální poranění

DP – dysartrický profil

DX – dysartrický index

ICH – hemoragická cévní mozková příhoda intracerebrální

iCMP – ischemická cévní mozková příhoda

MR – magnetická rezonance

PEG – perkutánní endoskopická gastrostomie

SAH – hemoragická cévní mozková příhoda subarachnoidální

s. p. – státní podnik

TIA – tranzitorní ischemická ataka

PŘÍLOHY

Příloha A: Vyplněný záznamový list Testu 3F Dysartrického profilu, 1. případová studie

Příloha B: Vyplněný záznamový list Testu 3F Dysartrického profilu, 2. případová studie

Příloha C: Vyplněný záznamový list Testu 3F Dysartrického profilu, 3. případová studie

Příloha D: Stimulační program pro osoby se získanou dysartrií

DYSARTRICKÝ PROFIL TEST 3F		Nynější onemocnění		Poznamky	
Dysartrický profil Test 3F. 3 vyd. Praha: Galén; 2011		Ischemická CMP (mozečková- bulbární syndrom), kvadruparéza, organický psychosyndrom, PEG pro malnutrii, okohybná porucha			
Stav před nynějším onemocněním Stav kognitivních, jazykových, řečových funkcí: kognitivní - těžký organický psychosyndrom, narušení kognitivních a exekutivních funkcí, porucha pozornosti a zvýšená unavitelnost dle psychologa Sluch: V pořádku Zrak: supranukleární okohybná porucha					
Jméno pacienta KR		Orientační předtestové vyšetření			
Alfázie ano ne		orální nebo verbální apraxie ano ne		jiná porucha řeči ano ne	
Rodné číslo		Vyšetřil Jana Dudková (JD)		JD	
Datum vzniku poruchy 6. 7. 2014		Datum vyšetření I. a II. vyšetření:		JD	
Dysartrický index I. a II. vyšetření: 0-17 velmi těžká dysartrie - anartrie 17-35 těžká dysartrie 36-56 středně těžká dysartrie 57-73 lehká dysartrie 74-85 velmi lehká dysartrie 85-90 bez poruchy		11.2. 2015		4.3. 2015	
FACIOKINEZE (maximum 30)		13,5		22	
1. Rty (maximum 10)		2,5		5	
1.1 Protrže a retrakce rtů mezi zuby		0,5		1	
1.2 Pevnost sevření rtů v klidu		0		1	
1.3 Pevnost retního uzávěru při nafouknutých tvářích		1		2	
1.4 Zaostrění koutků do úsměvu		1		1	
1.5 Diadochokineze bez fonace		0		0	
2. Čelist (maximum 10)		6		8	
2.1 Otevření a zavření úst (volně)		1		2	
2.2 Otevření a zavření úst proti odporu		0		1	
2.3 Posouvání mandibuly doprava – doleva		2		2	
2.4 Kroužení mandibulou do stran		1		1	
2.5 Kontrakce žvýkacích svalů		1		2	
3. Jazyk (maximum 10)		5		8	
3.1 Vysunutí jazyka z úst a zasunutí		1,5		2	
3.2 Zvednutí špičky jazyka vzhůru a spuštění zpět		0,5		2	
3.3 Vysunutí, obrácení špičky jazyka před ústy vzhůru		1		2	
3.4. Přesunutí jazyka z koutku do koutku		1		1	
3.5 Kruhovitě olíznutí horního a spodního rtu		1		1	
FONORESPIRACE (maximum 30)		1,5		2,5	
4. Respirace (maximum 10)		1		2	
4.1 Klidová prodloužená expirace		0		1	
4.2 Síla výdechového proudu		1		1	
4.3 Výřiz expirace při syčení (sss...)		0		0	
4.4 Opakování série (ss-ss-ss...)		0		0	
4.5 Plynutí zesilování a zeslabování sykotu		0		0	
5. Respirace při fonaci (maximum 10)		0,5		0,5	
5.1 Výřiz expirace při prodloužené fonaci hlásky m		0,5		0,5	
5.2 Výřiz expirace při prodloužené fonaci hlásky iii		0		0	
5.3 Synchronizovanost respirace s fonaci fffii		0		0	
5.4 Délka výdechové mluvní fráze		0		0	
5.5 Mluvní respirace		0		0	
6. Fonace (maximum 10)		0		0	
6.1 Kvalita hlasu		0		0	
6.2 Rezonance		0		0	
6.3 Přiměřená a ovládaná hlasitost		0		0	
6.4 Přiměřená a ovládaná výška		0		0	
6.5 Hlasový rozsah		0		0	
7. Artikulace (maximum 10)		1,5		2,5	
7.1 Přesnost opakování samohlásek		0		1	
7.2 Přesnost opakování souhlásek		1		1	
7.3 Přesnost artikulace při čtení TEXT		0		0	
7.4 Diadochokineze s fonací (p-t-k) (o-e)		0		0	
7.5 Spontánní řeč		0		0	
8. Prozodie (maximum 10)		0,5		0,5	
8.1 Uložení rytmu v rytmickém celku TEXT		0,5		0,5	
8.2 Základní větní intonace TEXT		0		0	
8.3 Přemístování kontrastního důrazu TEXT		0		0	
8.4 Intonační variabilita TEXT		0		0	
8.5 Komplexní prozodické faktory		0		0	
9. Srozumitelnost (maximum 10)		0		0	
9.1 Srozumitelnost předřkávaných slov TEXT		0		0	
9.2 Srozumitelnost předřkávaných vět TEXT		0		0	
9.3 Srozumitelnost četby slov TEXT		0		0	
9.4 Srozumitelnost četby textu TEXT		0		0	
9.5 Srozumitelnost spontánní mluvy		0		0	

