

Univerzita Hradec Králové  
Pedagogická fakulta  
Ústav primární, preprimární a speciální pedagogiky

**Logopedická péče o jedince s afázií a dysartrií**  
bakalářská práce

Autor: Beáta Hrnková  
Studijní program: Speciální pedagogika – intervence  
Vedoucí práce: Mgr. David Konopáč, DiS.  
Oponent práce: Mgr. Štěpánka Lauková

**Prohlášení**

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci Logopedická péče o jedince s afázií a dysartrií vypracovala pod vedením vedoucího závěrečné práce samostatně a uvedla jsem všechny použité prameny a literaturu.

V Hradci Králové dne: 22.6. 2022

.....

## **Anotace**

HRNKOVÁ, Beáta. *Logopedická péče o jedince s afázií a dysartrií*. Hradec Králové: Pedagogická fakulta Univerzity Hradec Králové, 2022. 59 s. Bakalářská práce.

Bakalářská práce se zabývá logopedickou péčí o jedince s afázií a dysartrií. Cílem teoreticky koncipované části bakalářské práce je definovat afázii a dysartrií, včetně nejčastější příčiny, a to cévní mozkové příhody, dále popsat specifika a metody při terapii afázie dysartrie. Cílem praktické části bakalářské práce je popsat způsob realizace logopedické péče u osob s afázií a dysartrií a dále pak zhodnotit pokrok v komunikaci u vybraných osob s afázií a dysartrií. Z metodologického hlediska bude využito kvalitativního šetření, konkrétně analýzy odborných pramenů a literatury, pozorování a testů.

Klíčová slova: afázie, dysartrie, terapie, pokrok v komunikaci

## **Annotation**

HRNKOVÁ, Beáta. Speech therapy care for individuals with aphasia and dysarthria. Hradec Králové: Faculty of Education, University of Hradec Králové, 2022. 59 pp. Bachelor thesis.

The bachelor thesis deals with speech therapy care for individuals with aphasia and dysarthria. The aim of the theoretically conceived part of the bachelor thesis is to define aphasia and dysarthria, including the most common cause, namely stroke, to further describe the specifics and methods in the treatment of aphasia dysarthria. The aim of the practical part of the bachelor thesis is to describe the implementation of speech therapy in people with aphasia and dysarthria and then evaluate the progress in communication in selected people with aphasia and dysarthria. From a methodological point of view, a qualitative survey will be used, specifically analysis of professional sources and literature, observations and tests.

Keywords: aphasia, dysarthria, therapy, progress in communication

### **Poděkování**

Ráda bych poděkovala svému vedoucímu bakalářské práce panu Mgr. Davidu Konopáčovi, DiS., za vstřícný přístup, odborné vedení práce a cenné připomínky. V neposlední řadě svojí rodinně za podporu a motivaci.

# Obsah

Úvod.....	7
1 Afázie.....	8
1.1 Klasifikace .....	9
1.2 Diagnostika afázie .....	12
2 Dysartrie.....	14
2.1 Klasifikace .....	15
2.2 Diagnostika.....	17
3 Cévní mozková příhoda .....	17
3.1 Ischemická cévní mozková příhoda .....	18
3.2 Hemoragická cévní mozková příhoda .....	18
3.3 Rizikové faktory .....	19
4 Logopedická péče o jedince s afázií a dysartrií .....	19
4.1 Specifika logopedické intervence u dospělé osoby .....	19
4.2 Specifika logopedické péče u osoby s afázií a dysartrií .....	22
5 Praktická část .....	26
5.1 Metodologie a cíle výzkumu .....	26
5.2 Charakteristika místa šetření .....	28
5.3 Charakteristika výzkumného souboru .....	28
5.4 Charakteristika průběhu výzkumného šetření .....	28
5.5 Zhodnocení naplnění cílů praktické části bakalářské práce a diskuse.....	51
Závěr .....	53
Seznam tabulek .....	54
Seznam použité literatury .....	55
Seznam internetových zdrojů.....	56
Přílohy.....	57

## Úvod

Bakalářská práce se zabývá logopedickou péčí o jedince s afázií a dysartrií. Praktická část se zaměřuje na konkrétní logopedickou péči u vybraných pacientů a dále hodnotí pokrok v komunikaci na základě logopedických diagnostických testů.

Téma bakalářské práce jsem zvolila vzhledem k zaměření, které studuji, a to logopedii. Během studií na Univerzitě Hradec Králové mě nejvíce zaujaly právě tyto řečové poruchy, neboť jsou nejčastějším důsledkem cévní mozkové příhody, která se řadí mezi nejběžnější civilizační onemocnění a může tedy postihnout každého z nás. Zaujala mě také malá informovanost populace o těchto poruchách, jakožto důsledku cévní mozkové příhody. Považuji tedy za podstatné poukázat na význam logopedické péče, která, pokud je aplikována podle všech správných zásad, dokáže člověku výrazně pomoci s nově vzniklými obtížemi.

Cílem teoretické části bakalářské práce je definovat afázií a dysartrií. Dále vymežit nejčastější příčiny vzniku těchto poruch a symptomy. Popsat základní klasifikaci a diagnostiku. Následně definovat nejčastější příčinu vzniku těchto poruch, a to cévní mozkovou příhodu, uvést klasifikaci a rizikové faktory vzniku. V poslední kapitole pak popsat logopedickou péči o jedince s afázií a dysartrií, vymežit specifika péče o dospělé osoby a popsat konkrétní způsoby péče o tyto jedince.

Cílem praktické části bakalářské práce je zjistit počáteční stav komunikačních schopností jedinců s afázií a dysartrií na základě vstupních diagnostických logopedických testů. Následně popsat konkrétní způsob logopedické péče u těchto pacientů na počátku, v průběhu a na konci terapie. Dále pak zjistit pokrok v komunikaci na základě výstupních diagnostických logopedických testů.

# 1 Afázie

## Vymezení

Afázii řadíme do souboru vyšších kortikálních poruch, mezi které patří také agnozie, apraxie, akalkulie, agrafie, alexie, poruchy pravo-levé orientace, poruchy orientace v prostoru a jiné. (Škodová, Jedlička, 2003) Jedná se o získanou poruchu fatických funkcí, která se projevuje obtížemi v porozumění a produkci řeči, jež vzniká v důsledku mozkové léze. (Cséfalvay, Lechta a kol. 2013, Vitásková, Mlčáková, 2013). Mluvidla a jejich inervace nejsou poškozena (Kejklíčková, 2011) Samotný název pochází z řečtiny (aphatos = němý, nemluvíci).

Podle (Rosenbek, laPointe, Wertz, 1998 in Love, Webb, 2009) se jedná o postižení schopnosti jazykové produkce a percepce, vzniklé v důsledku poškození centrálního nervového systému. Jedná se o multimodální poruchu, která má různorodý charakter obtíží v oblasti porozumění, čtení, psaní a řečové produkce. Takto narušená komunikační schopnost může být ovlivněna fyziologickými deficitem či narušenou kognicí, kterou však nelze vysvětlovat demencí, smyslovou nebo motorickou poruchou.

## Etiologie

Afázie, již řadíme mezi neurogení poruchy komunikace, vzniká v důsledku organické léze mozku. Poškození centrální nervové soustavy bývá dvojího typu a to ložiskové (ohraničené) a difúzní (rozptýlené). (Vitásková, Mlčáková, 2013, Škodová, Jedlička a kol., 2003) Klinický obraz závisí na tom, jakým způsobem k afázii dojde (cévní mozková příhoda, úraz hlavy, expanze) na velikosti a lokalizaci a v neposlední řadě na věku pacienta. Vždy se jedná o získanou poruchu komunikace. (Škodová, Jedlička a kol., 2003).

Klenková (2006) řadí mezi nejčastější příčiny vzniku:

- Cévní mozkové příhody (hemoragické i ischemické)
- Mozkové nádory
- Úrazy mozku (kontuze, komoce, komprese)
- Encefalitidy a meningoencefalitidy (záněty mozku a mozkových blan)
- Intoxikace centrální nervové soustavy (vliv toxických látek – drogy, alkohol)
- Degenerativní onemocnění centrální nervové soustavy



Čecháčková (in Škodová, Jedlička a kol., 2003) zmiňuje dětskou afázií. Při tomto poškození vzniklém v důsledku obdenných příčin jako u dospělých, dochází k náhlému přerušení a poškození doposud normálně se vyvíjející centrální soustavy.

### **Symptomatologie**

Jelikož afázie představuje poruchu produkce a porozumění řeči, na tomto základě můžeme vymezit nejzákladnější příznaky, jež představují obtíže ve vyjadřování a porozumění řeči. Dalším příznakem je narušená plynulost (fluence) řeči. Jednotlivé symptomy afázie se navzájem různě kombinují. Mezi nejčastější symptomy řadíme:

- Dysnomie (Neubauer in Neubauer, 2018)

U pacienta dochází k obtížím pojmenováním pojmu, z důvodu obtíží ve vybavení ze sémantického slovníku. Jde o obtíže ve vybavování paměťové informace, nikoli o ztrátu. Typické jsou opisné strategie pomocí blízkých pojmových obrátů.

- Parafázie

Jedná se o deformace slov různého typu a stupně. Rozlišujeme **fonemické parafázie**, jedná se o záměny fonémů (dům – dým), **sémantické parafázie**, jedná se o neschopnost vybavit si správný pojem (pastelka – tužka), **žargonové parafázie**, jedná se o těžkou deformaci, nelze porozumět slovu (židle – ždruhla).

- Parafrázie

Snížená schopnost až neschopnost vyjádření se. Někdy omezeno pouze na jedno slovo, pomocí kterého se pacient dorozumívá (slovní troska).

- Perseverace

Ulpívání na předchozím podnětu při odpovědi, když už předchozí podnět neplatí

- Logorhea

Překotně rychlá mluva se sníženou srozumitelností

- Anomie

Porucha pojmenování, neschopnost označit předmět odpovídajícím slovem

- Neologismy

Nesmyslná, nesrozumitelná sdělení, která jsou gramaticky chybná. Dochází k záměnám hlásek a slabik.

(Škodová, Jedlička a kol., 2003, Neubauer a kol., 2018, Klenková, 2006)

## **1.1 Klasifikace**

Ucelený systém klasifikace afázií nebyl dosud vytvořen, její klasifikace je nejednotná a liší se podle druhu afaziologické školy a různorodosti jednotlivých symptomů. Odlišnosti se projevují jak v terminologii, tak v odlišném chápání jednotlivých

syndromů. (Škodová, Jedlička, 2003, Obereignerů, 2013) Nejběžnější dělení zahrnuje **Bostonskou, Lurijovu, Kimlovu, Hrbkovu a Olomouckou klasifikaci**. Klinická praxe nejčastěji užívá základní Kimlovo (1969) dělení na afázii **motorickou (expresivní, Brocova), senzorickou (receptivní, Wernickeho) a totální (globální)**. (Klenková, 2006, Škodová, Jedlička a kol., 2003)

Jednotlivé typy afázií rozlišujeme na základě zvládnutí čtyř řečových modalit: (Cséfalvay, Lechta a kol., 2013)

- Spontánní řečová produkce
- Porozumění řeči
- Pojmenování
- Opakování

### **Brocova afázie**

Brocova neboli motorická či expresivní afázie se vyznačuje obtížemi v produkci řeči. Řečová produkce bývá neplynulá, tempo řeči je výrazně zpomaleno, a to také z důsledku obtížnosti vyhledávání slov z mentálního slovníku. Řeč je těžce artikulovaná, slovní sdělení mohou být zredukována pouze na jednoslovné věty s četným výskytem parafrází a parafází. Často dochází k perseveraci, kdy pacient „uvízne“ u jednoho slova, které opakuje několikrát za sebou. Závažnost perseverace se odvíjí od stupně závažnosti Brocovy afázie. Typickým příznakem bývá agramatismus. Porozumění bývá vždy lepší než řečová produkce. Obtíže v porozumění činí spíše složitá souvětí, zatímco krátké věty či jednoslovná sdělení bývají v pořádku. Opakování je u motorické afázie narušeno vždy. Přítomna je také agrafie a alexie, symptomy bývají obdobné jako u mluvené řeči. Psaný projev obsahuje četné množství agramatismů, pacienti mívají problém s nalezením vhodného slova. Často bývá přítomna paréza nebo plegie dominantní končetiny, což vede ke snaze psát nepostiženou končetinou. Obtíže při čtení se vyskytují na úrovni porozumění. Narušeno je také hlasité čtení. Brocova afázie obvykle přechází do kondukční, transkortikální či anomické afázie.

### **Wernickeova afázie**

Wernickeova neboli senzorická či perceptivní afázie se vyznačuje obtížemi v porozumění řeči. Řečová produkce je plynulá a dobře artikulovaná, prozódie bývá zachována, ovšem obsahová stránka věty obvykle postrádá smysl, proto bývá označována jako tzv. prázdná řeč. Vyskytuje se velké množství parafází. Přítomna bývá také nadměrná slovní produkce neboli logorhea. Gramatická stránka řeči bývá správná pouze na úrovni připojování správných morfémů. Dalším typickým příznakem bývá narušené opakování i krátkých vět, dochází k nahrazování slov jinými. Narušena

je také lexie a grafie, kde jsou obtíže obdobné jako u porozumění a produkce mluvené řeči, pacient není schopen pochopit význam psaného projevu, vyskytují se také obtíže při přiřazování slova k obrázku. Ve spontánním písemném projevu produkuje četné množství paragrafů. Pacient si svoji poruchu neuvědomuje. K úpravě při tomto typu afázie obvykle dochází přes neologický žargon po sémantický žargon do anomie.

### **Globální afázie**

Globální afázie se projevuje narušenou schopností produkce i percepce řeči. Jedná se o nejtěžší typ afázie, který se manifestuje ve všech fatických funkcích. Spontánní řečová produkce je výrazně narušena, může být omezená na opakování jedné slovní trosky. Všechny jazykové funkce jsou poškozeny. Pacient není schopen opakovat a pojmenovávat, nereaguje téměř na žádné výzvy, v případě menšího stupně narušení je možné používat náhradní komunikační systémy (obrázky, piktogramy). Výrazně narušené jsou lexie a grafie. Stav pacientů s globální afázií se může upravit do motorické afázie, pokud globální forma přetrvává, jedná se o trvalý jev se špatnou prognózou.

### **Transkortikální afázie**

Transkortikální afázie neboli afázie ohraničeného pásma je typická dobrou schopností opakování, často bez porozumění obsahu. Rozlišujeme tři hlavní typy těchto afázií, transkortikální motorickou afázií, transkortikální senzickou afázií a transkortikální smíšenou afázií. **Transkortikální motorická afázie** je typická nonfluentní mluvou. Řečová produkce bývá redukována a obsahová stránka řeči chudá. Porozumění a opakování řeči bývá na dobré úrovni. Potíže při porozumění činí pouze složitější syntaktická souvětí. Lexie a grafie jsou typické pomalým tempem. Dobrá prognóza je častá s přechodem do anomické afázie. **Transkortikální senzická afázie** je typická fluentním projevem a parafrázemi sémantického typu. Opakování je na dobré úrovni, pacient dokáže zopakovat i delší souvětí, ovšem bez porozumění významu. Lexie a grafie jsou ovlivněny obtížemi v porozumění. Netypická bývá **smíšená transkortikální afázie**. Typické je poškození všech jazykových funkcí kromě opakování. Dominantním rysem je echolalická řeč. Pacienti nemluví, pouze opakují. Ačkoli je řeč správně artikulovaná její tempo je nonfluentní. Porozumění a pojmenování je na špatné úrovni.

### **Kondukční afázie**

Kondukční afázie je typická fluentním projevem. Řeč je dobře artikulovaná. Řečová produkce a porozumění jsou na dobré úrovni. Potíže mívá pacient s opakováním.

Opakování je parafatické, typické jsou fonemické parafázie. Kondukční afázie mívá dobrou prognózu.

### **Anomická afázie**

Anomickou afázi označujeme jako nejlehčí typ afázie. Opakování i porozumění jsou v pořádku. Problém nastává ve výbavnosti slov, pacient má problémy při vyhledávání slov z vlastního mentálního slovníku, kdy dochází k anomickým pauzám, typická je kompenzace jednotlivými synonymy. Řeč je plynulá.

(Lowe, Webb, 2009, Škodová, Jedlička a kol. 2003, Cséfalvay a kol. 2007, Cséfalvay, Lechta a kol., 2013, Neubauer a kol. 2007)

Další z klasifikačních systémů je Lurijova klasifikace, která poukazuje na funkční pojetí mozku a propojení řeči s dalšími psychickými procesy a symbolickými funkcemi. (Obereignerů, 2013) Rozlišuje šest typů afázie, **Dynamickou, Eferentní, Aferentní, Akusticko – mnestickou, Senzorickou a Sémantickou afázi**. Podle Hrbkovy klasifikace mají na utváření řeči zásadní vliv korové okrsky a jejich vzájemné propojení. Rozlišujeme šest korových okrsků, **Proprioceptivně – logestetický okrsek (PL), Proprioceprivně – grafestetický okrsek (PG), Logomotorický okrsek (LM), Grafomotorický okrsek (GM), Akustický okrsek (A), Optický okrsek (O)** (Obereignerů, 2013). Olomoucký model přebírá základní prvky z Hrbkovy klasifikace a je obohacen o zkušenosti, vzniklé díky moderním vyšetřovacím zobrazovacím metodám (Škodová, Jedlička a kol., 2003).

## **1.2 Diagnostika afázie**

Důkladná diagnostika afázie hraje klíčovou roli ve zvolení vhodné terapie, hlavním cílem je tedy získat co nejvíce informací. (Cséfalvay a kol., 2007, Klenková, 2006) Vyšetření pacienta může probíhat pomocí klinického vyšetření nebo standardizovaných testů. Neopomenutelnou součástí vyšetření tvoří diferenciální diagnostika, pomocí které odlišujeme afázi od často zaměňované dysartrie (Škodová, Jedlička a kol., 2003).