Příloha B

Roubíčková J., Hedánek J., Stránilík A. *Dysartrický profil Test 3F*. 3. vyd. Praha: Galén; 2011

DYSARTRICKÝ PROFIL TEST 3F			
Nynější onemocnění Ischemická CMP, hemiparéza pravé části těla, špatná motorika PHK			
Poznámky			
Flacidní dysartrie			
Orientační předtestové vyšetření			
Jméno pacienta SJ		orální nebo verbální apraxie ano ne jiná porucha řeči ano ne	
Rodné číslo		chrup: neúplný úpíný (spodní protéza) jazyková fascikulace, fibrilace: ano ne	
Datum vzniku poruchy: září 2014		tvář symetrická v klidu: ano ne tvář symetrická v pohybu: ano ne	
Dysartrický index I. a II. vyšetření:		obtěžte při příjmu tekutin: často občas ne obtěžte při příjmu tuhé stravy: často	
0-17 velmi těžká dysartrie - anartrie 17-35 těžká dysartrie 36-56 středně těžká dysartrie 57-73 lehká dysartrie 74-85 velmi lehká dysartrie 85-90 bez poruchy		obtěžte při příjmu tuhé stravy: často občas ne dávný reflex: nevybavný snížený zvýšený; přiměřený	
FACIOKINEZE (maximum 30)		FONETIKA (maximum 30)	
1. Rty (maximum 10)		7. Artikulace (maximum 10)	
1.1 Protuze a retrakce rtů mezi zuby	1	2	2
1.2 Pevnost sevření rtů v klidu	1	1,5	1
1.3 Pevnost retního uzávěru při natouknutých tvářích	1	1,5	1,5
1.4 Zaostření koutků do úsměvu	1	1,5	1
1.5 Diadochokineze bez fonace	0,5	2	1,5
2. Čelist (maximum 10)	7	8,5	10
2.1 Otevření a zavření úst (volně)	1	2	2
2.2 Otevření a zavření úst proti odporu	2	1,5	2
2.3 Posouvání mandibuly doprava – doleva	1	1,5	2
2.4 Kroužení mandibulou do stran	1	2	2
2.5 Kontrakce žvýkacích svalů	2	2	2
3. Jazyk (maximum 10)	9,5	9,5	7,5
3.1 Vysunutí jazyka z úst a zasunutí	2	1,5	1,5
3.2 Zvednutí špičky jazyka vzhůru a spuštění zpět	2	2	2
3.3 Vysunutí, obrácení špičky jazyka před ústy vzhůru	1,5	2	1,5
3.4 Piesnutí jazyka z koutku do koutku	2	2	1,5
3.5 Kruhovitě oliznutí horního a spodního rtu	2	2	1,5
4. Respirace (maximum 10)	7,5	7,5	8,5
4.1 Klidová prodloužená expirace	2	2	2
4.2 Síla výdechového proudu	0,5	1	1,5
4.3 Výřez expirace při syčení (sss...)	1,5	1,5	2
4.4 Opakování séni (ss-ss-ss...)	1	1	1,5
4.5 Plynutí zesilování a zesilování sykotu	2	2	1,5
5. Respirece při fonaci (maximum 10)	7	8,5	10
5.1 Výřez expirace při prodloužené fonaci hlásky m	1	1,5	2
5.2 Výřez expirace při prodloužené fonaci hlásky ííí	1	1,5	2
5.3 Synchronizovaná respiratione s fonací fffíííí	1	1,5	2
5.4 Délka výdechové mluvní fráze	2	2	2
5.5 Mluvní respiratione	2	2	2
6. Fonace (maximum 10)	9,5	9,5	7,5
6.1 Kvalita hlasu	1,5	1,5	1,5
6.2 Rezonance	2	2	2
6.3 Přiměřená a ovládaná hlasitost	2	2	1,5
6.4 Přiměřená a ovládaná výška	2	2	1,5
6.5 Hlasový rozsah	2	2	1,5

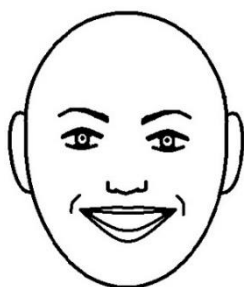
Roubíčková J., Hedánek J., Stránilík A. *Dysartrický profil. Test 3F. 3. vyd. Praha: Galén; 2011*
DYSARTRICKÝ PROFIL TEST 3F