Diagnostika afázie se zaměřuje na tyto oblasti (Klenková, 2006):

- Spontánní řečová produkce
- Porozumění
- Opakování
- Pojmenování
- Čtení
- Psaní

Cséfalvay (in Obereignerů 2013) uvádí základní rozdělení afaziologických testů:

- Screeningové testy
- Komplexní testy (kvantitativní, kvalitativní testy a testy funkční komunikace)
- Speciální testy

**Screeningové testy** slouží k rychlému zhodnocení fatických funkcí v akutním stádiu onemocnění. Užívají se především na neurologických iktových jednotkách. Jedná se o testy pouze orientační. Patří sem **Frenchay Aphasia Screening Test (FAST)**. Tento test byl vytvořen ve Velké Británii pro účely rychlého zhodnocení afázie a vyšetřuje čtyři oblasti: porozumění řeči, verbální produkci, čtení a psaní. Další variantou je **Bedside Evaluation Screening Test – 2. vydání (BEST 2)**, který byl původně vytvořen pro rychlé zhodnocení řeči pacienta, který je upoután na lůžku (bedside). Další možností je **Aphasia Schnell Test (AST)**, který hodnotí všechny oblasti mapované v obdobných screeninzích afázie: pojmenování osob a předmětů na obrázku, porozumění slyšené řeči, psaní, čtení a krátké instrukce. **Mississippi Aphasia Screening Test (MAST)** byl vytvořen za účelem vyšetření fatických funkcí a skládá se z devíti subtestů, test lze aplikovat i v chronickém stadiu onemocnění. (Cséfalvay, Lechta a kol., 2013, Obereignerů, 2013) **Komplexní testy** je vhodné provádět v době, kdy je pacientův stav ustálen. Kvantitativní testy se zaměřují na zhodnocení symptomů afázie a určení jejího rozsahu. Nejznámějším je **Western Aphasia Battery (WAB)**, skládá se z osmi subtestů, pomocí kterých lze definovat osm klinických syndromů afázie. Kvalitativní testy mají za cíl zhodnotit způsob a kvalitu řešení daného úkolu. Typickým kvalitativním testem je **Lurijovo neuropsychologické vyšetření**, které je založeno na principu syndromové analýzy, pomocí které je identifikován narušený faktor. Testy funkční komunikace hodnotí úspěšnost řečové komunikace bez ohledu na přítomnost poruchy fatických funkcí. Mezi takové patří **Communicative Activities in Daily Living (CADL - 2)**, který hodnotí komunikační schopnosti v běžných životních situacích. Specifické testy dostaly svůj název podle různorodé možnosti využití. Některé z nich jsou součástí komplexních testových baterií, a bývají využívány tehdy, jeli potřeba zaměřit se pouze na některou specifickou oblast. Jedná se o testy určené pro zhodnocení pouze některé jazykové schopnosti, testy pro specifickou skupinu populace nebo testy, pomocí kterých diagnostikujeme specifickou skupinu pacientů s afázií. Typickým testem je **Boston Naming Test (BNT)**, jehož smyslem je rozpoznat šedesát černobílých obrázků od nejjednodušších po nejobtížnější. Pojmenovávání je časově omezené, pacient má k dispozici nápovědu. **Token Test (TT)**, který bývá zařazován i mezi screeningové testy, hodnotí porozumění mluvené řeči u pacienta s afázií. Úkolem pacienta je poznávání a manipulace s barevnými čtverci a kruhy (rozpoznání tvaru,

velikosti a barvy). Mezi testové metody užívané u nás řadíme překlady **Token Testu**, **Vyšetření fatických funkcí (VFF)** od autorů Cséfalvaye, Košťálové, Klimešové (2003) pomocí kterého zjišťujeme konkrétní typ afázie, jeho slovenskou přepracovanou verzi *Diagnostika afázie, alexie a agrafie* vytvořené Cséfalvayem, Egryovou, Wiedermannem (2007), screeningový test **MASTcz** a jeden z nejnovějších, **Test pojmenování obrázků**, který hodnotí lexikální výběr, jehož autory jsou Štenová a Cséfalvay (2011) (Cséfalvay a kol., 2007, Cséfalvay, Lechta a kol., 2013, Neubauer 2007, Obereignerů 2013)

## **2 Dysartrie**

### **Vymezení**

Dysartrie je motorická porucha řeči, která vzniká na základě organického poškození centrální nervové soustavy. (Škodová, Jedlička a kol., 2003) Podle Cséfalvaye, Lechty a kol. (2013, s. 117) je dysartrie „*neurogeně podmíněná narušená komunikační schopnost, která se manifestuje jako porucha neuromuskulární exekuce řeči.*“ Jedná se o komplexní poruchu neboli vícekomponentové narušení, které se může projevit narušením jakékoliv oblasti podílející se na realizaci řeči. (Cséfalvay, Lechta, 2013) Podle Kejkličkové (2011, s. 38) se jedná o „*souborné označení pro poruchu mluvy, která je způsobena vadnou koordinací mluvního procesu na základě organického poškození.*“ Nejtěžší formu dysartrie, která se projevuje úplnou ztrátou komunikační schopnosti, nazýváme anartrie. (Klenková, 2006)

### **Etiologie**

Dysartrie se vyskytuje v dětském i dospělém věku. Nejčastější příčinou vzniku v dětství bývá dětská mozková obrna. Dysartrie může vzniknout v prenatalním, perinatálním či postnatálním období. V dospělé populaci je výskyt dysartrie vysoký z důvodu přetrvávající řečové poruchy právě do dospělosti. Nejčastějšími příčinami v dospělém věku bývají cévní mozkové příhody, úrazy hlavy, nádory a degenerativní onemocnění, především Parkinsonova choroba nebo roztroušená skleróza, které jsou typické pomalým postupem a zhoršující se prognózu nemoci (Cséfalvay, Lechta a kol., 2013, Klenková, 2006, Škodová, Jedlička a kol., 2003).

### **Symptomatologie**

Při dysartrii dochází k současnému narušení pyramidové a extrapyramidové dráhy, může také dojít k poškození pouze pyramidové dráhy. Pro produkci řeči jsou neopomenutelné mozkové nervy, které se mohou poškodit jednostranně nebo oboustranně, na základě čehož dochází k částečnému nebo úplné porušení funkce za

kteřou je daný mozkový nerv zodpovědný. Vlivem dysartrie bývají poškozeny tyto hlavové nervy:

- V. hlavový nerv (trojklanný) – vlivem jeho poškození dochází ochablosti až neschopnosti ovládat čelist, narušena je také funkce žvýkací, typická je neschopnost nastavení čelisti do správné artikulační pozice
- VII. hlavový nerv (lícní, obličejový) – dochází k mimické poruše obličejového svalstva, obtíže nastávají při práci se rty
- IX. hlavový nerv (jazykohltanový) – porušením tohoto nervu dochází k narušení pohyblivosti hltanu, kořen jazyka je ztuhlý a pohyblivost jazyka je nedostatečná
- X. hlavový nerv (bloudivý) – poškozen je hrtan, hltan, měkké patro a hlasivkové vazy. Narušena je tvorba hlasu, hlas je dyšný a sípavý, vlivem nedostatečné funkce hlasivkových svěračů a měkkého patra dochází k hypernazalitě
- XII. Hlavový nerv (podjazykový) – typický je nedostatečný tonus jazyka a jeho celkové oslabení, jež se projevuje omezenou hybností (Klenková, 2006)

## 2.1 Klasifikace

Dysartrii můžeme dělit podle dvou kritérií. První z možností je dělení podle lokalizace léze v CNS nebo PNS. Druhá možnost se řídí dominujícím symptomem v řeči.

Cséfalvay (in Cséfalvay, Lechta a kol., 2013) využívá tradiční neurologický pohled, a to podle lokalizace léze v nervové soustavě, pomocí kterého rozlišuje 6 základních typů dysartrie:

### **Dysartrie flacidní neboli periferní (chabá)**

Chabá dysartrie vzniká v důsledku postižení periferního motorického neuronu. Bývá součástí neurologického syndromu bulbární paralýza. Poškození dolního motoneuronu způsobuje ochablost (hypotonii) svalstva podílející se ho na mluvení a dýchání. Typické jsou drobné svalové záškuby jazyka, zvané fascikulace a pokles rtů na postižené straně. Hlas může být šeptavý z důvodu nedostačeného uzávěru hlasivek. Obvykle dochází k narušené funkci dýchání spolu s hypernazalitou. Narušení artikulace se projevuje především při artikulaci exploziv „p“, „t“, „k“ a frikati „f“ a „s“. Přítomna bývá také porucha polykání. Chabá dysartrie vzniká nejčastěji z důvodu infekčních onemocnění centrální nervové soustavy.

### **Dysartrie spastická (centrální)**

Spastická dysartrie vzniká v důsledku poškození centrálního motorického motoneuronu a bývá součástí pseudobulbární paralýzy. Typický je zvýšená svalový tonus, spasticita a abnormální reflexy. Řeč je obtížně vyslovovaná a charakteristická pomalými pohyby, artikulace je celkově zpomalená. Dýchání je oslabeno, hlas je drsný, hluboký až přiškrcený. Dochází k omezení hybnosti rtů, jazyka a měkkého patra, obecně jsou typické poruchy koordinace pohybu a mimovolní pohyb. Obvyklou příčinou bývají cévní mozkové příhody nebo cévně – mozková onemocnění.

### **Dysartrie ataktická či cerebrální (mozečková)**

Ataktická dysartrie vzniká v důsledku poškození mozečku. Typická je svalová slabost neboli hypotonie a obtíže v koordinaci pohybů svalů zodpovědných za mluvení. Projev pacienta je nepravidelný, výrazné jsou poruchy artikulace samohlásek i souhlásek. Řeč je velice pomalá s vyraženými slabikami, tzv. skandovaná řeč. Hlas působí ostře nebo se manifestuje jako hlasový tremor. Nejčastější příčinou bývá roztroušená skleróza.

### **Dysartrie hypokinetická (extrapyramidová)**

Hypokinetická dysartrie vzniká v důsledku poškození bazálních ganglií. projevuje se svalovou rigiditou a snížením pohybového rozsahu. Patrný je také klidový třes. Řečový projev je monotónní může být zrychlený a doprovázený opakováním slov či slabik – palilalií. Tvorba hlasu je narušena z důvodu neúplného uzavření hlasivek, hlas má slabou intenzitu a je šepotavý. Nejčastější příčinou bývá Parkinsonova nemoc.

### **Dysartrie hyperkinetická (extrapyramidová)**

Hyperkinetická dysartrie vzniká v důsledku poškození bazálních ganglií, v rámci atetoidního či choreatického syndromu. Projevuje se nekontrolovatelnými mimovolními pohyby orgánů, které se podílejí na mluvení. Řeč je hlasitá, vykřikovaná, narušená náhlými pohyby a neovladatelnými pohybovými automatismy. V důsledku neschopnosti ovládní pohybů jazyka může být řeč téměř nesrozumitelná. Hlas je ostrý. Příčinou vzniku bývají degenerativní onemocnění nebo vedlejší účinky některých léků, nejčastěji neuroleptik.

### **Dysartrie smíšená**

O smíšené dysartrii hovoříme v případě kombinací dvou a více typů dysartrie. Vzniká v důsledku onemocnění, která postihují periferní a centrální nervovou soustavu, jako třeba roztroušená skleróza. Příznaky se liší podle lokalizace postižení.

(Love, Webb, 2009, Neubauer 2007, Cséfalvay, Lechta a kol., 2013)



## 2.2 Diagnostika

Diagnostika dysartrie obvykle navazuje na výsledky komplexního neurologického vyšetření, které vede tým odborníků. Zaměřuje se na definici přítomné poruchy řečové komunikace, závažnost a dopad na komunikační schopnost jedince. Hlavním cílem je identifikovat postiženou řečovou oblast, zodpovědnou za snížení či ztrátu komunikace. (Neubauer a kol., 2007, Klenková, 2006) Důležitou částí diagnostiky je diferenciální diagnostika, která má cíl odlišit dysartrii od vývojové dysfázie, dyslálie a afázie. Cséfalvay (in Klenková, 2006) uvádí přehled komplexního vyšetření dysartrie, které se zaměřuje na tyto oblasti: **motorické funkce artikulačních orgánů, výslovnost jednotlivých hlásek, respiraci, rezonanci, fonaci a prozodické faktory řeči.** V klinické praxi patří mezi nejrozšířenější test pro zhodnocení řeči pacientů s dysartrií **Frenchay Dysarthria Assessment (FDA)**, který diagnostikuje pět základních typů dysartrie: spastickou, flacidní ataktickou, extrapyramidovou a smíšenou. (Cséfalvay, Lechta 2013) Mezi diagnostické testy u nás patří **Test 3F – dysartrický profil**, jedná se o kvalitativní test, který slouží k vyšetření F1 faciokineze, F2 fonorespirace a F3 fonetiky. Oblast „faciokineze hodnotí činnost artikulace důležitých svalů inervovaných několika kraniálními nervy. Oblast „fonorespirace“ hodnotí dýchání a funkci hlasivek a poslední oblast „fonetika“ hodnotí kvalitu mluvené řeči, její artikulaci, prozodii a srozumitelnost. K dalším testů patří **Vyšetření získaných neurogenických poruch řečové komunikace a Metodika vyšetření dysartrie** (Cséfalvay, Lechta a kol., 2013).

## 3 Cévní mozková příhoda

### Vymezení

Cévní mozková příhoda je cerebrovaskulární onemocnění, které se projevuje nedokrvěním mozku. Jedná se o velmi obávané onemocnění, které je nejčastější příčinou invalidity a mortality ve většině zemích (Kalvach a kol., 2010). Kejkličková (2011) uvádí, že se jedná o druhou nejčastější příčinu úmrtí, která ročně postihne 13 milionů obětí. Jedná se také o jednu z nejčastějších příčin afázie.

Cévní mozkové příhody (CMP) jsou dle WHO definovány jako „*rychle rozvinuté klinické známky fokální cerebrální dysfunkce, trvající déle než 24 hodin nebo vedoucí ke smrti, a to bez přítomnosti jiné zjevné příčiny než cerebrovaskulárního postižení.*“ (in Herzig, 2014, s. 7)

Klinický obraz CMP není jednotný, liší se podle jednotlivého pacienta vznikem, obrazem a průběhem cévní mozkové příhody. Záleží tedy na lokaci postižení, čím větší je prokrvení, tím menší jsou následky a naopak, čím menší je prokrvení, tím větší

následky CMP zanechá. Dále na rychlosti vzniku, pokud je vývoj nemoci pozvolný, pacient má lepší možnosti kompenzace. (Országh, Káš, 1995)

Zásadní vliv na léčebný postup má správná diagnóza, ovšem rozlišení mezi jednotlivými typy CMP bývá velmi složité. Procento diagnostických chyb se uvádí mezi 20–40 %. (Kalina, 2008)

### **3.1 Ischemická cévní mozková příhoda**

Jak již bylo zmíněno, ischemické ikty tvoří největší procento z celkového počtu CMP (80 %). Nejčastěji vznikají z důvodu stenózy nebo okluze, kde prvotní příčinou bývá ateroskleróza. (Ambler, 2004)

Nejčastější bývá trombóza, typická je svým pozvolným vývojem, jedinec už předem pociťuje typické příznaky, jako mravenčení končetin, slabost. Většinou se objevuje při zpomalení krevního oběhu, po jídle nebo při spánku. Po probuzení může mít jedinec ochrnutou část těla. Embolie je naopak od trombózy typická svým bleskovým začátkem. Bývá zcela nečekaná, bez varovných příznaků, embolus se uvolní a putuje krevním řečištěm do mozkové tepny, kterou uzavře. Jako další příčina je uváděna systémová hypoperfuze. Jedná se o stav, kdy dochází k sníženému přísunu krve do mozku. Všechny tyto příčiny vedou k nedostatečnému zásobení mozku krví, což vede nejprve k reverzibilnímu a postupně trvalému poškození mozkové tkáně. (Országh, Káš, 1995)

### **3.2 Hemoragická cévní mozková příhoda**

Hemoragická cévní mozková příhoda neboli hemoragický iktus či mozkový hematom je způsobena krvácením do mozkové tkáně (intarcerebrální krvácení) nebo do prostoru pod pavučnicí, což je úzký prostor mezi povrchem mozku a mozkovou blánou pokrývající mozek (subarachnoideální krvácení – SAK). (Feigin, 2007) Hemoragické ikty zaujímají menší procento z celkového počtu CMP (20 %), přičemž intracerebrální tvoří 15 % a subarachnoideální 5 %. (Kalvach a kol., 2010)

Hemoragický iktus vzniká nejčastěji v důsledku hypertenze. (Ambler, 2004).

Ke krvácení může dojít kdekoliv mozku, ovšem nejčtenější výskyt bývá v bazálních gangliích a to v 60–65 %. Stav vzniká náhle, nečekaně a ve většině případech vede ke smrti, pokud pacient přežije, je ochrnutý. Nejčastěji dochází k druhostranné hemiparéze či hemiplegii s dominancí horní končetiny. Postižena je i dolní větev lícního nervu, což způsobuje pokles koutku a stočení očí a hlavy na stranu, kde došlo ke krvácení.

V důsledku postižení životně důležitých funkcí dochází k poruchám dechu, zpomalení tepu, zvracení, poruchám řeči a polykání a různým poruchám hybnosti. (Országh, Káš, 1995)

Poslední skupinu tvoří subarachnoideální krvácení (SAK). Subarachnoideální krvácení neboli intermeningeální krvácení způsobuje vylití krve mezi mozkové pleny. Nejčastější příčinou SAK bývá ruptura aneuryzmatu (tepenné výdutě). To se nejčastěji tvoří v místech oslabení cévní stěny artérií ve Willisově okruhu. Postižena bývají častěji menší aneuryzmata. K ruptuře může dojít z důsledku velké fyzické aktivity, zvýšení tlaku z rozčilení, konfliktu, strachu, sexuálního styku. Příznaky odpovídají meningeálnímu syndromu (ztuhlost šíje, silná bolest hlavy a zvracení). Recidiva je velká a s každým dalším krvácením se SAK zhoršuje. (Seidl, Obenberger, 2004, Országh, Káš, 1995) Kalina a kol. (2008) uvádí mortalitu v důsledku SAK okolo 25 % - 40 %.

### **3.3 Rizikové faktory**

Cévní mozková příhoda vzniká v důsledku působení rizikových faktorů. Některé z nich mohou být regulovány nebo zcela eliminovány, a to za pomoci léku nebo změny životního stylu. (Feigin, 2007) Za nejčastější příčinu a zároveň nejvíce rizikový faktor označujeme aterosklerózu a hypertenzi. Jednotlivé faktory na sebe navzájem působí a ovlivňují se, jedná se kumulativní efekt (hypertenze podněcuje rozvoj aterosklerózy). (Ambler, 2004)

Ambler (2004) uvádí základní rozdělení rizikových faktorů na:

- Neovlivnitelné (věk, pohlaví, dědičnost)
- Ovlivnitelné (kouření cigaret, obezita, hypertenze)
- Částečně ovlivnitelné (cukrovka, hyperglykémie)
- Přidružené (nedostatek fyzické aktivity, psychosomatický typ)

Dalším z rizikových faktorů je tranzitorní ischemická ataka – jedná se o příhodu, jejíž příznaky vymizí do 24 hodin, samotná doba trvání je několik minut maximálně jedna hodina. Představuje varovný signál vzniku „velkého iktu“. (Ambler, 2004) neurologický deficit bývá vždy zcela upraven (Kalina a kol., 2008)

## **4 Logopedická péče o jedince s afázií a dysartrií**

### **4.1 Specifika logopedické intervence u dospělé osoby**

Časové vymezování dospělosti bývá definováno dle různých periodizací. Hartl, Hartlová (in Cséfalvay, Lechta a kol., 2013) uvádějí členění na ranou dospělost (23–35

let), přechod do středního věku (35-45 let), střední dospělost (45–57 let), pokročilou dospělost (57–65 let) a stáří (65 a víc let).

V období dospělosti jsou nejčastější příčinou závažných poruch řečové komunikace především úrazy a traumata CNS nebo orofaciální oblasti. Zřídka neurologická či onkologická onemocnění CNS. Jedná se zejména o poruchy hybnosti mluvidel, vzniklé poruchy výkonnosti verbálně paměťových funkcí a poruchy fatických funkcí. (Neubauer in Škodová, Jedlička a kol., 2003)

Přibývá osob, které vyhledávají pomoc klinického logopeda, neboť kvalitní a kultivovaný projev je klíčový pro jejich povolání. Jedná se o herce, učitele, moderátory a osoby pracující v oblasti marketingu. Logopedická intervence se zde musí zaměřit na poznání osobnosti klienta a výběr individuálních postupů terapie. Jelikož dospělé osoby v produktivním věku prožívají špatně byť jen malý neúspěch, musí být brán zřetel na výběr pomůcek, které by neměly působit infantilně, ale měly by být přiměřené věku pacienta.

V období stáří dochází u jedinců k fyziologickým změnám, které vedou k poruchám řeči na motorickém podkladě, obtíže se projevují především u respiračních funkcí, kdy dochází ke snížení svalové koordinace, což způsobuje obtíže při tvorbě hlasu a při artikulační činnosti. Pokud dojde např. k traumatu CNS celkové projevy narušené komunikační schopnosti se znásobí. Komplikace nastávají v případě nástupu percepčních obtíží (stařecká nedoslýchavost), které z dlouhodobého hlediska negativně ovlivňují řečovou komunikaci. Vzniklé zrakové poruchy zase znemožňují komunikaci písemnou formou. Jedinci tak mají omezenou možnost komunikace, neboť se snižuje množství způsobů terapie. (Neubauer in Škodová, Jedlička a kol., 2003)

Logopedická intervence je specifická aktivita, která je prováděna logopedem. Jejím hlavním cílem je identifikace, eliminace, zmírnění nebo alespoň překonání narušené komunikační schopnosti nebo prevence. Aby bylo dosaženo cíle logopedické intervence musí probíhat na třech úrovních, které představují logopedickou diagnostiku, terapii a prevenci. (Klenková a kol., 2007) Aby bylo možné vymezit pojem logopedická terapie, je nutné nejprve vymezit pojem terapie, který podle Mülera (in Klenková a kol., 2007) ze speciálně pedagogického hlediska představuje odborné a cílevědomé jednání osoby s osobou, které si klade za cíl odstranit nebo alespoň zmírnit nežádoucí potíže, tak aby došlo k pozitivní změně. Jelikož logopedii označujeme jako interdisciplinární obor, je zřejmé, že terapie narušené komunikační musí probíhat celostně. (Klenková a kol., 2007) To, jestli bude terapie úspěšná závisí na dodržování několika základních principů, které jsou od sebe těžce odlišitelné, neboť se prolínají. (Lechta in Klenková

a kol., 2007) Mezi tyto principy řadíme všeobecné principy řízeného učení, pedagogické principy, speciálně pedagogické principy (srov. Vašek in Klenková a kol., 2007) a principy specificky logopedické. Klíčový je také princip symetričnosti terapeutického vztahu, který udává fakt o rovnocennosti logopeda a osoby s narušenou komunikační schopností či jeho příbuznými. Do popředí se dostává také princip překonávání komunikační bariéry, který vnímá člověka jako psychosociální jednotku. Nesnadným úkolem bývá odlišení jednotlivých úrovní logopedické intervence (diagnostika, terapie a prevence), neboť se navzájem prolínají. Uvádí se termín terapeutická diagnostika, který značí prolnutí mezi diagnostikou a terapií, který může mít příznivý terapeutický efekt, neboť již první kontakt pacienta s logopedem může být pozitivní. (Klenková a kol., 2007) Co se týče diagnostiky dospělých osob, je důležité brát zřetel na určitá specifika, a to věková specifika, specifika některých druhů narušené komunikační schopnosti, druhy narušené komunikační schopnosti typické pouze pro dospělost. Jelikož narušení komunikační schopnosti představuje velice různorodou skupinu, pro její komplexní diagnostiku je potřeba transdisciplinární způsob. Diagnostika se může realizovat na třech úrovních:

- Orientační diagnostika – které řeší otázku, zdali se vyskytuje narušená komunikační schopnost.
- Základní diagnostika – řeší, o jaký typ narušené komunikační schopnosti se jedná.
- Speciální diagnostika – řeší specifika dané narušené komunikační schopnosti z kvalitativního a kvantitativního hlediska, její příčiny a prognózu

Neopomenutelnou skutečností je vytvoření vhodného diagnostického prostředí pro pacienty s těžkou NKS. Z důvodu velké unavitelnosti pacientů, je lepší provádět diagnostiku v několika kratších sezeních. Je nutné počítat s diagnostickými problémy, jako je nedoslýchavost, problémy s kognicí, pamětí či vážné zdravotní problémy pacienta. (Cséfalvay, Lechta a kol.,2013)

Vždy je důležité zavést individuální terapeutický plán na základě logopedické diagnostiky, který zahrnuje příčiny a možné prognózy vývoje, způsob využití terapeutických materiálů a pomůcek, způsob spolupráce s rodinou, popřípadě ošetřujícími pracovníky. Cílem je maximální rozvoj komunikace a zachování dobré kvality sociálního kontaktu s okolím. Nedílnou součástí terapeutického programu jsou reedukační postupy, které pracují přímo s postiženou oblastí (motorika mluvidel) s cílem funkcionálního zlepšení. U závažných přetrvávajících poruch je vhodné zvolit

kompenzační techniky, jako třeba neverbální systémy komunikace. Logopedická terapie může být individuální, skupinová nebo komplexní. Individuální terapie je základem terapeutických programů pro jedince trpící poruchami řečové komunikace. Skupinová terapie v logopedie obvykle sestává ze 3–6 až šesti osob. Navodí se určitá sociální situace a jedince zde mají uplatnit získané dovednosti a navozené komunikační kompenzační strategie. Vhodná je také pro jedince, kteří pobývali dlouho dobu i institucionálních zařízeních. Bohužel v naší zemi není tato forma logopedické terapie příliš rozvinutá. Komplexní logopedická terapie zahrnuje také psychoterapeutickou podporu a vedení, které jsou nezbytné pro motivaci a spolupráci při terapii. U osob se s paměťovými a kognitivními poruchami a z nich vycházejícími poruchami komunikace je využíváno metod kognitivní a paměťové rehabilitace v individuálním i skupinovém pojetí. Úspěšnost terapie ovlivňuje také informovanost rodinných příslušníků nebo ošetřujícího personálu, neboť musí porozumět charakteru vzniklé řečové komunikace a naučit se vhodnou komunikační strategii s dotyčnou osobou, což je v kompetenci konzultační a poradenské činnosti. (Neubauer in Škodová, Jedlička a kol., 2003)

## **4.2 Specifika logopedické péče u osoby s afázií a dysartrií**

Jak již bylo zmíněno, nejčastější příčinou afázie a dysartrie bývá cévní mozková příhoda. Právě v těchto případech je neopomenutelnou součástí logopedické péče také rehabilitace po cévní mozkové příhodě.

Ta by měla začít co nejdříve, abychom dosáhli nejlepších možných výsledků. Jelikož se její následky promítají do všech oblastí lidského života je zapotřebí multidisciplinární tým specialistů, jenž obvykle zahrnuje lékaře, zdravotní sestry, dietní sestru, fyzioterapeuta, logopeda, geriatra (u starších pacientů), pracovního terapeuta a sociální pracovníci. (Feigin, 2007) Na tom, jak bude rehabilitace úspěšná závisí několik faktorů

- Kvalita rehabilitační léčby
- Motivace pacienta a jeho rodiny
- Věk pacienta
- Přetrvávání fáze ochabnutí a odklad léčby

Mezi hlavní cíle rehabilitace patří zabránit vzniku abnormálních pohybových vzorců, ke kterým dochází kvůli abnormálnímu svalovému tonu a naučit pacienta, aby zbytečně a potencionálně škodlivě neprováděl kompenzaci pomocí nepostižené strany, neboť pokud pacient v počátečních fázích zotavení provádí kompenzaci pomocí

nepostižené strany, může zvyšovat spasticitu postižené strany a zabránit tak jejímu užívání. (Šeclová, 2004)

U pacienta s narušenou komunikační schopností může nastat po propuštění z nemocniční péče problém v zajištění dalšího správného léčebného a rehabilitačního postupu v jeho domácí péči (Kejklíčková, 2011). Abychom předešli zhoršení pacientova stavu, musíme si předem vyjasnit, jak bude probíhat následná péče. U pacientů s narušenou komunikační schopností je klíčová trpělivá instruktáž nejen jeho samotného, ale i rodiny a jeho blízkých. Pro pacienta by měl být sestaven vhodný plán, který bude určovat, jakým způsobem bude pokračováno v reedukaci řeči. Správná a kvalitní logopedická práce zahrnuje také poradenskou a osvětovou činnost. Pacienta a jeho rodinu informuje o přesné diagnóze, zdravotní situaci, prognóze a doporučeném léčebně – rehabilitačním postupu, finančních příspěvcích a možnostech pečovatelské služby. Další součástí komunikační rehabilitace je možnost užívání kompenzačních logopedických pomůcek včetně možnosti získat na ně sociální či finanční podporu. Důležitou činností bývá seznámení rodiny nemocného s odbornými a zájmovými společnostmi, jako např. Klub osob po CMP, který provozuje Občanské sdružení LOGO, Česká alzheimerovská společnost. (Kejklíčková, 2011).

### **Terapie afázie**

Terapie afázie vyžaduje komplexní přístup, neboť zasahuje do veškerých oblastí lidského života. Obvykle obsahuje prvky lékařské, fyzioterapeutické, psychologické a logopedické péče. Cílem je dosažení maximální komunikační schopnosti v rámci možností postižení. (Klenková, 2006) Terapie by měla být systematická, adaptovaná, strukturovaná a intenzivní. Hlavním úkolem je poskytnout dlouhodobou a cílenou terapii, která vyžaduje téměř každodenní stimulaci pacienta. Jedná se především o individuální činnost. Terapie by měla začínat již v akutní fázi onemocnění. (Čecháčková in Škodová, Jedlička a kol., 2003, Vitásková, Mlčáková, 2013) Huber, Springer, Willmes (in Cséfalvay a kol. 2007) rozlišují tři základní fáze terapie: **Aktivizační fázi**, jejímž cílem je podpořit obnovení dočasně narušených jazykových funkcí pomocí technik přímé a nepřímé stimulace. **Symptomově – specifickou fázi**, jejímž cílem je reedukace a reaktivace pomocí lingvisticky orientovaných přístupů. Poslední, **konsolidační fázi**, jež má za cíl doplnit a udržet znovuzískané lingvistické znalosti. Mezi neužívanější přístupy k terapii afázie v současné době patří **kognitivně – neuropsychologický přístup a pragmatický (funkcionální) směr**. Kognitivně – neuropsychologický přístup má za cíl obnovení nebo kompenzaci jazykových procesů. Hlavním cílem je odhalit zákonitosti fungování kognitivních procesů v normě, toho lze

docítit získáním informací o fungování kognitivních procesů v patologii. V našich podmínkách se s tímto přístupem setkáváme pouze zřídka. Pragmatický orientovaný přístup má za cíl poskytnout jedinci adekvátní možnost komunikace (často i kompenzační) a zařadit ho co nejrychleji do společnosti, tedy učinit ho zcela soběstačným. Klade důležitost na obnovu schopnosti užívání jazyka a rozumění mu. Akceptuje každý způsob dorozumění (mluvenou řeč, gesta, psaní, kresbu). Vychází k podstatě, že pragmatická rovina jazyka je u afatiků nejméně postižená. Mezi nejpoužívanější techniky užívání v klinické praxi patří **PACE (Promoting Aphasics Communicative Effectiveness)**, konverzační trénink a podpurná komunikace. (Klenková, 2006, Klenková a kol., 2007, Cséfalvay a kol., 2007) Terapie v České republice vychází z metod Truhlářové, Hrnčiarové a Mimrové. Čerpá ze zásad neuropsychologického či neurolingvistického přístupu. Klade důraz na obnovení všech složek řečové komunikace. Usiluje o zlepšení úrovně mluveného projevu, chápání, čtení, psaní a odstraňování dysgramatismů. Mezi konkrétní postupy terapie řadíme **MIT (melodicko – intonační terapie)**, která je vhodná především pro afatiky s těžkou nonfluentní poruchou. **TAP (Treatment Perseveration, interveční techniky při perseveraci afatiků)**, program je vhodný pro afatiky s těžkým až středně těžkým stupněm afázie a již zmíněný **PACE**. (Klenková a kol., 2007)

### **Terapie dysartrie**

Pro úspěšnost terapie dysartrie je nezbytný včasný začátek, nejlépe již na jednotkách JIP. Jedná se o dlouhodobý proces, jehož hlavním cílem je maximální zlepšení komunikačních schopností a zachování kvality sociálního života jedinců s dysartrií. Pozitivní výsledek v terapii by měl zajistit vhodně zvolený terapeutický program, vytvoření podle individuálních potřeb pacienta, zaměřených na konkrétní komunikační obtíže. Terapie dysartrie se zaměřuje na jednotlivé oblasti: **Svalový tonus a relaxace**, využívána bývá Jacobsonova progresivní relaxace nebo autogenní trénink, k zmírnění svalového napětí. **Obnovování hybnosti a svalové síly v orofaciální oblasti**, jedná se o cviky sloužící k navození správné hybnosti a síly rtů, jazyka a mimického svalstva. **Dechová, fonační, artikulační a rezonanční cvičení** jsou zaměřena na zlepšení koordinace dýchání, tvorbu hlasu, funkci patrohltanového uzávěru a slouží k obnově a stabilizaci motorických řečových modalit. Aplikují se vibrační masáže mluvidel a využívá se řada pomůcek. **Rytmizační cvičení** slouží k navození správného tempa řeči. Mluvené slovo se propojuje s pohybem (nejčastěji ruky). **Neverbální komunikaci a komunikační pomůcky** užíváme u pacientů s těžkými perzistentně přetrvávajícími stavy. Umožňují komunikaci písmenem, obrazovými



symboly či posunky. Mezi skupinové formy terapie patří **PACE (Promoting Aphasics Communicative Effectiveness)** sloužící k maximalizaci napodobení skutečné komunikační situace. Mezi běžně využívané pomůcky patří elektrický metronom, bzučák se zvukovým výstupem či magnetofonové záznamy cvičení pro samostatná cvičení. (Neubauer in Škodová, Jedlička a kol., 2003, Neubauer in Lechta a kol. 2005)

## **5 Praktická část**

### **5.1 Metodologie a cíle výzkumu**

Hlavním cílem bakalářské práce je zjistit a popsat, jakým způsobem probíhá logopedická péče o jedince s afázií a dysartrií a jejich následný pokrok v komunikaci za stanovené období pomocí logopedických diagnostických testů.

**DC1:** Zjistit počáteční stav komunikačních kompetencí pacientů pomocí diagnostických testů.

**DC2:** Zjistit a popsat jakým způsobem probíhaly logopedické terapie.

**DC3:** Zhodnotit pokrok v komunikaci u pacientů za stanovené období na základě diagnostických testů.

Výzkumná část bakalářské práce byla realizována pomocí kvalitativního výzkumu, který je typický svojí intenzitou a dlouhodobostí. Zaznamenána bývá většina informací, jež se v dané situaci odehraje, ze které si potom výzkumník zhotovuje podrobný zápis. (Gavora, 2010)

K naplnění dílčích cílů byly užity tyto metody.

#### **Pozorování**

Pozorování je nejtypičtější metodou sběru dat v kvalitativním výzkumu. Nejčastější bývá nestrukturované pozorování, které se vyznačuje flexibilitou, neboť předem nejsou vytyčené pozorovací systémy či hodnotící škály. Důležitý je vymezený cíl pozorování a prostředí, kde se pozorování uskutečňuje. (Gavora, 2010) Účastnila jsem se pozorování jednotlivých logopedických terapií u vybraných pacientů s afázií a dysartrií na logopedickém pracovišti. Veškeré poznatky z terapie jsem si zaznamenávala, abych získala co nejvíce materiálu pro zhotovení výzkumu.

#### **Analýza odborných pramenů a literatury**

Analýza dokumentů je označována jako typická aktivita v kvantitativním i kvalitativním výzkumu. Za dokumenty primárně označujeme data, pořízená jinou osobou než výzkumníkem, za jiným účelem, než je významný pro tuto situaci a vzniklá v minulosti. (Hendl, 2005) V rámci výzkumu bylo využito analýzy odborných pramenů a literatury na úrovni zkoumání dokumentů. Konkrétně studium lékařských zpráv, pomocí kterých mi byl umožněn přístup k diagnózám pacientů a logopedických zpráv, poskytnutých klinickým logopedem, díky kterým jsem získala více informací o konkrétních obtížích u pacienta.

## **Testová metoda**

Testové metody obecně představují veškeré diagnostické metody, jež využívají určitý podnětový materiál s cílem docílit u testované osoby určité specifické aktivity. Za účelem zhodnocení vstupních a výstupních komunikačních kompetencí bylo u pacientů s diagnostikovanou afázií provedeno vyšetření pomocí VFF (vyšetření fatických funkcí), jež zkoumá tyto oblasti:

### **1. Mluvená produkce**

V první části testu zkoumáme spontánní řečovou produkci na základě popisu obrázku, zaměřujeme se na fluentnost projevu, informační hodnotu a gramatickou stránku řeči. Dále zkoumáme automatické série.

### **2. Porozumění mluvenému**

V druhé části testu zkoumáme porozumění mluvené řeči, konkrétně schopnost rozlišovat stejné a různé slabiky, reálná slova a pseudoslova, rozumění slovům na základě obrázků, významu slov a porozumění větám.

### **3. Opakování**

V třetí části zkoumáme schopnost mluvené produkce, konkrétně schopnost opakovat slova, pseudoslova a věty.

### **4. Pojmenování**

Ve čtvrté části testu zkoumáme vybavnost slov, na základě pojmenování obrázků a odpověďmi na otázky.

### **5. Čtení**

Pátá část je zaměřena na diagnostiku schopnosti čtení, konkrétně čtení hlásek, slabik, slov a pseudoslov. Dále se zaměřuje na lexikální rozlišení slov a pseudoslov a porozumění psaným slovům, která jsou následně přiřazena ke konkrétnímu obrázku. V závěru je pacientovi předložen krátký text o Petře a Barboře, na základě, kterého pacient odpovídá na několik otázek.

### **6. Psaní**

Šestá část diagnostikuje schopnost psaní, pacient má za úkol napsat základní údaje o sobě jako je jeho jméno a adresa bydliště. Dále má za úkol opis viděných hlásek, slabik, slov a pseudoslov. Následuje diktát písmen, slabik a pseudoslov. Dále má napsat názvy věcí viděných na obrázku a v závěru písemně popsat situaci na obrázku. U pacientů s diagnostikovanou dysartrií bylo provedeno vyšetření 3F, jehož hlavním obsahem jsou dílčí výsledky z oblastí faciokineze, fonorespirace a fonetiky.

### **Faciokineze**

Oblast faciokineze zkoumá funkčnost rtů, čelisti a jazyka.

### **Fonorespirace**

Tato oblast zkoumá stav kvality respirace, respirace při fonaci a fonace.

### **Fonetika**

Oblast zkoumá, na jaké úrovni se nachází artikulace, prozodie a srozumitelnost mluvního projevu.

## **5.2 Charakteristika místa šetření**

Výzkumné šetření probíhalo léčebných lázních. Lázně jsou zaměřeny na léčbu širokého spektra onemocnění, jako jsou nemoci pohybového aparátu a dýchacího ústrojí, poruchy látkové výměny a žláz s vnitřní sekrecí, stavy po úrazech, operacích a léčbě onkologických onemocněních, nervová a nervosvalová onemocnění, obrny. Pacienti bývají ubytováni v lázeňských budovách. Téměř všechny se nacházejí v centru města a disponují bezbariérovým prostorem. Základem léčby je individuální cvičení s fyzioterapeutem, zvolené podle aktuálního stavu pacienta. Mezi užívané metody patří reflexní lokomoce prof. Vojty, Bobath koncept a Kabat metoda PNF, doplněné fyzikální terapií a specificky zaměřeným skupinovým cvičením. Přírodními léčivými zdroji jsou místní horské klima a termální minerální voda, jež se využívá při vodoléčebných procedurách. Lázně prosluly v 1. pol. 21. století úspěšnou léčbou následků dětské obrny. Mimo pobyty hrazené zdravotní pojišťovnou je možnost zakoupení léčebných a wellness pobytů zaměřených na různé oblasti.