Stav před nynějším onemocněním Stav kognitivních, jazykových, řečových funkcí: vše v pořádku, narušené řečové funkce Sluch: v pořádku Zrak: v pořádku		Nynější onemocnění Ischemická CMP, porucha hybnosti PHK		Poznámky Flakcidní dysartrie	
Jméno pacienta KJ		Orientační předtestové vyšetření			
Rodné číslo Věk: 75let		Vyšetřil Jana Dudková (JD)	JD	JD	orální nebo verbální apraxie ano ne
Datum vzniku poruchy: červenec 2014		Datum vyšetření I. a II. vyšetření:	9.2. 2015	2.3. 2015	jiná, porucha řeči ano-ne
Dysartrický index I. a II. vyšetření: 0-17 velmi těžká dysartrie - anartrie 17-35 těžká dysartrie 36-56 středně těžká dysartrie 57-73 lehká dysartrie 74-85 velmi lehká dysartrie 85-90 bez poruchy		63,5		71	dysfonie jazyková atrofie: ano-ne
FACIOKINEZE (maximum 30)		26		29	tvář symetrická v pohybu: ano ne
1. Rty (maximum 10)		8		10	oblíže při příjmu tuhé stravy: často občas -ne
1.1 Protluze a retrakce rtů mezi zuby		1		2	
1.2 Pevnost sevření rtů v klidu		2		2	
1.3 Pevnost retního uzávěru při nafouknutých tvářích		2		2	
1.4 Zaostrění koutků do úsměvu		1,5		2	
1.5 Diadochokineze bez fonace		1,5		2	
2. Čelist (maximum 10)		9		9	1,5
2.1 Otevření a zavření úst (volně)		2		2	
2.2 Otevření a zavření úst proti odporu		2		2	
2.3 Posouvání mandibuly doprava – doleva		2		2	
2.4 Kroužení mandibulou do stran		1		1	
2.5 Kontrakce žvýkacích svalů		2		2	
3. Jazyk (maximum 10)		9		10	10
3.1 Vysunutí jazyka z úst a zasunutí		2		2	
3.2 Zvednutí špičky jazyka vzhůru a spuštění zpět		2		2	
3.3 Vysunutí, obrácení špičky jazyka před ústy vzhůru		1		2	
3.4. Přesunutí jazyka z koutku do koutku		2		2	
3.5 Kruhovitě oliznutí horního a spodního rtu		2		2	
FONORESPIRACE (maximum 30)		17,5		20,5	FONETIKA (maximum 30)
4. Respirace (maximum 10)		7,5		8	7. Artikulace (maximum 10)
4.1 Klidová prodloužená expirace		2		2	7.1 Přesnost opakování samohlásek
4.2 Síla výdechového proudu		1		1	7.2 Přesnost opakování souhlásek
4.3 Vydírčí expirace při syčení (sss...)		2		2	7.3 Přesnost artikule při čtení TEXT
4.4 Opakování sérií (ss-ss-ss...)		1,5		2	7.4 Diadochokineze s fonací (p-l-k) (o-e)
4.5 Plynuhé zesilování a zeslabování sykotu		1		1	7.5 Spontánní řeč
5. Respirace při fonaci (maximum 10)		4,5		6,5	8. Prozodie (maximum 10)
5.1 Vydírčí expirace při prodloužené fonaci hlásky m		1		1	8.1 Udržení rytmu v rytmickém celku TEXT
5.2 Vydírčí expirace při prodloužené fonaci hlásky l		1		1	8.2 Základní věhové intonace TEXT
5.3 Synchronizovanost respirace s fonací fffiii		0		1	8.3 Přemisťování kontrastního důrazu TEXT
5.4 Délka výdechové mluvní fráze		1,5		2	8.4 Intonační variabilita TEXT
5.5 Mluvní respirace		1		1,5	8.5 Komplexní prozodické faktory
6. Fonace (maximum 10)		5,5		6	9. Srozumitelnost (maximum 10)
6.1 Kvalita hlasu		1		1	9.1 Srozumitelnost předřkávaných slov TEXT
6.2 Rezonance		1,5		2	9.2 Srozumitelnost předřkávaných vět TEXT
6.3 Příměřená a ovládaná hlasitost		1		1	9.3 Srozumitelnost četby slov TEXT
6.4 Příměřená a ovládaná výška		1		1	9.4 Srozumitelnost četby textu TEXT
6.5 Hlasový rozsah		1		1	9.5 Srozumitelnost spontánní mluvy

Stimulační program

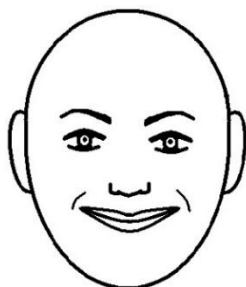
pro osoby se získanou dysartrií

Následující cvičení provádějte před zrcadlem několikrát denně. Mezi cvičeními relaxujte. Pokud se jedna polovina obličeje pohybuje méně, přidržujte rukou zdravou část úst v neutrální poloze tak, aby pohyb prováděla hlavně část oslabená. Nesmí docházet k přetahování oslabených svalů na zdravou stranu. Pokud se oslabená polovina obličeje pohybuje velmi málo, můžete jí do žádané pozice pomoci rukou.



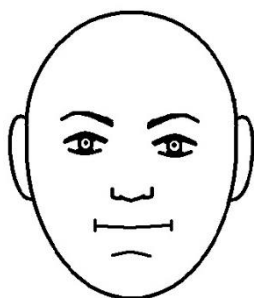
Usmějte se s odhalenými zuby.

V pozici vydržte 5 – 10 vteřin, zopakujte 5x.



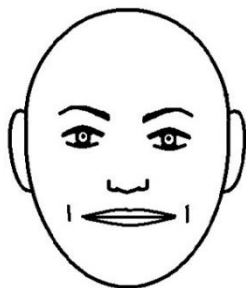
Usmějte se se zavřenými ústy.

V pozici vydržte 5 – 10 vteřin, zopakujte 5x.



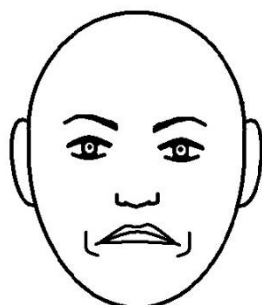
Vtáhněte rty mezi zuby.

V pozici vydržte 5 – 10 vteřin, zopakujte 5x.



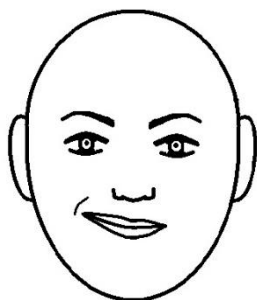
Táhněte koutky do stran.

V pozici vydržte 5 – 10 vteřin, zopakujte 5x.