Výzkumné šetření probíhalo od dubna do června roku 2022.

## **5.3 Charakteristika výzkumného souboru**

Výzkumný soubor tvoří čtyři pacienti s diagnostikovanou afázií či dysartrií různého typu a stupně, ve věku 25–75 let. Pacienti nebo jejich blízcí byli obeznámeni a souhlasili s pořízením, zpracováním a zveřejněním informací v této bakalářské práci, které jsou anonymní.

## **5.4 Charakteristika průběhu výzkumného šetření**

Výzkumné šetření započalo v březnu 2022, a to úvodním setkáním s logopedem, kterému byl představen plán realizace výzkumné části bakalářské práce a bylo ukončen v červnu 2022.

Po odsouhlasení plánu jsem čekala na logopedovu informaci o hospitalizování vhodných kandidátů s diagnostikovanou afázií či dysartrií z předešlého zařízení. Před

prvním setkáním s pacientem si logoped prostudoval lékařskou dokumentaci a anamnestické údaje pomocí kterých získal o pacientovi základní informace. Následně byla provedena diagnostika, kterou logoped běžně provádí pomocí Lurijova neuropsychologického vyšetření. Pro účely bakalářské práce bylo provedeno vyšetření vstupní vyšetření pomocí VFF a testu 3F pro kvantifikaci výzkumu ve volném čase pacienta z důvodu časové náročnosti. Diagnostiku prováděl logoped za mé přítomnosti. Na základě diagnostikovaných druhů poruch řečové komunikace byl zvolen terapeutický plán, který logoped aplikoval při jednotlivých sezeních, jednotlivá cvičení přizpůsoboval aktuálnímu stavu pacienta. Logopedická terapie byla u každého pacienta individuální, obvykle třikrát do týdne. Já byla na terapiích přítomna po celou dobu pacientova pobytu. V praktické části bakalářské práce budou představeny tři terapie, počáteční, průběžná a konečná, vždy s odstupem okolo jednoho týdne, individuálně na délce pobytu pacienta. Na konci léčebného pobytu bylo provedeno výstupní vyšetření logopedem opět za mé přítomnosti.

Na základě výsledků z výstupního vyšetření byl zhodnocen pokrok v komunikaci pacienta a předložena doporučení v pokračování terapeutického plánu pacienta jemu samotnému či jeho blízkým. Časový rozestup mezi vstupním a výstupním vyšetřením byl čtyři až šest týdnů individuálně u každého pacienta z důvodu omezeného časového pobytu v lázních.

### **Pacient A**

Paní (25 let) utrpěla dopravní nehodu jako spolujezdkyně v září 2021. Její stav byl velmi vážný, neboť důsledkem nehody došlo k subarachnoideálnímu krvácení a fraktuře horní levé končetiny. Po propuštění z dlouhodobé intenzivní ošetrovatelské péče byla přijata v březnu 2022 do léčebných lázní. Obtíže jí činí především výpadky a zpoždění výbavnosti adekvátních nominativ, časté anomické pauzy, cirkomlokuce, porucha krátkodobé paměti a koncentrace pozornosti, jež činí verbální projev inkoherní. Změny jsou patrné také při fonaci a intonaci hlasu, hlas působí skřehotavě. Dalšími obtížemi jsou zpomalení, dysrytmičnost a dysdiadochokineze orofaciální motoriky. Logopedické terapie probíhaly třikrát týdně a byly zaměřeny především na restituci nominativní funkce, artikulační cvičení a trénink paměti.

### **Vstupní vyšetření – Vyšetření fatických funkcí**

V rámci vyšetření fatických funkcí byly zjištěny pouze mírné deficity ve všech oblastech s převažujícími obtížemi v pojmenování. Produkce i porozumění řeči jsou na dobré úrovni. Pacientčin řečový projev je víceméně fluentní s občasnými anomickými pauzami a agramatismy. Schopnost opakování je zachována a je zároveň nejlépe

hodnocenou oblastí v testu. Řečové automatické formy jsou zachovány. Porozumění řeči se nachází na dobré úrovni, mírný deficit byl projeven pouze v oblasti posouzení reálných slov a pseudoslov. Nejhuře hodnocenou oblastí testu je schopnost pojmenování, jedná se o pojmenovávání obrázků a odpovídání na otázky na základě rozumění mluvenému textu, doprovázené častými anomickými pauzami a viditelně obtížnou výbavností slov z mentálního slovníku. Lexie i grafie jsou na relativně dobré úrovni. V oblasti lexie byly pozorovány deficity v oblasti porozumění čtenému textu, jež cílila na výbavnost informací z textu. Schopnost grafie byla ovlivněna parézou pravé horní končetiny a pacientka tak byla nucena začít užívat levou končetinu. Obtíže byly zaznamenány především při automatických formách psaní a při písemném pojmenování. Další problém činila oblast písemného popisu obrázku, kde byla pacientka schopna vyprodukovat pouze minimum slov souvisejících s obrázkem.

Na základě vyšetření vstupním testem a posouzení dominujících obtíží byla pacientce diagnostikována **anomická afázie**.

PACIENT A-ŽENA					
1. MLUVENÁ PRODUKCE	1.1. Fluence	7/10	5. ČTENÍ	5.1. Čtení písmen, slabik	20/20
	1.2. Informační hodnota	3/5		5.2. Čtení pseudoslov	13/15
	1.3. Gramatika	1/2		5.3. Lexikální posuzování psaných slov a pseudoslov	14/15
	1.4. Automatické série	3/3		5.4. porozumění čteným slovům	14/15
2. POROZUMĚNÍ MLUVENÉMU	2.1. Fonologická analýza	8/10		5.5. Čtení nahlas	19/20
	2.2. Lexikální analýza	5/10		5.6. Porozumění čtenému textu	3/15
	2.3. Porozumění slovům	24/25		6.1. Automatizované formy	2/5
	2.4. porozumění větám	10/10		6.2. Opis písmen, slabik, slov	5/5
3. OPAKOVÁNÍ	3.1. Slovo	10/10		6.3. Opis pseudoslov	5/5
	3.2. Pseudoslov	10/10		6.4. Diktát písmen	5/5
	3.3. Věta	4/5	6.5. Diktát slov	3/5	
4. POJMENOVÁNÍ	4.1. Konfrontační pojmenování	11/20	6.6. Diktát pseudoslov	5/5	
	4.2. Odpovědi na otázky	5/10	6.7. Písemné pojmenování	14/20	
			6.8. Popis obrázku	4/20	
			6. PSANÍ		

Tabulka 1 - Vstupní vyšetření - Vyšetření fatických funkcí - pacient A

### Vstupní vyšetření – test 3F

V rámci vyšetření testu 3F byly zjištěny pouze mírné deficity ve všech zkoumaných oblastech. Při zkoumání funkčnosti rtů, čelisti a jazyka, je patrný mírný svalový deficit při pohyblivosti rtů. Respirace zůstala téměř neporušena, mírnou obtíž činí zesilování a zeslabování sykotu. Respirace při fonaci je neporušena. Oblast fonace patří k jedné z nejvíce narušených oblastí při vyšetřování, je mírně narušená, hlasový projev působí skřehotavým dojmem. Artikulace je neporušena, pacientka artikuluje slova s přesností, je schopna srozumitelné výslovnosti předřikávaného i čteného. Prozodické faktory patří k druhým nejvíce narušeným oblastem, řečový projev je monotónní a lehce sakadovaný bez variabilní intonace. Srozumitelnost mluvy je na relativně dobré úrovni,

dysrytmičnost se projevuje pouze u delších větných celků. Na základě vyšetření vstupním testem byla pacientce diagnostikována **velmi lehká dysartrie**.

<b>FACIOKINEZE</b>		<b>FONORESPIRACE</b>		<b>FONETIKA</b>	
<b>1. RTY</b>	<b>8/10</b>	<b>4. RESPIRACE</b>	<b>9/10</b>	<b>7. ARTIKULACE</b>	<b>10/10</b>
1.1 Protruze a retrakce rtů mezi zuby	1/2	4.1 Klidová a prodloužení expirace	2/2	7.1 Přesnost opakování samohlásek	2/2
1.2 Pevnost sevření rtů v klidu	2/2	4.2 Síla výdechového proudu	2/2	7.2 Přesnost opakování souhlásek	2/2
1.3 Pevnost retního uzávěru při nafouknutých tvářích	2/2	4.3 Výdrž expirace při syčení (sss...)	2/2	7.3 Přesnost artikulace při čtení TEXT	2/2
1.4 Zaostření koutků do úsměvu	1/2	4.4 Opakování sérií (ss – ss – ss...)	2/2	7.4 Diadochokineze s fonací (p-t-k) (o-e)	2/2
1.5 Diadochokineze bez fonace	2/2	4.5 Plynulé zesilování a zeslabování sykotu	1/2	7.5 Spontánní řeč	2/2
<b>2 ČELIST</b>	<b>10/10</b>	<b>5. RESPIRACE PŘI FONACI</b>	<b>10/10</b>	<b>8. PROZODIE</b>	<b>5/10</b>
2.1 Otevření a zavření úst (volné)	2/2	5.1 Výdrž expirace při prodloužené fonaci hlásky m	2/2	8.1 Udržení rytmu v rytmickém celkem TEXT	1/2
2.2 Otevření a zavření úst proti odporu	2/2	5.2 Výdrž expirace při prodloužené fonaci hlásky ííí	2/2	8.2 Základní větné intonace TEXT	1/2
2.3 Posouvání mandibuly doprava – doleva	2/2	5.3 Synchronizovanost respirace s fonací fffííí	2/2	8.3 Přemísťování kontrastního důrazu TEXT	1/2
2.4 Kroužení mandibulou do stran	2/2	5.4 Déla výdechové mluvní fráze	2/2	8.4 Intonační variabilita TEXT	1/2
2.5 Kontrakce žvýkacích svalů	2/2	5.5 Mluvní respirace	2/2	8.5 Kompletní prozodické faktory	1/2
<b>3. JAZYK</b>	<b>10/10</b>	<b>6. FONACE</b>	<b>5/10</b>	<b>9. SROZUMITELNOST</b>	<b>10/10</b>
3.1 Vysunutí jazyka z úst a zasunutí	2/2	6.1 Kvalita hlasu	1/2	9.1 Srozumitelnost předřikávaných slov TEXT	2/2
3.2 Zvednutí špičky jazyka vzhůru a spuštění zpět	2/2	6.2 Rezonance	1/2	9.2 Srozumitelnost předřikávaných vět TEXT	2/2
3.3 Vysunutí, obrácení špičky jazyka před ústy vzhůru	2/2	6.3 Přiměřená a ovládaná hlasitost	1/2	9.3 Srozumitelnost četby slov TEXT	2/2
3.4 Přesunutí jazyka z koutku do koutku	2/2	6.4 Přiměřená a ovládaná výška	1/2	9.4 Srozumitelnost četby textu TEXT	2/2
3.5 Kruhovitě olíznutí horního a spodního rtu	2/2	6.5 Hlasový rozsah	1/2	9.5 Srozumitelnost spontánní mluvy	2/2

Tabulka 2 - Vstupní vyšetření - test 3F - pacient A

### **Počáteční terapie (terapie aplikovaná v prvním týdnu léčebného pobytu)**

Prvotní cvičení, které se prolínalo celou terapií bylo zaměřeno na trénink krátkodobé a střednědobé paměti. Byl vybrán konkrétní předmět, v tomto případě figurka Krakonoše, kterou logoped schoval pod kelímek na stole. Úkolem pacientky bylo zapamatovat si o jaký předmět se jedná. Následovalo cvičení zaměřené na trénink nominativní funkce. Před pacientku bylo předloženo několik kartiček s různými objekty, které měla spojit do dvojic, které spolu souvisí (lednice – vajíčka, kalhoty – tričko, strom – jablko). Během spojování se klinický logoped dotazoval na názvy spojovaných objektů, pacientka často užívala fráze typu „Jak se to mu říká?“, s logopedovou nápovědou si téměř vždy vzpomněla. Logoped se dále pacientky tázal na schovanou věc, nevzpomněla si. Následovalo cvičení zaměřené na trénink konfrontační nominace a krátkodobé paměti, úkolem pacientky bylo zapamatovat si spojené dvojice, logoped následně jednu kartu z dvojice odebral a pacientka měla určit, co se tam nacházelo, zpočátku se jí dařilo, ale ke konci jí musel dopomoci logoped. Na závěr měla vysvětlit spojitost mezi jednotlivými dvojicemi. I u tohoto cvičení potřebovala nápovědu. Následoval dotaz, co se skrývá pod kelímkem, pacientka si nevzpomněla na



konkrétní předmět, odpověděla, že se jedná o figurku. Dalším cvičením byl trénink pozornosti a krátkodobé paměti. Pacientka měla za úkol vzájemně prolínat dny v týdnu a měsíce podle číselné posloupnosti (leden–pondělí, únor–úterý, duben–čtvrtek). Z počátku se jí příliš nedařilo, potřebovala nápovědu, některé z dvojic následně spojila správně. Dalším úkolem bylo prolínání číselné vzestupné řady 1–20 a sestupné řady 20–1 (1–20, 2–19, 3–18 atd.) I v tomto cvičení potřebovala dopomoci a v průběhu některé dvojice spojila správně. Následovalo intonačně rytmizační cvičení, konkrétně se jednalo o karaoke, pacientce byly v programu pouštěny melodie českých písní s viditelným textem na obrazovce a jejím úkolem bylo zpívat do rytmu. Pacientce se příliš nedařilo, její interpretace písně neodpovídala správnému rytmu. V rámci zefektivnění terapie obdržela pacientka artikulační cvičení, která slouží k procvičování ve volném čase. Jednalo se o souhláskové zvuky (PRAK – PŘAK, MRAK – NRAK, STRAK – STŘAK) a jazykolamy (Pudl plný kudrn, Mnich mne rmen, Vstrč pěst v třmen).

#### **Průběžná terapie (terapie aplikovaná v třetím týdnu léčebného pobytu)**

Po úvodním kontaktu zahájil klinický logoped terapii tréninkem krátkodobé a střednědobé paměti, který se prolínal celou terapií. Vybral konkrétní předmět, v tomto případě čokoládu, z důvodu větší motivovanosti pacientky přislíbil jí, že pokud si na ni vzpomene a vybaví si její umístění, dostane ji. Následně měla napsat na papír několik slov a větu, zapamatovat si je a poté v průběhu terapie několikrát zopakovat. Následovalo cvičení zaměřené na trénink logického uvažování, pozornosti a paměti. Pacientka měla doplňovat číselné řady podle logické posloupnosti (řada: 11, 22, 33. řada: 3, 6, 9.), logoped musel úkol důkladně vysvětlit, pacientka zvládla zhruba jednu polovinu, ale potřebovala delší časový úsek. Další úkol se zaměřoval na logické myšlení, časovou orientaci a pozornost. Jednalo se o logické úvahy, podle nichž měla dotyčná poznat, o jaký den se jedná (Jestliže včera bylo úterý, zítra bude? Jestliže včera byla neděle, zítra bude?). Pro pacientku byl tento úkol velice náročný a ve většině případech selhávala. Následně se logoped pacientky tázal na věc, kterou schovali, o jakou věc se jedná a kde je schovaná a také na napsaná slova a větu, pacientka si nezapomněla ani na jedno z toho, vše jí bylo tedy znovu odhaleno a připomenuto. Následující cvičení se zaměřovalo na trénink krátkodobé paměti. Logoped pokládal pacientce ústně lehké slovní úlohy, většinu z nich pacientka nezodpověděla, neboť si především u delších úloh nepamatovala zadání. (Libor má 38 knížek, Mirek má o sedm méně, kolik knížek má Mirek? Hospodář denně nadojí od krav 44 litrů mléka, každý den spotřebuje 6 litrů v domácnosti. Kolik litrů může prodat?). Další částí terapie bylo

konfrontační pojmenování z obrázkového lexikonu, logoped ukázal na určitý obrázek a pacientka měla určit, o co se jedná, během pojmenování docházelo k častým anomickým pauzám, nebo cirkomlokuci, která pacientce pomáhala, neboť díky opisné strategii si po chvíli vzpomněla na skutečný název objektu. Následovalo vyhledávání v lexikálně sémantickém slovníku, logoped určil konkrétní kategorii, ke které měla pacientka přiřazovat odpovídající druhy (ovoce – jahoda, jablko, citrón). Přítomny byly opět časté opisné strategie, nebo věty typu „Já vím, co to je, ale nevím, jak se to řekne.“ Pokud byla pacientka pochválena často užívala pojem „relativně“. V závěru terapie se logoped pacientky opět dotazoval na schovanou věc, napsaná slova a větu. Pacientka si vzpomněla na barvu čokolády a s pomocí i na konkrétní název a místo úkrytu, čokoládu tak od logopeda dostala. Obdobně tomu bylo i písemné formy, některá slova si vybavila, s některými potřebovala dopomoci, na větu si nevzpomněla.

### **Konečná terapie (terapie aplikovaná v šestém týdnu léčebného pobytu)**

Logoped zahájil terapii tréninkem střednědobé paměti, který se prolínal celou terapií. S pacientkou vybrali konkrétní předmět, v tomto případě klíč od jejího pokoje. Logoped se dotazoval na barvu, na množství klíčů a na číslo pokoje. Klíče schoval pod kelímek. Při prvotním dotazování si pacientka vzpomněla na věc, co je pod kelímkem, na množství klíčů, nikoliv na barvu a číslo pokoje. Následovalo cvičení krátkodobé paměti. Pacientka dostala předlohu obrázků, jež si měla zapamatovat a poté z paměti přeskreslit, v prvním případě se jednalo o devítimístné čtverečkové pole, které obsahovalo obrázky, které měla správně a ve stejném pořadí přeskreslit, pacientka dokázala přeskreslit pouze čtyři obrázky, ale do chybných polí. V druhém případě se jednalo o přeskreslení ornamentu, v první části přeskreslovala obrázek podle předlohy a ihned po dokončení tentýž ornament již bez předlohy. Pacientka byla úspěšná. Další cvičení se zaměřovalo opět na trénink paměti, konkrétně zapamatování slyšeného textu. Logoped přečetl text dvakrát a následně otázky k textu. Úkolem bylo správně zodpovědět. Toto cvičení bylo velmi náročné, pacientka nedokázala správně zodpovědět na žádnou z otázek, chvílemi fabulovala. Proběhla kontrola schované věci. Pacientka uhodla, o jakou věc se jedná, jaké množství klíčů je a také barvu, na číslo pokoje si opět nevzpomněla. Další cvičení bylo zaměřené na trénink konfrontační nominace. Jednalo se o pojmenování obrázků ze slovníku. Pacientce se poměrně dařilo. Přítomný byl výskyt občasných cirkomlukací, ale téměř vždy si pacientka vzpomněla. Následoval trénink krátkodobé paměti, konkrétně numerický test paměti. Pacientka dostala papír s číselnými řadami, první dvě řady sestávaly ze čtyř čísel, následují z pěti, šesti, osmi atd. Úkolem bylo zapamatování číselné řady a následné vyslovení z paměti. Pacientka si vedla poměrně dobře, dostala

se až k řadě se šesti čísly, která dokázala z paměti vyslovit. Další cvičení bylo zaměřené na artikulaci, jednalo se o předčítání artikulačních shluků (PŘAK, PŘEK, PŘIK, PŘOK, PŘUK). Pacientka byla pečlivá, slova vyslovovala pomalu a snažila se o přesnost, která se jí dařila. Následovala kontrola schovaného předmětu. Pacientka si vzpomněla, že se jednalo o klíče, vzpomněla si i na barvu i jejich množství, při určování čísla pokoje mírně váhala, s logopedovou náповědou prvotního čísla si již vzpomněla.