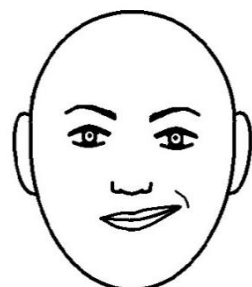
Táhněte koutky šikmo dolů. Při pohybu se mohou zapojit krční svaly.

V pozici vydržte 5 – 10 vteřin, zopakujte 5x.



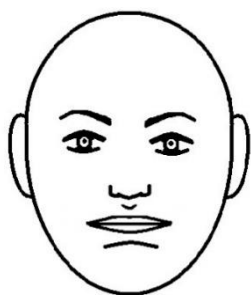
Zvedněte jen pravý koutek.

V pozici vydržte 5 – 10 vteřin, zopakujte 5x.



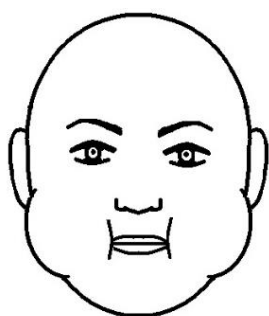
Zvedněte jen levý koutek.

V pozici vydržte 5 – 10 vteřin, zopakujte 5x.



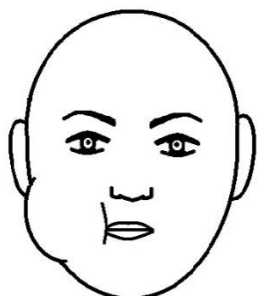
Pevně stiskněte rty.

V pozici vydržte 5 – 10 vteřin, zopakujte 5x.



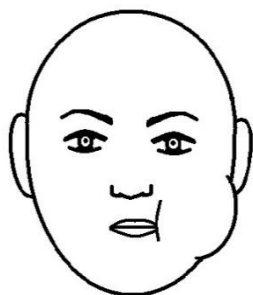
Nafoukněte obě tváře. Dejte pozor, aby Vám vzduch neunikal rty nebo nosem. (Obtížnost můžete zvýšit tak, že budete tváře promačkávat prstem.)

V pozici vydržte 5 – 10 vteřin, zopakujte 5x.



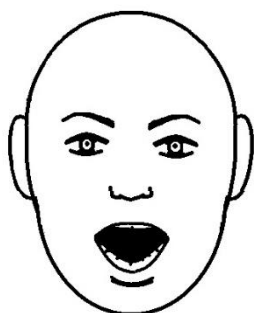
Nafoukněte jen pravou tvář. Dejte pozor, aby Vám vzduch neunikal rty, nosem nebo do druhé tváře. (Obtížnost můžete zvýšit tak, že budete tvář promačkávat prstem.)

V pozici vydržte 5 – 10 vteřin, zopakujte 5x.



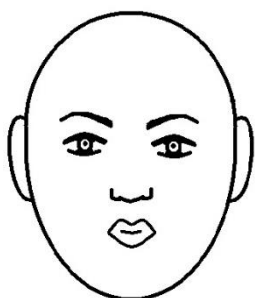
Nafoukněte jen levou tvář. Dejte pozor, aby Vám vzduch neunikal rty, nosem nebo do druhé tváře. (Obtížnost můžete zvýšit tak, že budete tvář promačkávat prstem.)

V pozici vydržte 5 – 10 vteřin, zopakujte 5x.



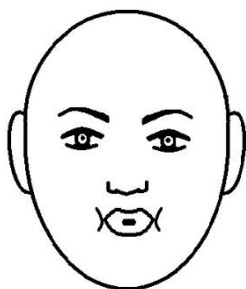
Výrazně otevřete ústa.

V pozici vydržte 5 – 10 vteřin, zopakujte 5x.



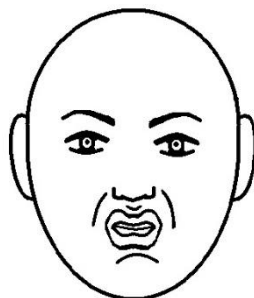
Našpulte rty.

V pozici vydržte 5 – 10 vteřin, zopakujte 5x.



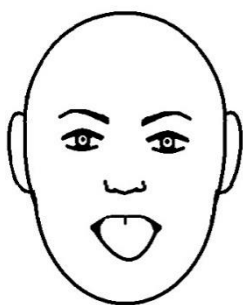
Zapísejte. Pokud pískat neumíte nebo se to prozatím nedaří, foukněte.

V pozici vydržte 5 – 10 vteřin, zopakujte 5x.



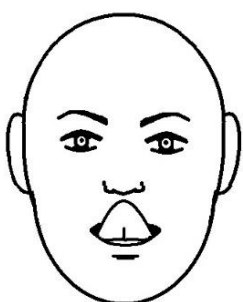
Pootevřená ústa vysuňte vpřed. Zuby držte skousnuté. Snažte se ohrnout horní ret co nejvíce nahoru a spodní ret co nejvíce dolů.

V pozici vydržte 5 – 10 vteřin, zopakujte 5x.



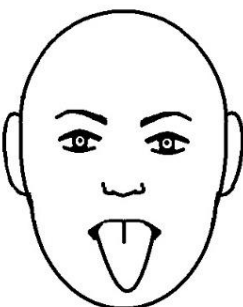
Vysuňte jazyk co nejdále dopředu.

V pozici vydržte 5 – 10 vteřin, zopakujte 5x.



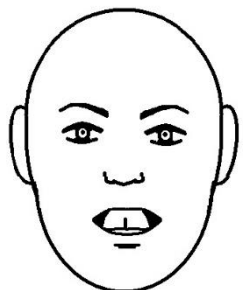
Vysuňte jazyk co nejvýše k nosu.

V pozici vydržte 5 – 10 vteřin, zopakujte 5x.



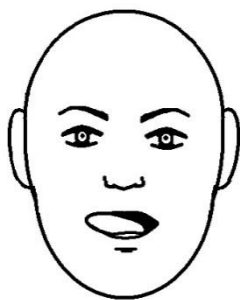
Vysuňte jazyk co nejniž k bradě.

V pozici vydržte 5 – 10 vteřin, zopakujte 5x.



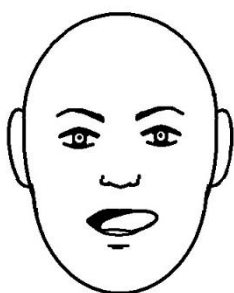
Otevřete mírně ústa. Jazykem tlačte na dásně za horními předními zuby.

V pozici vydržte 5 – 10 vteřin, zopakujte 5x.



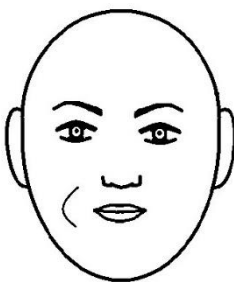
Dejte jazyk k pravému koutku.

V pozici vydržte 5 – 10 vteřin, zopakujte 5x.



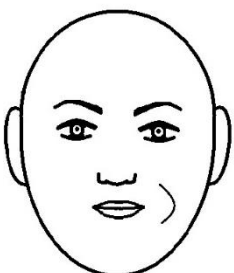
Dejte jazyk k levému koutku.

V pozici vydržte 5 – 10 vteřin, zopakujte 5x.



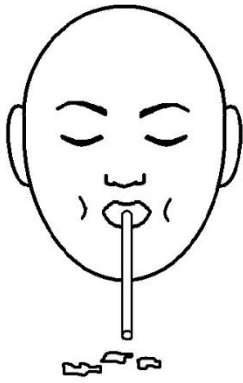
Nechte zavřená ústa. Jazykem tlačte proti pravé tváři.

V pozici vydržte 5 – 10 vteřin, zopakujte 5x.

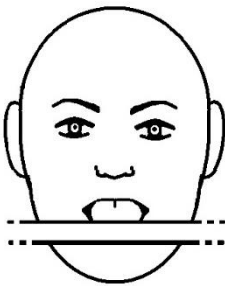


Nechte zavřená ústa. Jazykem tlačte proti levé tváři.

V pozici vydržte 5 – 10 vteřin, zopakujte 5x.

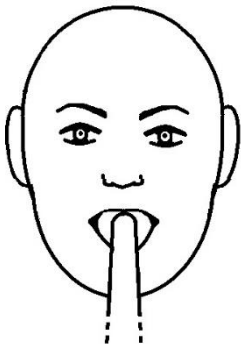


*Použijte brčko a drobnější kousky papírku.
Brčkem vtahujte vzduch, pokuste se přisát
papírky rozložené na stole a zdvihnout je.*



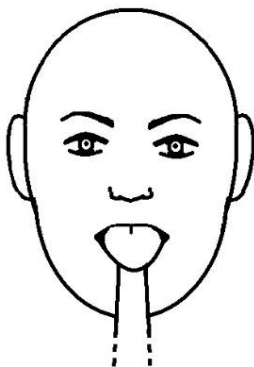
*Tlačte jazykem dopředu proti odporu špátle.
(Můžete využít i dřívko od nanuku nebo
lžici.)*

V pozici vydržte 5 – 10 vteřin, zopakujte 5x.



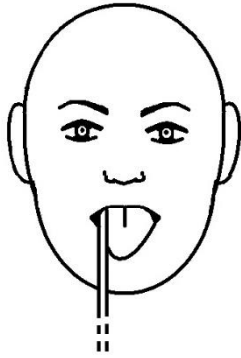
*Tlačte jazykem nahoru proti odporu špátle.
(Můžete využít i dřívko od nanuku nebo lžici.)*

V pozici vydržte 5 – 10 vteřin, zopakujte 5x.



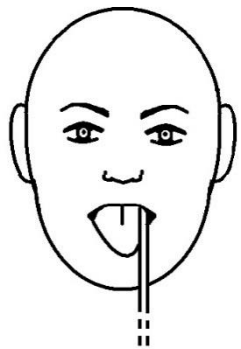
*Tlačte jazykem dolů proti odporu špátle.
(Můžete využít i dřívko od nanuku nebo
lžici.)*

V pozici vydržte 5 – 10 vteřin, zopakujte 5x.



Tlačte jazykem doprava proti odporu špátle.
(Můžete využít i dřívko od nanuku nebo lžící.)