### Výstupní vyšetření – Vyšetření fatických funkcí

V rámci výstupního vyšetření fatických funkcí byly zjištěny mírné deficity ve všech oblastech s převahou v oblasti pojmenování. Oblast produkce i porozumění řeči jsou na dobré úrovni. Pacientčin řečový projev má téměř plnou informační hodnotu, je fluentní s ojedinělými anomickými pauzami a agramatismy. Automatické série jsou zachovány. Porozumění mluvenému projevu je na dobré úrovni. Opakování je zachováno a je zároveň nejlépe hodnocenou oblastí v testu. Nejhůře hodnocenou oblastí je schopnost pojmenování, pacientce činí mírné obtíže vybavnost slov z mentálního slovníku, konkrétně při pojmenování obrázků a odpovědi na otázku na základě rozumění mluvenému textu. Lexie i grafie jsou zachovány na relativně dobré úrovni. V oblasti lexie činí pacientce mírné obtíže porozumění čtenému textu, jež vyžaduje zapamatování a vybavení klíčových informací. V oblasti grafie je viditelný mírný deficit pouze při popisu obrázku, pacientka je schopna uvést pouze základní položky související s textem.

PACIENT A-ŽENA						
1. MLUVENÁ PRODUKCE	1.1. Fluence	9/10	5. ČTENÍ	5.1. Čtení písmen, slabik	20/20	
	1.2. Informační hodnota	4/5		5.2. Čtení pseudoslov	15/15	
	1.3. Gramatika	1/2		5.3. Lexikální posuzování psaných slov a pseudoslov	14/15	
	1.4. Automatické série	3/3		5.4. porozumění čteným slovům	14/15	
2. POROZUMĚNÍ MLUVENÉMU	2.1. Fonologická analýza	9/10		5.5. Čtení nahlas	20/20	
	2.2. Lexikální analýza	10/10		5.6. Porozumění čtenému textu	6/15	
	2.3. Porozumění slovům	24/25		6. PSANÍ	6.1. Automatizované formy	2/5
	2.4. porozumění větám	10/10			6.2. Opis písmen, slabik, slov	5/5
3. OPAKOVÁNÍ	3.1. Slovo	10/10			6.3. Opis pseudoslov	5/5
	3.2. Pseudoslov	10/10			6.4. Diktát písmen	5/5
	3.3. Věta	5/5			6.5. Diktát slov	3/5
4. POJMENOVÁNÍ	4.1. Konfrontační pojmenování	14/20			6.6. Diktát pseudoslov	5/5
	4.2. Odpovědi na otázky	6/10	6.7. Písemné pojmenování		20/20	
			6.8. Popis obrázku		8/20	

Tabulka 3 - Výstupní vyšetření - Vyšetření fatických funkcí - pacient A

## Výstupní vyšetření – test 3F

V rámci vyšetření testu 3F byly zjištěny pouze mírné deficity v některých zkoumaných oblastech. Funkčnost rtů, čelisti a jazyka je neporušena. Respirace a respirace při fonaci je neporušená. Jednou z nejvíce narušených oblastí je fonace, pacientčin projev působí skřehotavým dojmem a hlas nezáměrně kolísá. Artikulace je neporušena, pacientka artikuluje slova s přesností, je schopna srozumitelné artikulace předříkávaného i slyšeného. Druhou nejvíce narušenou oblastí jsou prozodické faktory řeči, pacientčin projev intonace je nadměrná, vůlí ne plně kontrolovatelná. Rytmus je sakadovaný.

<b>FACIOKINEZE</b>		<b>FONORESPIRACE</b>		<b>FONETIKA</b>	
<b>1. RTY</b>	<b>10/10</b>	<b>4. RESPIRACE</b>	<b>9/10</b>	<b>7. ARTIKULACE</b>	<b>10/10</b>
1.1 Protruze a retrakce rtů mezi zuby	2/2	4.1 Klidová a prodloužení expirace	2/2	7.1 Přesnost opakování samohlásek	2/2
1.2 Pevnost sevření rtů v klidu	2/2	4.2 Síla výdechového proudu	2/2	7.2 Přesnost opakování souhlásek	2/2
1.3 Pevnost retního uzávěru při nafouknutých tvářích	2/2	4.3 Výdrž expirace při syčení (sss...)	2/2	7.3 Přesnost artikulace při čtení TEXT	2/2
1.4 Zaostření koutků do úsměvu	2/2	4.4 Opakování sérií (ss – ss – ss...)	2/2	7.4 Diadochokineze s fonací (p-t-k) (o-e)	2/2
1.5 Diadochokineze bez fonace	2/2	4.5 Plynulé zesilování a zeslabování sykotu	1/2	7.5 Spontánní řeč	2/2
<b>2 ČELIST</b>	<b>10/10</b>	<b>5. RESPIRACE PŘI FONACI</b>	<b>10/10</b>	<b>8. PROZODIE</b>	<b>7/10</b>
2.1 Otevření a zavření úst (volné)	2/2	5.1 Výdrž expirace při prodloužené fonaci hlásky m	2/2	8.1 Udržení rytmu v rytmickém celkem TEXT	1/2
2.2 Otevření a zavření úst proti odporu	2/2	5.2 Výdrž expirace při prodloužené fonaci hlásky ííí	2/2	8.2 Základní větné intonace TEXT	2/2
2.3 Posouvání mandibuly doprava – doleva	2/2	5.3 Synchronizovanost respirace s fonací fffííí	2/2	8.3 Přemísťování kontrastního důrazu TEXT	2/2
2.4 Kroužení mandibulou do stran	2/2	5.4 Déla výdechové mluvní fráze	2/2	8.4 Intonační variabilita TEXT	1/2
2.5 Kontrakce žvýkacích svalů	2/2	5.5 Mluvní respirace	2/2	8.5 Kompletní prozodické faktory	1/2
<b>3. JAZYK</b>	<b>10/10</b>	<b>6. FONACE</b>	<b>5/10</b>	<b>9. SROZUMITELNOST</b>	<b>10/10</b>
3.1 Vysunutí jazyka z úst a zasunutí	2/2	6.1 Kvalita hlasu	1/2	9.1 Srozumitelnost předříkávaných slov TEXT	2/2
3.2 Zvednutí špičky jazyka vzhůru a spuštění zpět	2/2	6.2 Rezonance	1/2	9.2 Srozumitelnost předříkávaných vět TEXT	2/2
3.3 Vysunutí, obrácení špičky jazyka před ústy vzhůru	2/2	6.3 Přiměřená a ovládaná hlasitost	1/2	9.3 Srozumitelnost četby slov TEXT	2/2
3.4 Přesunutí jazyka z koutku do koutku	2/2	6.4 Přiměřená a ovládaná výška	1/2	9.4 Srozumitelnost četby textu TEXT	2/2
3.5 Kruhovitě olíznutí horního a spodního rtu	2/2	6.5 Hlasový rozsah	1/2	9.5 Srozumitelnost spontánní mluvy	2/2

Tabulka 4 - Výstupní vyšetření - test 3F - pacient A

### Vliv logopedické péče (porovnaní vstupního a výstupního hodnocení)

Výsledný efekt logopedické terapie se dá pokládat za pozitivní, neboť u pacientky došlo ke zlepšení ve všech jazykových rovinách. K dosažení bodového maxima došlo pouze u jedné oblasti a to opakování, v ostatních oblastech byl výsledek vždy lepší. U pacientky byly analyzovány problémy především ve výbavnosti slov. Řečový projev je nyní téměř fluentní s plnou informační hodnotou, ojedinělými anomickými pauzami a minimálním množstvím agramatismů. Díky zlepšení ve výbavnosti slov, je pacientka nyní schopna lépe rozlišit reálná slova od pseudoslov. Schopnost pojmenování dosáhla taktéž zlepšení, pacientka je schopna správně pojmenovat větší množství obrázků s menším množstvím anomickým pauz a opisných strategií. Schopnost lexie na úrovni

porozumění čtenému textu byla zlepšena, pacientka je schopna zapamatování většího množství informací. Schopnost grafie na úrovni písemného popisu obrázku byla zlepšena, pacientka je schopna popisu na úrovni dvouslovných spojení.

Při zkoumání funkčnosti rtů, čelisti a jazyka došlo ke zlepšení svalové činnosti rtů. Zvuková stránka jazyka je stále mírně narušena, hlas má stále stejný skřehotavý charakter. Prozodické faktory řeči se mírně zlepšily, pacientčin projev je stále monotónní, ale po upozornění je u pacientky patrné mírné zlepšení v intonaci a důrazu.

### **Pacient B**

Muž (64 let) prodělal v lednu 2022 rozsáhlou ischemickou cévní mozkovou příhodu. K léčebnému pobytu do lázní byl přijat v dubnu 2022. Pacientovi činí obtíže rozumění řeči, má obtíže při diskriminaci a identifikaci jednotlivých hlásek. Obtíže jsou přítomny také při identifikaci obecných zvuků z výběru. Obtíže dále činí těžká orální apraxie, kinestetického druhu, jenž pacientovi znemožňuje kontrolu nad prováděním orálních a artikulačních pohybů. Lexie, grafie a kalkule nejsou přítomny. Logopedické terapie probíhaly třikrát do týdne, zaměřeny byly především zlepšení obtíží v oblasti akustické gnoze, orální praxe verbální i neverbální

### **Vstupní vyšetření – Vyšetření fatických funkcí**

V rámci vyšetření fatických funkcí byly zjištěny závažné deficity ve všech hodnocených oblastech. Řečová produkce je u pacienta těžce narušena, stejně jako opakování a pojmenování. Lexie a grafie nejsou zachovány. Nejlépe hodnocená oblast je porozumění mluvenému. Konkrétně rozlišení reálných slov od pseudoslov, rozlišování slov s podobným a odlišným významem a porozumění mluvenému slovu, na základě přiřazení k vhodnému obrázku. Jelikož pacient nebyl schopný řečové produkce, bylo mu vysvětleno, aby při slyšení reálných slov kývl a při slyšení pseudoslov zakroutil hlavou, stejně tak u rozlišování podobného a odlišného významu, z důvodu apraxie ovšem nelze považovat ani kývnutí za důvěryhodné, neboť pacient zaměňoval i tyto pohyby. Porozumění mluvenému slovu na základě přiřazení k vodnému obrázku bylo zachováno na minimální úrovni. Na základě vyšetření vstupním testem byla pacientovi diagnostikována **globální afázie**.

PACIENT B-MUŽ					
1. MLUVENÁ PRODUKCE	1.1. Fluence	0/10	5. ČTENÍ	5.1. Čtení písmen, slabik	0/20
	1.2. Informační hodnota	0/5		5.2. Čtení pseudoslov	0/15
	1.3. Gramatika	0/2		5.3. Lexikální posuzování psaných slov a pseudoslov	0/15
	1.4. Automatické série	0/3		5.4. Porozumění čteným slovům	0/15
2. POROZUMĚNÍ MLUVENÉMU	2.1. Fonologická analýza	0/10	5. ČTENÍ	5.5. Čtení nahlas	0/20
	2.2. Lexikální posuzování	5/10		5.6. Porozumění čtenému textu	0/15
	2.3. Porozumění slovům	8/25		6. PSANÍ	6.1. Automatizované formy
2.4. Porozumění větám	2/10	6.2. Opis písmen, slabik, slov	0/5		
3. OPAKOVÁNÍ	3.1. Slovo	0/10	6.3. Opis pseudoslov		0/5
	3.2. Pseudoslov	0/10	6.4. Diktát písmen	0/5	
	3.3. Věta	0/5	6.5. Diktát slov	0/5	
4. POJMENOVÁNÍ	4.1. Konfrontační pojmenování	0/20	6. PSANÍ	6.6. Diktát pseudoslov	0/5
	4.2. Odpovědi na otázky	0/10		6.7. Písemné pojmenování	0/20
				6.8. Popis obrázku	0/20

Tabulka 5 - Vstupní vyšetření - Vyšetření fatických funkcí - pacient B

### Počáteční terapie (terapie aplikovaná v prvním týdnu léčebného pobytu)

Logopedická terapie byla zahájena cvičením zaměřeným na trénink akustické gnoze. Pacientovi byly v konkrétním počítačovém programu pouštěny neřečové zvuky, na obrazovce byly viditelné čtyři obrázky a pacient měl označit, o jaký zvuk se jedná. Klíčová byla identifikace zvuku. Některé zvuky pacient poznal, ale většina mu činila problém. Následovalo procvičování rozumění mluvené řeči a lexie, ke které byla využita metoda globálního čtení, logoped před pacienta rozmístil obrázky (zvířata) a zároveň odpovídající popisky. Tázal se pacienta, kde se daný předmět z obrázku nachází, přidaný popis umožňoval pacientovi oporu. Logoped poskytoval nápovědu, říkal onomatopie a užíval opisnou strategii. Rozpoznávání se příliš nedařilo. Následujícím úkolem bylo přiřazování obrázku k odpovídajícímu popisku, jeden popisek byl vždy navíc, aby musel pacient přemýšlet do poslední chvíle. Pacient cvičení zvládl pouze minimálně a za pomoci logopeda. Dalším cvičením byl trénink orální praxe, při kterém bylo využito zrcadlení pohybu – koartikulace, logoped vyslovil určité slovo sám, podruhé slovo vyslovili společně, tento způsob mluvy nahrazoval pacientovi chybějící zpětnou vazbu. Pacientovi se nedařilo slova správně vyslovovat, jednalo se spíše o zvuky. Terapie pokračovala tréninkem orální praxe, konkrétně orálně motorickými sekvencemi, jelikož pacient nedokázal provést správný způsob orálních pohybů (vyplazování jazyka, nafouknutí tváří, odfrknutí). Dále manuálně – motorické sekvence, docházelo k procvičování bez zrakové opory. Logoped před pacienta předložil obrázky s manifestovaným pohybem, který měl pacient provést. Pacient samostatně úkony provést nedokázal, byla nutná pomoc logopeda.

### **Průběžná terapie (terapie aplikovaná ve druhém týdnu léčebného pobytu)**

Logoped zahájil terapii tréninkem verbální praxe, pacient měl za úkol vyjmenovávat verbální automatismy. Jednalo se o automatické řady, měsíce, roční období, dny v týdnu a čísla do 20. Pacient v některých přídech věděl, o co se jedná a co bude v konkrétní řadě následovat, ale slova často nedokázal vyslovovat, pouze počáteční slabiky, nebo parafázie myšleného slova. Další cvičení bylo zaměřeno na trénink orálně motorických sekvencí, pacient měl za úkol artikulovat vokály (A, E, I O, U) a souhlásky (L, M, B, P), i když se pacient snažil, příliš se mu nedařilo, pohyby byly prováděny nepřesně a nekonstantně. Následovalo cvičení zaměřené na chápání sémantických souvislostí mezi objekty. Před pacienta byly rozmístěny kartičky s obrázky, každý z obrázku měl svoji odpovídající dvojici, kterou musel pacient najít (ponožky – čepice, máslo – jogurt, prase – pes), zpočátku se příliš nedařilo, ke konci s logopedovou nápovědou se pacient začal zlepšovat. Následovalo cvičení na rozumění mluvené řeči, konkrétně se jednalo o diskriminaci obrázků. Logoped před pacienta předložil tři obrázky a název jednoho vyslovil, úkolem pacienta určit o jaký obrázek se jedná, pokud identifikoval správně, nahradil logoped obrázek jiným a zbylé dva obrázky zůstaly. Pacient dokázal poznat zhruba polovinu obrázků. Následující cvičení bylo zaměřené na trénink akustické gnoze. Pacientovi byly ve speciálním programu upouštěny obecné neřečové zvuky (tekoucí voda, bučení, zvuk letadla) na obrazovce byly vždy čtyři obrázky a jeho úkolem bylo určit, který z daných obrázků vystihuje slyšený zvuk. V tomto cvičení byl pacient poměrně úspěšný, téměř nechyboval. Dále pak logoped vyslovoval vždy dvojice stejných a různých slov a slabik a pacient měl určit, zdali jsou dané dvojice stejné nebo odlišné. Pacient byl velmi nervózní a cvičení se mu příliš nedařilo. Na závěr terapie zvolil logoped cvičení zaměřené na trénink verbální praxe. Logoped zpíval jednoduché lidové písně, úkolem pacienta bylo zpívat společně s logopedem, využita byla koartikulace, během zpěvu pacient sledoval logopedovi ústa, jež mu poskytovala vizuální zpětnou vazbu, zpěv se nedařil z důvodu neschopnosti vyslovovat.

### **Konečná terapie (terapie aplikovaná ve čtvrtém týdnu léčebného pobytu)**

Logoped zahájil terapii tréninkem rozumění mluvené řeči, konkrétně diskriminací obrázků. Logoped před pacienta předložil trojici obrázků a název jednoho obrázku vyslovil, úkolem pacienta bylo rozpoznat o jaký obrázek se jedná. Po správné identifikaci obrázku logoped nahradil obrázek jiným. Pacient byl úspěšný zhruba ve třech čtvrtinách případů. Následovalo cvičení, které bylo opět zaměřené na diskriminaci, nikoliv obrázků, ale slov. Logoped před pacienta předložil trojici psaných slov a jedno vyslovil, úkolem pacienta bylo určit o jaké slovo se jedná, pokud bylo

správné, nahradil logoped slovo jiným a opět jedno ze tří vyslovil. Pacient byl méně úspěšný než při diskriminaci obrázků. Následoval trénink akustické gnoze, zaměřený na diskriminaci a identifikaci neřečových zvuků. Pacientovi byly ve speciálním programu pouštny neřečové zvuky, na obrazovce byly viditelné čtyři obrázky a úkolem pacienta bylo určit o jaký zvuk se jedná. Úspěšný byl ve většině případů. Následné cvičení bylo zaměřeno na trénink verbální praxe, konkrétně se jednalo o automatické řady, pacient měl za úkol vyslovovat automatické číselné řady, měsíce v roce, roční období a dny v týdnu. Pacient ve většině případech věděl, o co se jedná a co bude následovat, ale slova nedokázal správně vyslovit, pouze část slova, nebo nesprávně artikulované slovo. Následné cvičení bylo zaměřené na chápání sémantických souvislostí mezi objekty, před pacienta byly rozloženy obrázky a úkolem pacienta bylo spojit obrázky, jež k sobě patří. Pacient byl úspěšný ve většině případů. Následoval trénink verbální praxe, logoped jednotlivá slova vyslovoval nejprve sám, poté společně s pacientem, využito bylo koartikulace, pacientovi se příliš nedařilo, pouze u některých slov zazněla správná slabika z požadovaného slova. Na závěr terapie bylo užito globálního čtení. Před pacienta byly předloženy obrázky a slova, úkolem pacienta bylo přiřadit odpovídající slova k obrázkům. Pacient zvládl přiřadit správně většinu.

#### **Výstupní vyšetření – Vyšetření fatických funkcí**

Na základě výstupního vyšetření fatických funkcí byly zjištěny závažné deficity ve všech hodnocených oblastech. Řečová produkce se nachází na minimální úrovni, pacient je schopen vyjmenovat pouze automatické série, a to s dopomocí a parafaticky. Schopnost opakování a pojmenování není zachována. Lexie je mírně zachována pouze na úrovni globálního čtení. Grafie není přítomna. Nejlépe hodnocenou oblastí testu je porozumění mluvenému. Z důvodu absence řečové produkce pacient odpovídal kývnutím hlavy a dá se tedy předpokládat, že se v případě správných odpovědí mohlo jednat o náhodu, neboť z důvodu apraxie nelze považovat kývnutí či zavržení hlavy za důvěryhodné, pacient zaměňoval i tyto pohyby. U pacienta došlo ke zlepšení při fonologické analýze slabik, při akustickém rozpoznávání reálných slov a pseudoslov, rozlišování stejného a odlišného významu slov a porozumění mluvenému slovu na základě rozpoznání obrázku. Grafie není zachována. Lexie je zachována na úrovni globálního čtení, ke zlepšení došlo při výběru z více slovních možností.