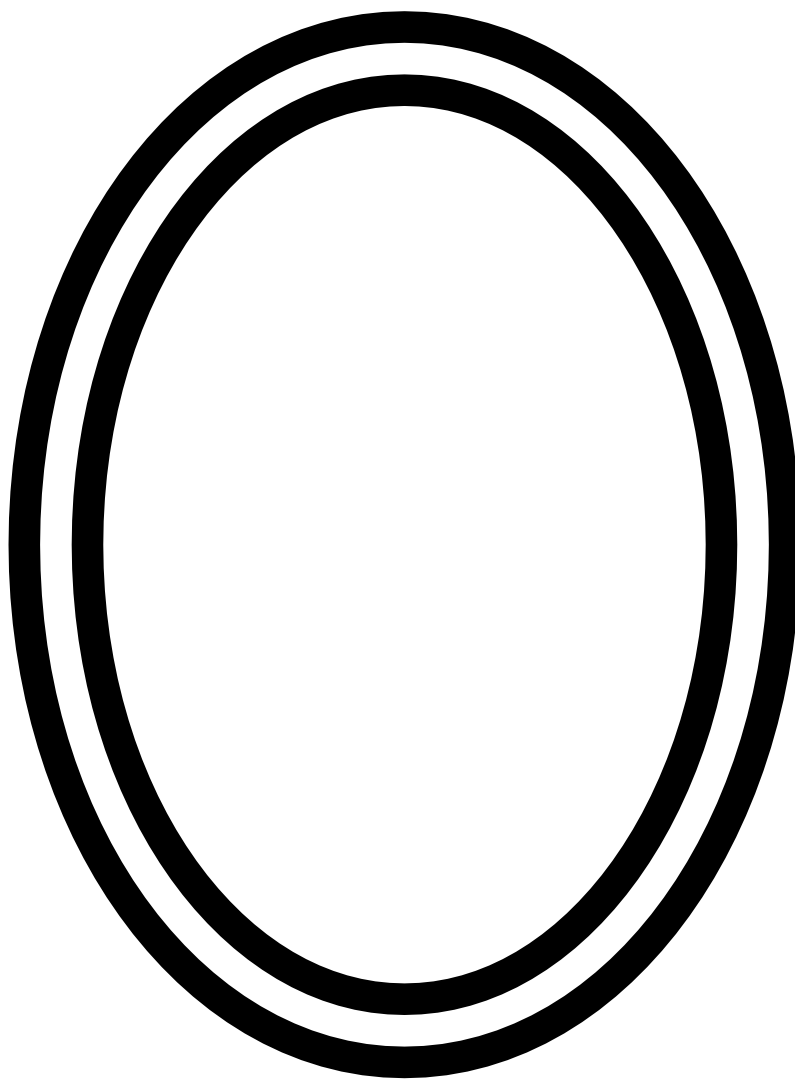
V pozici vydržte 5 – 10 vteřin, zopakujte 5x.



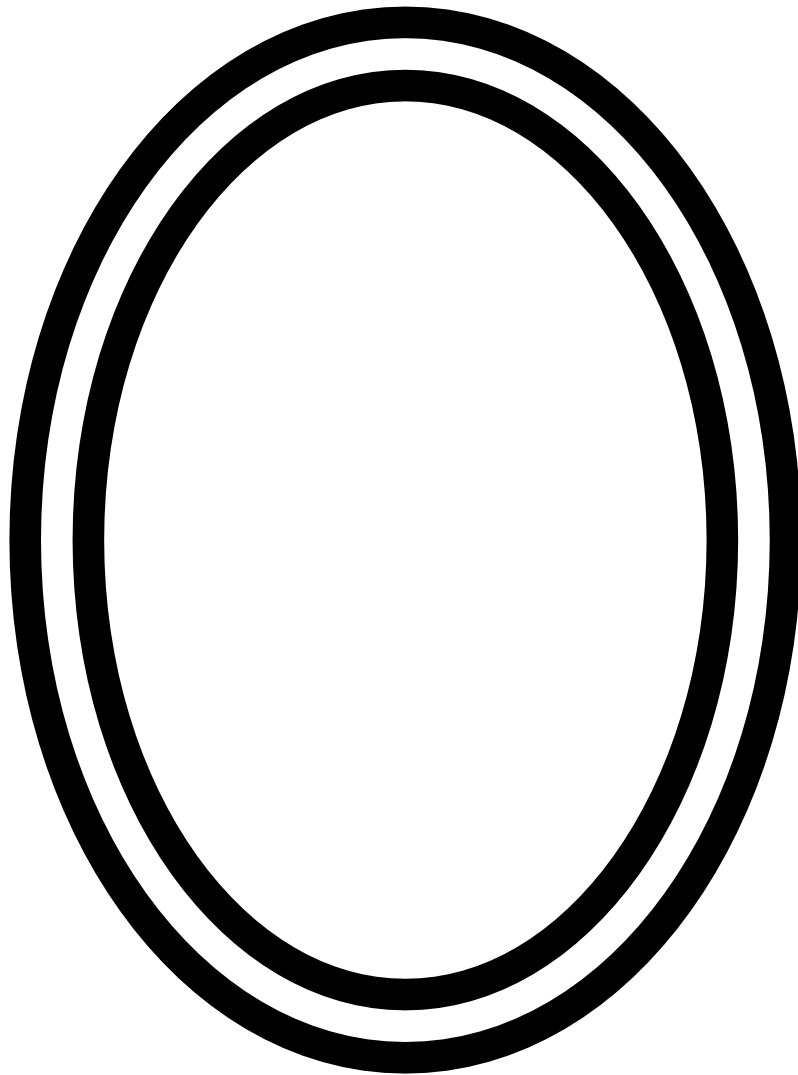
Tlačte jazykem doleva proti odporu špátle.
(Můžete využít i dřívko od nanuku nebo lžící.)

V pozici vydržte 5 – 10 vteřin, zopakujte 5x.

Jednu ruku si položte na břicho a sledujte, jak se vám ruka zvedá při nádechu a klesá s výdechem. Dýchejte pomalu, tiše, bez námahy. Dejte prst na spodní část elipsy. Nádech doprovázejte pohybem prstu vzhůru po elipse a výdech pohybem dolů. Nadechněte se i vydechujte bez zastavování a bez zadržování dechu. Celé cvičení můžete opakovat i se zavřenýma očima.



Prst dejte na spodní část elipsy. Nádech doprovázejte pohybem prstu vzhůru a výdech pohybem dolů. Poté, co začnete vydechovat, začněte pomalu bez větší námahy vyslovovat prodloužené M a to po dobu než se váš prst přiblíží ke spodní části elipsy, poté se opět nadechněte. Celé cvičení opakuje se slabikami HE, HI, HO, HA, HU.