PACIENT B-MUŽ					
1. MLUVENÁ PRODUKCE	1.1. Fluence	0/10	5. ČTENÍ	5.1. Čtení písmen, slabik	0/20
	1.2. Informační hodnota	0/5		5.2. Čtení pseudoslov	0/15
	1.3. Gramatika	0/2		5.3. Lexikální posuzování psaných slov a pseudoslov	9/15
	1.4. Automatické série	1/3		5.4. Porozumění čteným slovům	7/15
2. POROZUMĚNÍ MLUVENÉMU	2.1. Fonologická analýza	5/10	5. ČTENÍ	5.5. Čtení nahlas	0/20
	2.2. Lexikální posuzování	7/10		5.6. Porozumění čtenému textu	0/15
	2.3. Porozumění slovům	11/25		6. PSANÍ	6.1. Automatizované formy
2.4. Porozumění větám	2/10	6.2. Opis písmen, slabik, slov	0/5		
3. OPAKOVÁNÍ	3.1. Slovo	0/10	6.3. Opis pseudoslov		0/5
	3.2. Pseudoslov	0/10	6.4. Diktát písmen	0/5	
	3.3. Věta	0/5	6.5. Diktát slov	0/5	
4. POJMENOVÁNÍ	4.1. Konfrontační pojmenování	0/20	6. PSANÍ	6.6. Diktát pseudoslov	0/5
	4.2. Odpovědi na otázky	0/10		6.7. Písemné pojmenování	0/20
				6.8. Popis obrázku	0/20

Tabulka 6 - Výstupní vyšetření - Vyšetření fatických funkcí - pacient B

### Vliv logopedické péče (porovnání vstupního a výstupního hodnocení)

Výsledný efekt logopedické terapie se dá pokládat za pozitivní, neboť u pacienta došlo ke zlepšení v některých oblastech. U pacienta byly analyzovány obtíže především v řečové produkci, ta je na minimální úrovni, pacient je nyní schopný částečně vyjmenovat automatické série, které jsou parafatické, mnohdy se jedná pouze o část slova a s dopomocí, ale je vidět značný pokrok oproti vstupnímu vyšetření, kdy pacientova řečová produkce byla nulová. V oblasti porozumění došlo ke zlepšení při fonologické analýze stejných a různých slabik. Opakování a pojmenování je narušeno, při pojmenování obrázků, je viditelné, že pacient kýve a ví, o co se jedná, ale není schopen výslovnosti. Grafie není zachována. Lexie je zachována na úrovni globálního čtení, pacient je schopný i částečné diskriminace správného slova z několika možností.

### Pacient C

Muž (79) prodělal v dubnu 2012 ischemickou cévní mozkovou příhodu. Do léčebných lázní byl přijat v květnu 2022, již poněkoliáté. Pacient má obtíže především v oblasti kinestetického vnímání nejen artikulačních orgánů, což způsobuje neschopnost provést požadovaný pohyb. Další obtíže se projevují v oblasti fonemického slyšení, pacient má obtíže se správným rozlišením hlásek a slov. Narušena je percepce a produkce řeči. Komunikační záměr vyjadřuje pacient často neverbálně, někdy pomocí neologismů, občasně se podaří sdělit klíčový pojem sdělení. Logopedická terapie byla zaměřena na procvičování kinestetické aferentace, pomocí orálně motorických sekvencí. Dále byla procvičována akustická gnoze, porozumění mluvené řeči, cvičení zaměřené na prostorové vnímání a konstrukční praxi. Procvičováno bylo také globální čtení.

## Vstupní vyšetření – Vyšetření fatických funkcí

Na základě vstupního vyšetření fatických funkcí byly zjištěny závažné deficity ve všech zkoumaných oblastech. Řečová produkce je u pacienta těžce narušena, stejně jako porozumění, opakování a pojmenování, řeč je těžce nonfluentní a projevuje se na úrovni izolovaných slov, která většinou neodpovídají požadované otázce. V oblasti opakování, kde měl pacient za úkol slovně pojmenovat viděný obrázek, často užíval neverbálního vyjádření. Grafie není zachována. Nejlépe hodnocenou oblastí testu je lexie, která je zachována na úrovni globálního čtení, pacient je schopný ve většině případech vybrat správné slovo z izolovaného výběru a přiřadit ho k vhodnému obrázku. Na základě vyšetření vstupním testem a posouzení dominujících obtíží byla pacientovi diagnostikována **globální afázie**.

PACIENT C-MUŽ					
1. MLUVENÁ PRODUKCE	1.1. Fluence	2/10	5. ČTENÍ	5.1. Čtení písmen, slabik	0/20
	1.2. Informační hodnota	1/5		5.2. Čtení pseudoslov	0/15
	1.3. Gramatika	0/2		5.3. Lexikální posuzování psaných slov a pseudoslov	6/15
	1.4. Automatické série	0/3		5.4. Porozumění čteným slovům	10/15
2. POROZUMĚNÍ MLUVENÉMU	2.1. Fonologická analýza	2/10		5.5. Čtení nahlas	0/20
	2.2. Lexikální analýza	2/10		5.6. Porozumění čtenému textu	0/15
	2.3. Porozumění slovům	6/25		6.1. Automatizované formy	0/5
	2.4. porozumění větám	0/10		6.2. Opis písmen, slabik, slov	0/5
3. OPAKOVÁNÍ	3.1. Slovo	0/10		6.3. Opis pseudoslov	0/5
	3.2. Pseudoslov	0/10		6.4. Diktát písmen	0/5
	3.3. Věta	0/5	6.5. Diktát slov	0/5	
4. POJMENOVÁNÍ	4.1. Konfrontační pojmenování	0/20	6.6. Diktát pseudoslov	0/5	
	4.2. Odpovědi na otázky	0/10	6.7. Písemné pojmenování	0/20	
			6.8. Popis obrázku	0/20	
			6. PSANÍ		

Tabulka 7 - Vstupní vyšetření - Vyšetření fatických funkcí - pacient C

### Počáteční terapie (terapie aplikovaní v prvním týdnu léčebného pobytu)

Logoped zahájit terapii tréninkem lexie, ke kterému bylo využito metody globálního čtení. Před pacienta byly předloženy obrázky, ke kterým měl přiřadit vhodné slovo ze tří předložených. Vybrána byla frekventovaná slova. Pacient si vedl velmi dobře, neboť globální čtení je u něj zachováno. Cvičení podpořilo pacientovu motivaci k dalším úkonům. Následně měl pacient za úkol konkrétní obrázku pojmenovat společně s logopedem, k čemuž byla využita koartikulace, pacientovi se tento úkol nedařil. Následovalo cvičení zaměřené na trénink sémantického chápání. Úkolem pacienta bylo spojovat dvě slova, která spolu souvisí (druh povolání a typický symbol – lékař a plášť), pacient si vedl dobře a téměř nikdy nechyboval. Dalším cvičením byl trénink konstrukční praxe, úkolem pacienta bylo vložit dřevěné tvary do správných otvorů, pacient s tvary manipuloval inkompatibilně, vždy dlouze přemýšlel a ani poté, co mu logoped ukázal, kam daný tvar patří, nevěděl, jak ho tam vložit, jednalo se o problém

s mentální rotací. Následné cvičení bylo stále zaměřené na lexii, jednalo se o globální čtení a chápání textu. Před pacienta byl předložen papír s otázkami, u kterých byly vždy tři obrázky, ze kterých měl pacient určit odpověď („Které zvíře má krunýř? „Které zvíře má chobot?“, „Které zvíře nemá skvrny?“), pacient si vedl dobře, dokázal, ukázáním na daný obrázek odpovědět správně na všechny otázky, kromě otázek, kde se vyskytoval zápor, tam chyboval vždy. Na závěr terapie byl zvolen trénink orální praxe, konkrétně se jednalo o nápodobu orofaciálních pohybů, ke kterému bylo využito koartikulace, pacient měl za úkol opakovat konkrétní pohyby, které předváděl logoped (Nafukování tváří, vypláznutí jazyka k jedné straně), pacient toto cvičení nezvládal.

### **Průběžná terapie (terapie aplikovaná ve druhém týdnu léčebného pobytu)**

Logoped zahájil terapii cvičením zaměřeným na trénink konstrukční praxe, před pacienta byly předloženy malé barevné kvádry a předloha, podle které měl sestavit konkrétní obrazec. Pacient často selhával, byla nutná častá dopomoc. Následující cvičení bylo zaměřené na lexii a porozumění textu jednalo se hádanky, před pacienta byla předloženy čtyři krátké nápovědy (Máme ho v ústech., Můžeme ho vypláznout., Používáme ho při jídle a pití.) a jeho úkolem bylo přiřadit správný obrázek ze čtyř variant. Pacient většinou nápověd rozuměl a dokázal vybrat správný obrázek. Následné cvičení bylo zaměřeno na trénink totální komunikace. Logoped před pacienta předložil obrázek zvířete, sám přitom nevěděl, o jaké konkrétní zvíře se jedná a úkolem pacienta bylo dát jakýmkoliv způsobem zvíře najevo. Vyslovit správný název se nepodařilo nikdy, několikrát se podařilo určit zvíře pomocí citoslovce, ale většinu sdělil pacient správně kreslenou formou. Další cvičení cílilo na trénink akustické gnoze, pacientovi byly ve speciálním programu pouštěny neřečové zvuky, na obrazovce byly viditelné čtyři obrázky a pacient měl určit o jaký zvuk se jedná. Pacientovi se nedařilo. Následný úkol byl zaměřen na rozumění mluvené řeči a opět na trénink lexie, konkrétně globálního čtení. Před pacienta byly předloženy kartičky se dny v týdnu, následně ročním obdobím, dále měsíci v roce. Jeho úkolem bylo seřadit kartičky podle posloupnosti. Úkol se dařil úspěšně, pacient chyboval asi pouze ve dvou případech, konkrétně u seřazování měsíců v roce. Následně logoped konkrétní měsíc vyslovil a pacient měl ukázat jeho psanou formu, při tomto cvičení se pacientovi nedařilo, nedokázal najít správný měsíc a po logopedově pomoci ho nezvládl ani přečíst.

### **Konečná terapie (terapie aplikovaná ve čtvrtém týdnu léčebného pobytu)**

Logoped zahájil terapii cvičením zaměřeným na trénink manuální praxe, konstrukční praxe a prostorové orientace, úkolem pacienta bylo sestavit věž z kostek, které na sebe navazovaly podle velikosti a tvaru. Pacientovi se poměrně dařilo, ale pouze s dopomocí

logopeda, často opakoval stejné chyby, neotočil kostku správným směrem i přes logopedovu pozornost. Následovalo cvičení zaměřené na porozumění čtenému textu. Před pacienta byl předložen obrázek, který si měl prohlédnout a poté otázky, které se vztahovaly k obrázku, jež si měl přečíst a odpovědět formou ANO/NE. Toto cvičení pacient zvládl. Dalším úkolem byl trénink slyšenému, rozumění větám a pojmenování. Před pacienta byly předloženy čtyři obrázky, logoped pokládal otázky a úkolem pacienta bylo označit správný obrázek (Kdo žije v moři? Kdo jí banány?), pacientovi se moc nedařilo, a tak logoped využil globálního čtení a dotazované slovo napsal na papír, což pacientovi pomohlo, a dokázal tak označit správný obrázek. Další cvičení bylo zaměřené na trénink orální praxe za pomoci koartikulace. Logoped předváděl jednotlivá cvičení s ústy (mlaskání jazykem, prodloužená fonace hlásky M, A, U,), pacient většinu zvládl, ovšem nepřesně. Následoval trénink manuální praxe. Logoped předváděl jednotlivé pohyby s rukou a pacient je měl zopakovat. Pacientovi pohyby byly velice nepřesné a neodpovídaly předváděným pohybům logopeda. Další cvičení se zaměřovalo na trénink sémantického chápání, konkrétně se jednalo o globální čtení. Úkolem pacienta bylo spojit dvojice, které spolu souvisí (PES – BOUDA, SLEPICE – VEJCE, VČELA – MED), pacient tento úkol zvládl celý.

### Výstupní vyšetření – Vyšetření fatických funkcí

Na základě výstupního vyšetření fatických funkcí byly zjištěny závažné deficity ve všech zkoumaných oblastech. Řečová produkce je u pacienta těžce narušena, stejně jako porozumění řeči, opakování a pojmenování. Řeč je těžce nonfluentní a projevuje se na úrovni izolovaných slov, pacient užívá časté neologismy. V oblasti pojmenování, kde měl pacient za úkol pojmenovat slovně viděný obrázek, vyjadřoval často komunikační záměr neverbálně. Grafie není zachována. Lexie je zachována na úrovni globálního čtení, pacient dokáže téměř vždy vybrat správné slovo z izolovaného množství a přiřadit ho k vhodnému obrázku.

PACIENT C-MUŽ						
1. MLUVENÁ PRODUKCE	1.1. Fluence	2/10	5. ČTENÍ	5.1. Čtení písmen, slabik	0/20	
	1.2. Informační hodnota	1/5		5.2. Čtení pseudoslov	0/15	
	1.3. Gramatika	0/2		5.3. Lexikální posuzování psaných slov a pseudoslov	9/15	
	1.4. Automatické série	0/3		5.4. Porozumění čteným slovům	13/15	
2. POROZUMĚNÍ MLUVENÉMU	2.1. Fonologická analýza	2/10		5.5. Čtení nahlas	0/20	
	2.2. Lexikální posuzování	3/10		5.6. Porozumění čtenému textu	0/15	
	2.3. Porozumění slovům	7/25		6. PSANÍ	6.1. Automatizované formy	0/5
	2.4. porozumění větám	0/10			6.2. Opis písmen, slabik, slov	0/5
3. OPAKOVÁNÍ	3.1. Slovo	0/10			6.3. Opis pseudoslov	0/5
	3.2. Pseudoslov	0/10			6.4. Diktát písmen	0/5
	3.3. Vět	0/5	6.5. Diktát slov		0/5	
4. POJMENOVÁNÍ	4.1. Konfrontační pojmenování	0/20	6.6. Diktát pseudoslov		0/5	
	4.2. Odpovědi na otázky	0/10	6.7. Písemné pojmenování		0/20	
			6.8. Popis obrázku		0/20	

Tabulka 8 - Výstupní - vyšetření - Vyšetření fatických funkcí - pacient C

### **Vliv logopedické terapie (porovnání vstupního a výstupního vyšetření)**

Výsledný efekt logopedické terapie se dá pokládat za pozitivní, neboť u pacienta došlo k mírnému pokroku v oblasti lexie. Řečová produkce je stále na minimální úrovni, pacient je schopný pouze několika izolovaných slov, porozumění, opakování a pojmenování je stále těžce narušeno. Porozumění mluvenému, konkrétně posuzování stejných a odlišných slabik a posuzování reálných slov a pseudoslov je stále na stejné minimální úrovni. Grafie není zachována. Při vyšetření pojmenování, kdy měl pacient za úkol slovně pojmenovat viděný obrázek, došlo k mírnému pokroku, ovšem nikoliv mluvenému. Bylo patrné, že pacient v některých případech ví, o co se jedná a jelikož se nedokázal vyjádřit slovně, snažil se obrázek pojmenovat všemi možnými způsoby, typickými onomatopoií, nebo manuálně naznačil, k jaké činnosti se daný předmět na obrázku používá, tímto způsobem dokázal pojmenovat více obrázků než na počátku. Nejlépe hodnocenou oblastí je lexie, u pacienta došlo ke zlepšení při čteném posuzování reálných slov a pseudoslov a dále také při globálním čtení, u pacienta byla vidět větší jistota a vhodné slovo k obrázku dokázal ve většině případech přiřadit bez většího váhání.

## **Pacient D**

Muž (51) prodělal v prosinci 2021 operaci tumoru mozku. Týden před operací začalo docházet ke zhoršování zdravotního stavu, konkrétně polykání a celkové imobilitě. Při příjmu byl pozitivní na covid – 19. Po prodělané operaci a nemoci covid – 19, došlo k celkovému zhoršení stavu. Pacient prodělal postoperační intrakraniální hemoragii v temporálním pravé oblasti, s diagnostikovanou ischémií mozečku vlevo s dysartrií, dysfagií a dysfonií. Na základě objektivního vyšetření polykacího aktu bylo nařízeno dodržovat bezpečnostní stravovací opatření, která zahrnují zahuštěné tekutiny, aby nedocházelo k zatékání do dýchacích cest a následnému zápalu plic, dále mixované jídlo a vyvarování se suchým potravinám, neboť hrozí riziko zadušení. Z důvodu negativního přístupu pacienta k celkové terapii a opatřením, bylo nutné provádět při každém setkání edukaci ohledně úpravy stravy a důležitosti logopedických terapií. Terapie byla zaměřena na posilování dýchacích svalů, hlasivkového uzávěru, zdvihu hrtanu. Dále na cvičení volního odkašlávání a správnou artikulaci.

### **Vstupní vyšetření – test 3F**

V rámci vyšetření testem 3F byly zjištěny středně těžké deficity ve všech zkoumaných oblastech. Při zkoumání funkčnosti rtů, čelisti a jazyka, je patrný mírný svalový deficit rtů, prováděné pohyby nejsou dostatečně pevné, diadochokineze rtů není přítomna, pohyby čelisti jsou obtížně prováděny, některé nejdou provádět vůbec. Funkčnost jazyka je neporušena a současně nejlépe hodnocenou částí testu. Oblast dýchání je taktéž narušena, výdechový proud je slabý, celková výdrž při prodloužené fonaci hlásek je snížena, pacient se během projevu často nadechuje. Hlas má spastický charakter a je patrná hypernazalita. Prozodické faktory, jež jsou nejhůře hodnocenou oblastí v testu, jsou těžce narušeny, řeč je monotónní, bez správné intonace a užívání důrazu. Artikulace je pouze mírně narušena, problémy se projevují především při artikulaci delších větných celků. Řeč je dysrytmická, obtížněji srozumitelná, působí setřelým dojmem. Na základě vyšetření vstupním testem byla pacientovi diagnostikována **středně těžká dysartrie**.

<b>FACIOKINEZE</b>		<b>FONORESPIRACE</b>		<b>FONETIKA</b>	
<b>1. RTY</b>	<b>5/10</b>	<b>4. RESPIRACE</b>	<b>3/10</b>	<b>7. ARTIKULACE</b>	<b>7/10</b>
1.1 Protruze a retrakce rtů mezi zuby	1/2	4.1 Klidová a prodloužení expirace	0/2	7.1 Přesnost opakování samohlásek	2/2
1.2 Pevnost sevření rtů v klidu	1/2	4.2 Síla výdechového proudu	½	7.2 Přesnost opakování souhlásek	2/2
1.3 Pevnost retního uzávěru při nafouknutých tvářích	2/2	4.3 Výdrž expirace při syčení (sss...)	½	7.3 Přesnost artikulace při čtení TEXT	1/2
1.4 Zaostření koutků do úsměvu	1/2	4.4 Opakování sérií (ss – ss – ss...)	1/2	7.4 Diadochokineze s fonací (p-t-k) (o-e)	½
1.5 Diadochokineze bez fonace	0/2	4.5 Plynulé zesilování a zeslabování sykotu	0/2	7.5 Spontánní řeč	½
<b>2 ČELIST</b>	<b>5/10</b>	<b>5. RESPIRACE PŘI FONACI</b>	<b>5/10</b>	<b>8. PROZODIE</b>	<b>3/10</b>
2.1 Otevření a zavření úst (volné)	2/2	5.1 Výdrž expirace při prodloužené fonaci hlásky m	1/2	8.1 Udržení rytmu v rytmickém celkem TEXT	½
2.2 Otevření a zavření úst proti odporu	2/2	5.2 Výdrž expirace při prodloužené fonaci hlásky ííí	1/2	8.2 Základní větné intonace TEXT	½
2.3 Posouvání mandibuly doprava – doleva	0/2	5.3 Synchronizovanost respirace s fonací fffííí	1/2	8.3 Přemísťování kontrastního důrazu TEXT	0/2
2.4 Kroužení mandibulou do stran	0/2	5.4 Déla výdechové mluvní fráze	1/2	8.4 Intonační variabilita TEXT	0/2
2.5 Kontrakce žvýkacích svalů	1/2	5.5 Mluvní respirace	1/2	8.5 Komplettní prozodické faktory	½
<b>3. JAZYK</b>	<b>10/10</b>	<b>6. FONACE</b>	<b>5/10</b>	<b>9. SROZUMITELNOST</b>	<b>6/10</b>
3.1 Vysunutí jazyka z úst a zasunutí	2/2	6.1 Kvalita hlasu	1/2	9.1 Srozumitelnost předříkávaných slov TEXT	2/2
3.2 Zvednutí špičky jazyka vzhůru a spuštění zpět	2/2	6.2 Rezonance	1/2	9.2 Srozumitelnost předříkávaných vět TEXT	½
3.3 Vysunutí, obrácení špičky jazyka před ústy vzhůru	2/2	6.3 Přiměřená a ovládaná hlasitost	1/2	9.3 Srozumitelnost četby slov TEXT	½
3.4 Přesunutí jazyka z koutku do koutku	2/2	6.4 Přiměřená a ovládaná výška	1/2	9.4 Srozumitelnost četby textu TEXT	½
3.5 Kruhovitě olíznutí horního a spodního rtu	2/2	6.5 Hlasový rozsah	1/2	9.5 Srozumitelnost spontánní mluvy	½

Tabulka 9 - Vstupní vyšetření - test 3F - pacient D

### **Počáteční terapie (terapie aplikovaná v prvním týdnu léčebného pobytu)**

Logoped zahájil terapii dechovým cvičením, jednalo se o syčení na výdrž a vyražení hlásky S vědomým zapojením břišního svalstva a bránice. Pacientovi se cvičení dařilo. Následovalo zadržování dechu, které pacient nebyl schopný vykonat. Následoval nácvik volního odkašlávání, jelikož volní kašel pacienta byl příliš slabý a neefektivní. Logoped prováděl instruktáž autogenní drenáže, pacientovi se tato metoda nedařila, pravděpodobně z kognitivních důvodů, nebyl schopný provést přesný postup úkonů. Následující úkol byl zaměřen na posilování dýchacích svalů, za účelem zlepšení schopnosti volního kašlání, pomocí nádechové a výdechové pomůcky (Threshold), nejprve byl procvičován nádech (Threshold IMT), tři série po deseti nádeších a následně výdech (Threshold PEP), opět tři série po deseti výdeších, odpor byl nastaven individuálně k možnostem pacienta, díky odporu se zvyšovala práce dýchacích svalů. Pacient zvládl pouze několik nádechů a výdechů, neboť cvičení pro něj bylo příliš vysilující. Následujícím cvičením byl trénink Mendelsonova manévru, pomocí kterého bylo provedeno posilování hrtanu. Cvičení se nedařilo. Posledním cvičím byla artikulační cvičení, která byla zaměřena především na výraznou a rytmickou artikulaci

a také jazykolamy. Pacient slovo dokázal slovo vyslovit, ale mumlal, po upozornění došlo ke zlepšení, pacient nemá primární snahu cvičení provádět.

### **Průběžná terapie (terapie aplikovaná ve třetím týdnu léčebného pobytu)**

V úvodu terapie bylo nutné pacienta opakovaně poučit o nutnosti zavedených dysfagiologických opatřeních (rozmělněná strava, zahuštěné tekutiny), jelikož byl velice nespokojený a nechtěl spolupracovat. První cvičení bylo zaměřeno na posilování dýchacích svalů pomocí nádechové a výdechové pomůcky (Threshold), jež pomáhá zvýšit práci dýchacích svalů. Nejprve byl procvičován výdech (Threshold PEP), tři série po deseti výdeších, následovalo procvičování nádechu (Threshold IMT), taktéž tři série po deseti nádeších. Pacient musel mít při cvičení připevněný klip na nose, jelikož bez něj nebyl schopen cvičení vykonat, pacientovi se poměrně dařilo, ale bylo viditelné, že v závěru provádí cvičení s těžkostí, byl poté velmi unavený. Následoval trénink zaměřený na artikulační cvičení, konkrétně na výraznou a rytmickou artikulaci. Pacient neměl motivaci k správnému vykonávání úkolu a jednotlivá slova nevyslovoval přesně, mumlal. Následoval trénink volního odkašlávání, logoped prováděl instruktáž autogenní drenáže, pacientovi se provádění jednotlivých úkonů nedařilo. Dále se jednalo o dechové cvičení, konkrétně se jednalo o syčení na výdrž, vyražení hlásek S a F s vědomým zapojením břišního svalstva a bránice. Následným cvičením byl trénink posilování zdvihu hrtanu, pomocí Mendelsovova manévru. Cvičení se pacientovi nedařilo. V závěru terapie bylo procvičováno posilování hlasivkového uzávěru, pacient zadržel dech a logoped pacientovi tlačil dlaní proti čelu, jeho úkolem bylo překonat odpor, jenž má za cíl zesilovat stah (glottický uzávěr) hlasivek, toto cvičení pacient nezvládal.

### **Konečná terapie (terapie aplikovaná v šestém týdnu léčebného pobytu)**

V úvodu terapie bylo pacienta opět nutné poučit o nutnosti zavedených dysfagiologických opatřeních. Pacient byl velmi nespokojený a celkově nepříjemný a stále plně nechápal, proč tato opatření musí dodržovat. Logoped zahájil terapii cvičením, které bylo zaměřeno na posilování dýchacích svalů pomocí nádechové a výdechové pomůcky (Threshold). V první části byl procvičován výdech (Threshold PEP), tři série po deseti výdeších, nastaveny s adekvátním odporem pro potřeby pacienta. Následoval trénink nádechu (Threshold IMT), taktéž tři série po deseti nádeších. Posledním cvičením z této oblasti bylo procvičování nádechu a výdechu konsektivně, pomocí pomůcky Breather, opět tři série po deseti nádeších a výdeších. Pacient musel mít na nose připevněný klip, jelikož bez něj nebyl cvičení schopný provést. Cvičení zvládal, ale s velkou unavitelností. Následovalo cvičení zaměřené na



posilování čelisti pomocí kousací pomůcky (grabber). Pacient měl za úkol vykonat tři série po pěti opakování. Cvičení se příliš nedařilo, neboť pacientova čelist byla velmi slabá. Následoval trénink volního odkašlávání formou autogenní drenáže, logoped předváděl pacientovi, jak správně učinit, pacientovi se nedařilo. Další cvičení bylo zaměřené na artikulační cvičení, konkrétně se jednalo o jazykolamy. Úkolem bylo vyslovovat slova s přesností. Pacientovi se cvičení příliš nechtělo, nevyslovoval správně, mumlal, ale po upozornění došlo ke zlepšení, celkově to toto cvičení zvládal. Dále byla provedena kontrolní zkouška polykání, konkrétně tekutin, zahuštěného a tuhého jídla. U polykání tekutiny, kterou představovala voda pacient kašlal, u zahuštěné tekutiny polkl bez známek aspirace (nekašlal), hlas byl čistý, u polykání tuhého jídla, kterým byl rohlík, žvýkal lépe a déle (žvýkl 5 x), než zpočátku (žvýkl 2 – 3 x), při nástupu na léčebný pobyt, přesto logoped nepovažoval jídlo za dostatečně rozžvýkané.

### **Výstupní vyšetření – test 3F**

V rámci vyšetření testem 3F byly zjištěny středně těžké deficity ve všech zkoumaných oblastech. Při zkoumání funkčnosti rtů, čelisti a jazyka, je patrný mírný svalový deficit rtů, prováděné pohyby jsou nedostatečné, některé nejsou přítomny vůbec, diadochokineze rtů bez fonace není přítomna. Pohyby čelisti jsou prováděny s mírnou obtíží. Funkčnost jazyka je na dobré úrovni, obtíže pouze v nepřesnosti provedení pohybů, při složitějších úkonech. Oblast dýchání je taktéž narušena, výdechový proud je slabý, celková výdrž při prodloužené fonaci hlásek je snížena. Pacient se častokrát nadechuje. Hlas má spastický charakter. Patrna je hypernazalita. Prozodické faktory představují nejhůře narušenou oblast testu. Řeč je monotónní, bez správné intonace a užívání důrazu. Artikulace je narušena, větší obtíže činí především artikulace delších větných celků. Řeč je dysrytmická, setřelá a obtížněji srozumitelná.

<b>FACIOKINEZE</b>		<b>FONORESPIRACE</b>		<b>FONETIKA</b>	
<b>1. RTY</b>	<b>7/10</b>	<b>4. RESPIRACE</b>	<b>3/10</b>	<b>7. ARTIKULACE</b>	<b>7/10</b>
1.1 Protruze a retrakce rtů mezi zuby	2/2	4.1 Klidová a prodloužení expirace	0/2	7.1 Přesnost opakování samohlásek	2/2
1.2 Pevnost sevření rtů v klidu	2/2	4.2 Síla výdechového proudu	1/2	7.2 Přesnost opakování souhlásek	2/2
1.3 Pevnost retního uzávěru při nafouknutých tvářích	2/2	4.3 Výdrž expirace při syčení (sss...)	1/2	7.3 Přesnost artikulace při čtení TEXT	1/2
1.4 Zaostření koutků do úsměvu	½	4.4 Opakování sérií (ss – ss – ss...)	1/2	7.4 Diadochokineze s fonací (p-t-k) (o-e)	½
1.5 Diadochokineze bez fonace	0/2	4.5 Plynulé zesilování a zeslabování sykotu	0/2	7.5 Spontánní řeč	½
<b>2. ČELIST</b>	<b>7/10</b>	<b>5. RESPIRACE PŘI FONACI</b>	<b>5/10</b>	<b>8. PROZODIE</b>	<b>3/10</b>
2.1 Otevření a zavření úst (volné)	2/2	5.1 Výdrž expirace při prodloužené fonaci hlásky m	1/2	8.1 Udržení rytmu v rytmickém celkem TEXT	½
2.2 Otevření a zavření úst proti odporu	2/2	5.2 Výdrž expirace při prodloužené fonaci hlásky ííí	1/2	8.2 Základní větné intonace TEXT	½
2.3 Posouvání mandibuly doprava – doleva	½	5.3 Synchronizovanost respirace s fonací fffííí	1/2	8.3 Přemísťování kontrastního důrazu TEXT	0/2
2.4 Kroužení mandibulou do stran	1/2	5.4 Déla výdechové mluvní fráze	1/2	8.4 Intonační variabilita TEXT	0/2
2.5 Kontrakce žvýkacích svalů	½	5.5 Mluvní respirace	1/2	8.5 Kompletní prozodické faktory	½
<b>3. JAZYK</b>	<b>10/10</b>	<b>6. FONACE</b>	<b>5/10</b>	<b>9. SROZUMITELNOST</b>	<b>6/10</b>
3.1 Vysunutí jazyka z úst a zasunutí	2/2	6.1 Kvalita hlasu	1/2	9.1 Srozumitelnost předřikávaných slov TEXT	2/2
3.2 Zvednutí špičky jazyka vzhůru a spuštění zpět	2/2	6.2 Rezonance	1/2	9.2 Srozumitelnost předřikávaných vět TEXT	1/2
3.3 Vysunutí, obrácení špičky jazyka před ústy vzhůru	2/2	6.3 Přiměřená a ovládaná hlasitost	1/2	9.3 Srozumitelnost četby slov TEXT	1/2
3.4 Přesunutí jazyka z koutku do koutku	2/2	6.4 Přiměřená a ovládaná výška	1/2	9.4 Srozumitelnost četby textu TEXT	1/2
3.5 Kruhovitě olíznutí horního a spodního rtu	2/2	6.5 Hlasový rozsah	1/2	9.5 Srozumitelnost spontánní mluvy	1/2

Tabulka 10 - Výstupní vyšetření - test 3F - pacient D

### **Vliv logopedické terapie (porovnání vstupního a výstupního hodnocení)**

Výsledný efekt logopedické terapie lze pokládat za pozitivní, neboť u pacienta došlo k mírnému zlepšení v oblasti faciokineze, konkrétně k mírnému zesílení mluvidel. Funkčnost jazyka je stále na stejné úrovni. Oblast dýchání je nezměněna, výdechový proud je slabý a je stále patrná hypernazalita. Řeč je stále monotónní, dysrytmická se stereotypní melodií, intonace je nesprávná. Artikulace je stále stejně mírně narušena, problémy jsou patrné především při artikulaci delších větných celků, pacient slova spíše mumlá, což zhoršuje srozumitelnost celkového projevu.

## Shrnutí výsledků

Pacient	Vstupní hodnocení VFF	Výstupní hodnocení VFF	Vstupní hodnocení testu 3F	Výstupní hodnocení testu 3F
A	227 bodů z celkového počtu 300 bodů	257 bodů z celkového počtu 300 bodů	77 bodů z celkového počtu 90 bodů	81 bodů z celkového počtu 90 bodů
B	19 bodů z celkového počtu 300 bodů	41 bodů z celkového počtu 300 bodů	X	X
C	29 bodů z celkového počtu 300 bodů	37 bodů z celkového počtu 300 bodů	X	X
D	X	X	49 bodů z celkového počtu 90 bodů	53 bodů z celkového počtu 90 bodů

Tabulka 11 - Shrnutí výsledků z vyšetření

## 5.5 Zhodnocení naplnění cílů praktické části bakalářské práce a diskuse

Výzkumné šetření této bakalářské práce bylo provedeno pomocí kvalitativně orientovaného výzkumu v období od března do června roku 2022. Hlavním cílem bakalářské práce bylo zjistit a popsat, jakým způsobem probíhá logopedická péče o jedince s afázií a dysartrií a jejich následný pokrok v komunikaci za stanovené období pomocí logopedických diagnostických testů. Lze konstatovat, že hlavní cíl praktické části bakalářské práce byl splněn. V návaznosti na hlavní cíl byly vytvořeny tři dílčí cíle.

**DC1: Zjistit počáteční stav komunikačních kompetencí pacienta pomocí diagnostického testu. Tento cíl byl splněn.**

Počáteční stav komunikačních kompetencí pacienta byl zjišťován pomocí logopedického diagnostického testu, za účelem objektivnosti výsledků a kvantifikaci výzkumu. U některých pacientů byla diagnostika prováděna ve více sezeních, z důvodu individuálních obtíží pacienta. Tento názor uvádí i Lechta (in Cséfalvay, Lechta a kol., 2013), který tvrdí, že během diagnostiky je důležité počítat s individuálními obtížemi, typickými pro věk nebo poruchu. U každého pacienta je uvedena tabulka, která obsahuje výsledky z vyšetření v oblasti dané poruchy. Ze závěru vstupního vyšetření je patrné, že každý pacient dosáhl jiných výsledků, což bylo způsobeno především odlišným druhem afázie a dysartrie.

**DC2: Zjistit a popsat jakým způsobem probíhala logopedická terapie. Tento cíl byl splněn.**

V rámci plnění praktické části bakalářské práce jsem byla přítomna jako pozorovatel při individuálních terapiích u vybraných pacientů po dobu jejich léčebného pobytu. Během terapií jsem si vytvářela vlastní poznámky, ze kterých jsem následně vybrala tři konkrétní terapie, a to terapii na počátku, v průběhu a na konci léčebného pobytu pacientů, které jsem detailně popsala. Logopedická terapie u zkoumaných pacientů byla vytvořena na základě podrobné diagnostiky a individuálních potřeb pacienta, což koresponduje s názorem Neubauera (in Škodová, Jedlička a kol. 2003), který tvrdí, že ke zvolení vhodného terapeutického plánu je zapotřebí podrobného vyšetření. Dále uvádí, že právě zvolení individuálního programu, zaměřeného na specifické obtíže u pacienta s dysartrií, predikuje pozitivní výsledek v terapii. Stejně tak terapie afázie představuje podle Vitáskové a Mlčákové (2013) individuální záležitost. Úspěšnost při plnění jednotlivých úkolů byla ovlivněna především časovým odstupem jednotlivých terapií a v neposlední řadě celkovou náladou a motivovaností pacientů k provádění těchto činností, kterou budoval logoped svým pozitivním přístupem. Motivování a připomínání důležitosti terapie uvádí jako důležitou součást terapie také Neubauer (in Škodová, Jedlička a kol. 2003)

**DC3: Zhodnotit pokrok v komunikaci u pacientů za stanovené období na základě diagnostických testů.**

Pokrok v komunikačních kompetencích u pacientů byl zjišťován pomocí logopedických diagnostických testů, za účelem objektivnosti výsledků a kvantifikaci výzkumu za stanoveném časovém období. U každého pacienta je uvedena tabulka s výsledky z vyšetření. Z výsledků výstupních hodnocení vyplývá, že logopedickou terapii lze označit za pozitivní, neboť u všech vybraných pacientů došlo ke zlepšení, i když se jednalo pouze o mírné pokroky. Stejně tak Lechta (2005) považuje za jeden z cílů logopedické intervence eliminaci, zmírnění či alespoň překonání narušené komunikační schopnosti. Úspěšnost výstupních výsledků byla ovlivněna především závažností dané komunikační poruchy, délkou pobytu a dále množstvím terapií aplikovaných v jednom týdnu.

## **Závěr**

Bakalářská práce se zabývá logopedickou péčí o jedince s afázií a dysartrií. Práce je rozdělena do pěti kapitol, které se člení na teoretickou a praktickou část.

Teoretická část zaujímá první čtyři kapitoly. První dvě kapitoly jsou věnovány konkrétním typům narušené komunikační schopnosti, afázií a dysartrií, jejich definičnímu vymezení, etiologii a symptomatologii. Zmíněna je dále klasifikace a diagnostika daných poruch. Třetí kapitola je věnována nejčastější příčině těchto poruch, a to cévní mozkové příhodě, zaměřuje se na definiční vymezení, klasifikaci a rizikové faktory vzniku. Poslední kapitola teoretické části pojednává o logopedické péči o jedince s afázií a dysartrií. Konkrétně se zaměřuje na specifika logopedické péče o dospělé osoby a dále uvádí specifika logopedické péče o tyto osoby.

Praktické části je věnována poslední, pátá kapitola, která popisuje realizaci logopedické péče u vybraných pacientů. U každého pacienta jsou uvedeny výsledky ze vstupních logopedických diagnostických testů, popsána konkrétní logopedická terapie na počátku, v průběhu a na konci léčebného pobytu. Dále jsou uvedeny výsledky z výstupních logopedických diagnostických testů. Smyslem je ověřit vliv aplikovaných logopedických postupů a zhodnotit pokrok v komunikačních schopnostech pacienta na základě logopedických diagnostických testů.