Pokuste se přečíst následující věty. Postupujte od nejkratší po nejdelší tak, abyste každý řádek četli na jeden výdech. Pohodlně se usad'te a před každým řádkem se správně nadechněte (ani mělce a ani příliš hluboce). Poté spolu s výdechem přečtete řádek.

By.

Bylo.

Nebylo.

Nebylo by.

Zda by nebylo.

Zdali by nebylo.

Zdali by nebylo možné.

Zdali by nebylo možné jít.

Zdali by nebylo možné přijít.

Zdali by nebylo možné přijít domů.

Zdali by nebylo možné přijít k Anně domů.

Zdali by nebylo možné přijít k Aničce domů.

Zdali by nebylo možné přijít zítra k Aničce domů.

Zdali by nebylo možné přijít pozítří k Aničce domů.

Proč?

Pročpak?

Pročpak jíš?

Pročpak nejíš?

Pročpak nejíš pečené?

Pročpak nejíš zapečené?

Pročpak nejíš zapečené těsto?

Pročpak nejíš zapečené těstoviny?

Pročpak nejíš rád zapečené těstoviny?

Pročpak nejíš rád zapečené těstoviny a sýr?

Pročpak nejíš rád zapečené těstoviny se sýrem?

Pročpak nejíš rád máminy zapečené těstoviny se sýrem?

Pročpak nejíš rád maminčiny zapečené těstoviny se sýrem?

Reagujte na interpunkční znaménka.

Přijedete domů.

Přijedete domů?

Přijedete domů!

Půjčí mi to.

Půjčí mi to?

Půjčí mi to!

Zůstanete.

Zůstanete?

Zůstanete!

Znáš je.

Znáš je?

Znáš je!

Jdeme do bazénu.

Jdeme do bazénu?

Jdeme do bazénu.

Jdete do knihovny.

Jdete do knihovny?

Jdete do knihovny!

Budeš tu.

Budeš tu?

Budeš tu!

Přeložíte to.

Přeložíte to?

Přeložíte to!

Ve větě zdůrazněte určité slovo v závislosti na otázce.

Ráno jsem jel historickým vlakem na výlet.

Kdy jsi jel historických vlakem na výlet?

Co jsi dělal ráno?

Jakým vlakem jsi jel ráno na výlet?

Čím jsi jel ráno na výlet?

Ráno jsem jel historickým vlakem na výlet.

Ráno jsem **jel** historickým vlakem na výlet.

Ráno jsem jel **historickým** vlakem na výlet.

Ráno jsem jel historickým **vlakem** na výlet.

Včera jsem četl dobrodružnou knihu.

Kdy jsi četl dobrodružnou knihu?

Kde jsi četl dobrodružnou knihu?

Co jsi včera dělal?

Jakou knihu jsi včera četl?

Co jsi včera četl?

Včera jsem na gauči četl dobrodružnou knihu.

Včera jsem **na gauči** četl dobrodružnou knihu.

Včera jsem na gauči **četl** dobrodružnou knihu.

Včera jsem na gauči četl **dobrodružnou** knihu.

Včera jsem na gauči četl dobrodružnou **knihu**.

Nahlas přečtěte následující slova s důrazem na souhláskové shluky.

renesanční	jablko	nadchnout	podklad
sklep	sklenice	vlna	vlnka
velbloud	zmáčknout	Plzeň	shluk
strom	roztrhat	strhnout	utrpení
cvrlikat	redakční	jitrnice	prskat
svrab	trhat	strádat	trvat
zdráhat	kremrole	vrba	brloh
drdol	trnka	krtina	krtek
jiskřivost	Brdy	trdlo	vrstva
smrk	smrtka	smrad	komplikace
hrdlo	hrom	hrdina	hrdost
hrnčář	Krkonoše	Brno	náčrt
drbna	drbat	zdroj	vrhcáby
zvracet	portmonka	škrábat	sestra
zbraň	absorpce	centralizovat	pštros
chrchlat	kontrabas	nostrifikace	zmrzlý
magistr	Středočeský	stráň	zpráva
pravostranný	industrializace	propustka	zahradnictví

hrnout	trpaslík	filtrovat	maďarština
hrnec	bratranec	skrblík	strýček
registrovat	švestka	sedmdesát	přijďte
stvol	střevo	třpyt	středa
vstříc	rejstřík	sestřenice	střecha
lyžařský	čtenářský	křižovatky	stříbřenka
ctnostný	svlékat	ptactvo	symptom
mlha	hráčský	jedenáctka	elektronický
jakostní	prázdný	jevištní	lidskost
bohatství	šťastný	mopsík	vlhkost
handlíř	pastva	folklor	polštář
vstávat	dětský	plnit	počestný
lidský	čtvercový	francouzský	Budapešť
mudrc	inspekce	angličtina	kapsle
vlastník	účastnit se	akční	rozzlobit
plž	vlk	hrst	krb
klk	vrt	lustr	kraj
srna	črtat	krk	hrb
srp	trn	drn	mlž
škrt	trní	plst'	zrní

Přečtěte nahlas následující slova. Snažte se, aby byl slyšet rozdíl mezi jednotlivými dvojicemi či trojicemi slov.

FRAK – MRAK – DRAK

PLŽ – MLŽ

MOLO – KOLO

NA KOLE – NA ŠKOLE

ZRNA – SRNA

KOSA – KOZA

DRB – HRB – KRB

GROG – KROK

LES – PES – VES

KLUK – HLUK

NOS – NOC

MOST – MOŠT

ZLO – CLO

PLYN – MLÝN

DRN – TRN

LUK – PUK – BUK

VLNA – PLNÁ

HRADY – RADY

TUŽKA – MUŠKA

KLUB – CHLUP

KAM – TAM

HLAD – PLAT

KOS – KOST

NOTY – BOTY

ZIMA – ZINA

HRST – SRST

Přečtěte nahlas následující věty s využitím rytmyzace.

MÁM ČAJ.



MÁM BRÝ LE.



MÁM AU TO



MÁM SY NA.



MÁM KNI HU.



MÁM DE KU.



MÁM KOČ KU.



MÁM BO TY.



MÁM NA NUK.



MÁM PSA.



Přečtěte nahlas následující věty s využitím rytmizace.

MÁM HLAD.



TAKÉ BYCH SI NĚCO DAL.



PŮJDEME TEDY DO RESTAURACE?



ANO, MOC RÁD.



DOBŘÝ DEN, CO SI DÁTE?



DÁM SI ZELENINOVOU POLÉVKU A LOSOSA NA MÁSLĚ.



DÁTE SI NĚCO K PITÍ?



NEPERLIVOU VODU.



A CO PRO VÁS, PANE?



JÁ BYCH SI DAL HOVĚZÍ VÝVAR A TAKÉ TOHO LOSOSA.

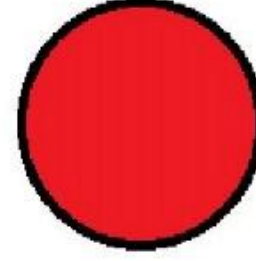
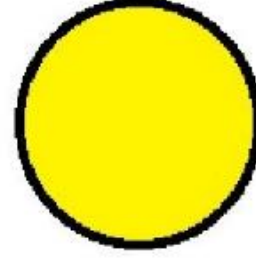
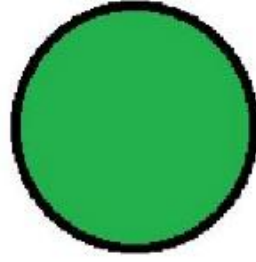


A K PITÍ PERLIVOU VODU, PROSÍM.



Přečtete nahlas nebo jmenujte zpaměti dny v týdnu a měsíce v roce tak, abyste se na každou slabiku dotkl/a jednoho bodu.

<i>Dny v týdnu:</i>	<i>Měsíce v roce:</i>
Pondělí	Leden
Úterý	Únor
Středa	Březen
Čtvrtek	Duben
Pátek	Květen
Sobota	Červen
Neděle	Červenec
	Srpen
	Září
	Říjen
	Listopad
	Prosinec



Přečtete nahlas a doplňte následující věty. S každým slovem se dotkněte jednoho bodu (výjimku tvoří jednopísmenné předložky, které se pojí s následujícím slovem).

Paní Kamila jela autobusem na městský úřad, když tam přišla a chtěla vyndat občanský průkaz z kabelky, zjistila, že...

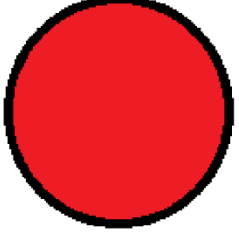
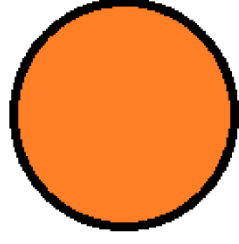
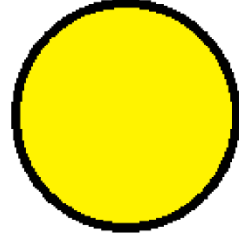
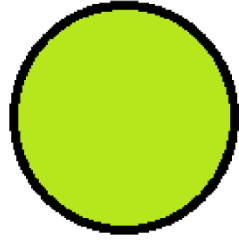
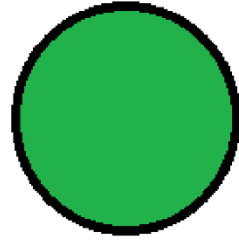
Pan Lukáš zapomněl, že má jeho manželka Kamila dnes narozeniny, když to zjistil, tak...

Paní Kamila chtěla udělat synovi Tomášovi radost, koupila mu nové autíčko, které si tak přál, jenže když přišla domů, zjistila, že...

Pan Lukáš měl vyzvednout syna Tomáše ze školní družiny, ale zapomněl na to, zjistil to, až když...

Paní Kamila pekla k obědu pro rodinu kuře, když jí zavolala kamarádka. Potom, co spolu dotelefonovaly, zjistila paní Kamila, že...

Pana Lukáše v noci probudily divné zvuky vycházející z kuchyně, když se šel podívat, co se děje, zjistil, že...



Jmenujte slova opačného významu.

DOLŮ

NOVÝ

MLADÝ

SVĚTLÝ

HRUBÝ

SLABÝ

STUDENÝ

HODNÝ

OTEVŘENÝ

FALEŠNÝ

NUDNÝ

PLNÝ

VESELÝ

NEMOCNÝ

NÍZKÝ

HODNĚ

PŘEDNÍ

BLÍZKO

TICHÝ

ÚZKÝ

DLOUHÝ

TLUSTÝ

SUCHÝ

ZBABĚLÝ

LÍNÝ

ČISTÝ

RYCHLÝ

CHUDÝ

KRÁSNÝ

DŮLEŽITÝ

OSTRÝ

VYRUŠENÝ

UNAVENÝ

SAMOTÁŘSKÝ

Jmenujte pět libovolných:

- zvířat
- barev
- kusů oblečení
- jídel
- států
- druhů ovoce
- druhů zeleniny
- čísel
- knih
- filmů