Proces realizace praktické části mé práce byl komplikován čekáním na hospitalizaci vhodných pacientů k mému výzkumu, přesto hodnotím zkušenost s realizací za pozitivní, neboť se mi podařilo naplnit všechny cíle výzkumu a získat nové poznatky z terapie afázie a dysartrie.

Přínos práce spatřuji v poukázání na problematiku a důležitost logopedické péče o jedince s afázií a dysartrií, jakožto nejčastějšího důsledku cévní mozkové příhody. Z výsledků výzkumu je patrné, že logopedická péče o jedince s afázií a dysartrií je nezbytná, neboť u všech vybraných pacientů došlo díky dlouhodobé, pravidelné a motivací podpořené péči ke zlepšení. Veškeré poznatky, které vyplynuly z výzkumného šetření se shodují s názory odborníků.

Práce se by se dala dále rozšířit o podrobnější a četnější popis jednotlivých terapií.

## **Seznam tabulek**

Tabulka 1 - Vstupní vyšetření - Vyšetření fatických funkcí - pacient A.....	30
Tabulka 2 - Vstupní vyšetření - test 3F - pacient A.....	32
Tabulka 3 - Výstupní vyšetření - Vyšetření fatických funkcí - pacient A.....	35
Tabulka 4 - Výstupní vyšetření - test 3F - pacient A.....	36
Tabulka 5 - Vstupní vyšetření - Vyšetření fatických funkcí - pacient B .....	38
Tabulka 6 - Výstupní vyšetření - Vyšetření fatických funkcí - pacient B .....	41
Tabulka 7 - Vstupní vyšetření - Vyšetření fatických funkcí - pacient C .....	42
Tabulka 8 - Výstupní - vyšetření - Vyšetření fatických funkcí - pacient C.....	44
Tabulka 9 - Vstupní vyšetření - test 3F - pacient D.....	47
Tabulka 10 - Výstupní vyšetření - test 3F - pacient D.....	50
Tabulka 11 - Shrnutí výsledků z vyšetření .....	51

## Seznam použité literatury

- AMBLER, Zdeněk. *Neurologie pro studenty lékařské fakulty*. 5. Praha: Karolinum, 2004. ISBN 80-246-0894-4.
- CSÉFALVAY, Zsolt a kol. *Terapie afázie*. 1. Praha: Portál, 2007. ISBN 978-80-7367-316-1.
- CSÉFALVAY, Zsolt a Viktor LECHTA a kol. *Diagnostika narušené komunikační schopnosti u dospělých*. 1. Praha: Portál, 2013. ISBN 978-80-262-0364-3.
- FEIGIN, Valery. *Cévní mozková příhoda*. 1. Praha: Galén, 2007. ISBN 978-80-7262-428-7.
- GAVORA, Peter. *Úvod do pedagogického výzkumu*. 2. Brno: Paido, 2010. ISBN 978-80-7315-185-0.
- HENDL, Jan. *Kvalitativní výzkum: základní metody a aplikace*. 1. Praha: Portál, 2005. ISBN 80-7367-040-2.
- HERZIG, Roman. *Ischemické cévní mozkové příhody*. 2. Praha: Maxdorf, 2014. ISBN 978-80-7345-373-2.
- KALINA, Miroslav a kol. *Cévní mozková příhoda v medicínské praxi*. 1. Praha: TRITON, 2008. ISBN 978-80-7387-107-9.
- KALVACH, Pavel a kol. *Mozkové ischemie a hemoragie*. 3. Praha: Grada Publishing, 2010. ISBN 978-80-247-2765-3.
- KEJKLÍČKOVÁ, Ilona. *Logopedie v ošetrovatelské praxi*. 1. Praha: Grada Publishing, 2011. ISBN 978-80-247-2835-3.
- KLENKOVÁ, Jiřina a kol. *Terapie v logopedii*. 1. Brno: Masarykova univerzita, 2007. ISBN 978-80-210-4463-0.
- KLENKOVÁ, Jiřina. *Logopedie*. 1. Praha: Grada Publishing, 2006. ISBN 978-80-247-1110-2.
- LECHTA, Viktor a kol. *Terapie narušené komunikační schopnosti*. 1. Praha: Portál, 2005. ISBN 80-7178-961-5.
- LOVE, Russell J. a Wanda G. WEBB. *Mozek a řeč: neurologie nejen pro logopedy*. Praha: Portál, 2009. ISBN 978-807367-464-9.
- NEUBAUER, Karel a kol. *Kompendium klinické logopedie*. 1. Praha: Portál, 2018. ISBN 978-80-262-1390-1.

NEUBAUER, Karel a kol. *Neurogenní poruchy komunikace u dospělých*. 1. Praha: Portál, 2007. ISBN 978-80-7367-159-4.

OBEREIGNERŮ, Radko. *Afázie a přidružené poruchy symbolických funkcí*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2013. ISBN 978-80-244-3737-8.

ORSZÁGH, Jan a Svatopluk KÁŠ. *Cévní příhody mozkové*. 3. Praha: BRÁNA, 1995. ISBN 80-901783-8-3.

SEIDL, Zdeněk a Jiří OBENBERGER. *Neurologie pro studium i praxi*. 1. Praha: Grada Publishing, 2004. ISBN 80-247-0623-7.

ŠECLOVÁ, Simona. *Rehabilitace po cévní mozkové příhodě*. 1. Praha: Grada Publishing, 2004. ISBN 80-247-0592-3.

ŠKODOVÁ, Eva a Ivan JEDLIČKA a kol. *Klinická logopedie*. 1. Praha: Portál, 2003. ISBN 80-7178-546-6.

VITÁSKOVÁ, Kateřina a Renata MLCÁKOVÁ. *Základní vstup do problematiky získaných fatických poruch a problematiky dysartrie*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2013. ISBN 978-80-244-3744-6.

## **Seznam internetových zdrojů**

5. Testové metody. 100 L. Krejčová. *DOCPLAYER* [online]. [cit. 2022-06-19]. Dostupné z: <https://docplayer.cz/23946977-5-testove-metody-100-l-krejцова.html>



# Přílohy

## Příloha č. 1: Záznamový arch – Vyšetření fatických funkcí

© Zuzana Čouňáková, Milena Kotělková, Marta Klimečková

### VYŠETŘENÍ FATICKÝCH FUNKCÍ – R

Záznamový list

<b>ANAMNESTICKÁ DATA</b>		Bydliště	ZP
Pacient jméno příjmení, titul		Rodina, kontakt	
Konverzační partner, kontakt		Povolání dříve	rymí
Rodné číslo	Vzdělání ZV SS VŠ		
Další údaje: pravák levák ambíolexie		Stav kognitivních funkcí a před vznikem onemocnění	
Jazyk mateřský - ČJ		Ušlech	
Zrak	bryle při čtení nutná ano ne	Poznámky	
Sluch	sluchadlo nutné ano ne		

**ILHYNĚJŠÍ ONEMOCNĚNÍ, CELKOVÝ ZDRAVOTNÍ STAV**  
Základní onemocnění:

Jiné diagnózy:

Závěry a data dalších vyšetření (CT, UTZV, MR, psychologická, psychiatrická...)

Poznámky:

Hybnost: hemiparéza hemiplegie PHK LHK Schopen psát: PHK LHK

Schopen chůze: samostatně s dopomocí noschopen chůze

Apraxie: Agnózie: Hemianózie: Neglect:

VYŠETŘENÍ FATICKÝCH FUNKCÍ (VFF - R)		datum I.	datum II.
Přehled kvantifikace výměny	MAX		
<b>CELKOVÉ SKÓRE</b>	<b>300</b>		
<b>1. Mluvená produkce CELKEM</b>	<b>20</b>		
1.1. Fluence	10		
1.2. Informační hodnota	5		
1.3. Gramatika	2		
1.4. Automatické slovo	3		
<b>2. Porozumění mluvenému CELKEM</b>	<b>55</b>		
2.1. Fonetická analýza	10		
2.2. Lexikální posuzování	10		
2.3. Porozumění slovům	25		
2.4. Porozumění větám	10		
<b>3. Opakování CELKEM</b>	<b>25</b>		
3.1. Slovo	10		
3.2. Pseudoslov	10		
3.3. Věta	5		
<b>4. Pojmenování CELKEM</b>	<b>30</b>		
4.1. Konfrontační pojmenování	20		
4.2. Odpovědi na otázky	10		
<b>5. Čtení CELKEM</b>	<b>100</b>		
5.1. Čtení písmen, slabik	20		
5.2. Čtení pseudoslov	15		
5.3. Lexikální posuzování psaných slov a pseudoslov	15		
5.4. Porozumění význam slovům	15		
5.5. Čtení nahlas	20		
5.6. Porozumění čtenému textu	15		
<b>6. Psaní CELKEM</b>	<b>70</b>		
6.1. Automatizované formy	5		
6.2. Opis písmen, slabik slov	5		
6.3. Opis pseudoslov	5		
6.4. Diktát písmen	5		
6.5. Diktát slov	5		
6.6. Diktát pseudoslov	5		
6.7. Právní pojmenování	20		
6.8. Popis obrázku	20		
<b>Počet produkováných slov</b>			
Počet mluvených slov při popisu obrázku	1 minuta		
Počet napsaných slov při popisu obrázku	2 minuty		
<b>Poznámky</b>			

<b>1. Mluvená produkce / Celkem</b>	20		
1.1. Fluence	0-10		
1.1.1. Fluence	0-10		
1.1.2. Informační hodnota	0-5		
1.3. Gramatika	0-2		
1.3.1. Časné a gramatické	0-1		
1.3.2. Ojedinelé agramatické	1		
1.3.3. Agramatické nepřetomny	2		
1.4. Automatické série	0-3		
1.4.1. nazvívání	0		
1.4.2. číselné	1		
1.4.3. zviádá s dopomocí	2		
1.4.4. zviádá samostatně	3		
<b>2. Porozumění mluvenému / Celkem</b>	55		
2.1. Fonetická analýza	10		
2.1.1. Fonetická analýza	10		
2.2. Lexikální posuzování	10		
2.2.1. Lexikální posuzování	10		
2.3. Porozumění slovům	25		
2.3.1. Porozumění slovům	25		
2.4. Porozumění větám	10		

<b>3. Opakování / Celkem</b>	25		
3.1. Opakování slov	10		
3.1.1. Opakování slov	10		
3.2. Opakování pseudoslov	10		
3.2.1. Opakování pseudoslov	10		
3.3. Opakování vět	5		
3.3.1. Opakování vět	5		
<b>4. Pojmenování / Celkem</b>	30		
4.1. Konfrontační pojmenování	20		
4.1.1. Konfrontační pojmenování	20		
4.2. Odpovědi na otázky	10		
4.2.1. Odpovědi na otázky	10		

5. Čtení / Celkem				100
5.1. Čtení písmen a slabik				20
Přečtěte tato písmena (slabiky) nahlas!				
K	l	N	mo	
V	g	P	SE	
B	z	I	PA	
CH	o	I	gu	
L	d	A	ZI	
5.2. Čtení pseudoslov				15
Zkusíte přečíst tato slova, která jsou vymyšlená a neexistují? Čtěte je přesně tak, jak jsou napsána.				
bráz	FATERNICKÝ	OGO		
ledovina	SOPRALT	kozlema		
propagace	#fabalka	STEBOLT		
iskonoš	SEKOČTVEREC	letemice		
solakol	UHDEL	KESUVAJ		
5.3. Lexikální posuzování psaných slov a pseudoslov				15
Podívejte se na tato slova. Některá jsou vymyšlená. Řekněte mi, které slovo je skutečné (ano) a které je vymyšlené (ne).				
telefon	kabelka	mlčoba		
žárálka	duca	feka		
rak	tulpán	voberec		
akosí	dřeven	arostik		
atlas	oblast	dovoleno		
5.4. Porozumění čteným slovům				15
Podívejte se na obrázky! Ukažte mi slovo, které vyjadřuje tento obrázek! Čtěte slova v duchu bez artikule!				
ryba	Mobouk	umyvadlo		
klů	boty	kladivo		
lojčadlo	kolo	chobotnice		
ovoco	zmrzlina	lakonosyba		
banán	brýle	peněženka		
5.5. Čtení nahlas				20
Přečtěte tato slova nahlas!				
dub	OBRATLE	chlád	NARADÍ	
zářka	UMENÍ	západ	BOHATSTVÍ	
chata	AKVARIUM	novina	CLONA	
doposavad	ZČERVENAT	matematika	MENTALITA	
voňavka	HAJ	lakomec	ROPUCHA	
5.6. Porozumění čtenému textu				15
Přečtěte si pečlivě tento text.				
Přečtěte otázky a zkuste na ně odpovědět!				
1. Co dostala Petra k narozeninám?				
2. Byli Petra v rodinném domku?				
3. Co musí Petra každé ráno udělat?				
4. S kým se seznámila na své každodenní procházce?				
5. Kdy chodí Petra s Barbarou venčit své psy?				

5. Čtení / Celkem				100
5.1. Čtení písmen a slabik				20
Přečtěte tato písmena (slabiky) nahlas!				
K	l	N	mo	
V	g	P	SE	
B	z	I	PA	
CH	o	I	gu	
L	d	A	ZI	
5.2. Čtení pseudoslov				15
Zkusíte přečíst tato slova, která jsou vymyšlená a neexistují? Čtěte je přesně tak, jak jsou napsána.				
bráz	PATERNICKÝ	OGO		
ledovina	SOPRALT	kozlema		
propagace	#fabalka	STEBOLT		
iskonoš	SEKOČTVEREC	letemice		
solakol	UHDEL	KESUVAJ		
5.3. Lexikální posuzování psaných slov a pseudoslov				15
Podívejte se na tato slova. Některá jsou vymyšlená. Řekněte mi, které slovo je skutečné (ano) a které je vymyšlené (ne).				
telefon	kabelka	mlčoba		
žárálka	duca	feka		
rak	tulpán	voberec		
akosí	dřeven	arostik		
atlas	oblast	dovoleno		
5.4. Porozumění čteným slovům				15
Podívejte se na obrázky! Ukažte mi slovo, které vyjadřuje tento obrázek! Čtěte slova v duchu bez artikule!				
ryba	Mobouk	umyvadlo		
klů	boty	kladivo		
lojčadlo	kolo	chobotnice		
ovoco	zmrzlina	lakonosyba		
banán	brýle	peněženka		
5.5. Čtení nahlas				20
Přečtěte tato slova nahlas!				
dub	OBRATLE	chlád	NARADÍ	
zářka	UMENÍ	západ	BOHATSTVÍ	
chata	AKVARIUM	novina	CLONA	
doposavad	ZČERVENAT	matematika	MENTALITA	
voňavka	HAJ	lakomec	ROPUCHA	
5.6. Porozumění čtenému textu				15
Přečtěte si pečlivě tento text.				
Přečtěte otázky a zkuste na ně odpovědět!				
1. Co dostala Petra k narozeninám?				
2. Byli Petra v rodinném domku?				
3. Co musí Petra každé ráno udělat?				
4. S kým se seznámila na své každodenní procházce?				
5. Kdy chodí Petra s Barbarou venčit své psy?				

PRÍLOHA (PSANI)

6.1.

6.2.

6.3.

6.4.

6.5.

6.6.

6.7.

6.8.

## Příloha č. 2: Záznamový arch – Test 3F (Dysartrická profil)

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

DYSARTRICKÝ PROFIL TEST 3F		Nynější onemocnění	
Slav před nynějším onemocněním Slav kognitivních, jazykových, řečových funkcí Sluch + Zrak brýle na čtení		Poznámky	
Jméno pacienta		Orientační předtestové vyšetření	
		Alfáze ano ne	
		orální nebo verbální apraxie ano ne	
		jiná porucha řeči ano ne	
Rodné číslo	Vyšetřil	chrup: neúplný/úplný	jazykové fascikulace, fibrilace: ano ne
			jazyková atrofie: ano ne
Datum vzniku poruchy	Datum vyšetření I. a II. vyšetření:	jazyk plazí: neplazí vůbec, uchyluje ke straně, ve středu	tvář symetrická v klidu: ano ne
			tvář symetrická v pohybu: ano ne
Dysartrický index I. a II. vyšetření: 0-17 velmi těžká dysartrie - anartrie 17-35 těžká dysartrie 36-55 středně těžká dysartrie 57-73 lehká dysartrie 74-85 velmi lehká dysartrie 86-90 bez poruchy		přijímá píňé jídlo jakékoli konzistence orálně: ano ne	
		obtěže při příjmu tekutin: často občas ne	
		obtěže při příjmu tuhé stravy: často občas ne	
		kontrakce veta při opakované prodloužené fonaci hlásky (a): vydatné, snižené, jednostranné, nejsou	
		dávivý reflex: nevýbavný, snižený, zvýšený, přiměřený	
FACIOKINEZE (maximum 30)		FONORESPIRACE (maximum 30)	
1. Rty (maximum 10)		4. Respirace (maximum 10)	
1.1 Protruze a retrakce rtů mezi zuby		4.1 Klidová prodloužená expirace	
1.2 Pevnost sevření rtů v klidu		4.2 Síla výdechového proudu	
1.3 Pevnost sevření rtů při naukounutých tvářích		4.3 Výdrž expirace při syčení (ssa...)	
1.4 Zapoštění koutků do úsměvu		4.4 Opakování sérií (ss-ss-ss...)	
1.5 Dřáčkochůze bez fonace		4.5 Plynulé zesilování a zeslabování sykotu	
2. Čelist (maximum 10)		5. Respirace při fonaci (maximum 10)	
2.1 Otevření a zavření úst (volně)		5.1 Výdrž expirace při prodloužené fonaci hlásky m	
2.2 Otevření a zavření úst proti odporu		5.2 Výdrž expirace při prodloužené fonaci hlásky lll	
2.3 Posouvání mandibuly doprava – doleva		5.3 Synchronizovanost respirace s fonací ffflll	
2.4 Kroužení mandibulou do stran		5.4 Délka výdechové mluvní fráze	
2.5 Kontrakce žvýkačích svalů		5.5 Mluvní respirace	
3. Jazyk (maximum 10)		6. Fonace (maximum 10)	
3.1 Vysunutí jazyka z úst a zasunutí		6.1 Kvalita hlasu	
3.2 Zvednutí špičky jazyka vzhůru a spuštění zpět		6.2 Rezonance	
3.3 Vysunutí, obrácení špičky jazyka před ústy vzhůru		6.3 Přiměřená a ovládaná hlasitost	
3.4 Přesunutí jazyka z koutku do koutku		6.4 Přiměřená a ovládaná výška	
3.5 Kruhově oliznutí horního a spodního rtu		6.5 Hlasový rozsah	
		7. Artikulace (maximum 10)	
		7.1 Přesnost opakování samohlásek	
		7.2 Přesnost opakování souhlásek	
		7.3 Přesnost artikulace při čtení TEXT	
		7.4 Dřáčkochůze s fonací (p-t-k) (o-e)	
		7.5 Spontánní řeč	
		8. Prozodie (maximum 10)	
		8.1 Udržení rytmu v rytmickém celku TEXT	
		8.2 Základní větivé intonace TEXT	
		8.3 Přemísťování kontrastního důrazu TEXT	
		8.4 Intonační variabilita TEXT	
		8.5 Komplexní prozodické faktory	
		9. Srozumitelnost (maximum 10)	
		9.1 Srozumitelnost předřkávaných slov TEXT	
		9.2 Srozumitelnost předřkávaných vět TEXT	
		9.3 Srozumitelnost četby slov TEXT	
		9.4 Srozumitelnost četby textu TEXT	
		9.5 Srozumitelnost sportánní mluvy	