

Univerzita Palackého v Olomouci

Filozofická fakulta

Katedra psychologie

SEBEPOJETÍ DĚTÍ S VÝVOJOVOU DYSFÁZÍ

THE SELF-CONCEPT OF CHILDREN WITH DEVELOPMENTAL
LANGUAGE DISORDER



Bakalářská diplomová práce

Autor: **Mgr. Anna Holá**

Vedoucí práce: **doc. PhDr. Mgr. Roman Procházka, Ph.D.**

Olomouc 2022

Poděkování

Své poděkování bych ráda na tomto místě vyjádřila vedoucímu práce doc. PhDr. Mgr. Romanu Procházkovi, Ph.D. za odborné, vstřícné vedení a cenné připomínky. Děkuji celé své rodině za podporu, motivaci a vloženou důvěru během celého mého studia. Poděkování patří i všem institucím, kolegyním a rodičům, kteří svolili k realizaci výzkumu a dali tak příležitost ke vzniku této práce.

Prohlášení

Místopřísežně prohlašuji, že jsem bakalářskou diplomovou práci na téma: „*Sebepojetí dětí s vývojovou dysfázií*“ vypracovala samostatně pod odborným dohledem vedoucího diplomové práce a uvedla jsem všechny použité podklady a literaturu.

V Olomouci dne 25. 3. 2022

Podpis

OBSAH

Číslo	Kapitola	Strana
	ÚVOD.....	5
	I TEORETICKÁ ČÁST	6
1	PORUCHY ŘEČOVÉ KOMUNIKACE U DĚTÍ – VÝVOJOVÁ DYSFÁZIE	7
1.1	Jazyk, řeč, komunikace a její význam v životě dítěte	7
1.2	Ontogenetický vývoj řeči	9
1.2.1	Předverbální období	9
1.2.2	Období vlastního vývoje řeči	10
1.3	Klasifikace a vymezení vývojové dysfázie	13
1.4	Etiopatogeneze vývojové dysfázie	15
1.5	Symptomatologie vývojové dysfázie	16
1.6	Vývojová dysfázie a její odraz v dalších psychických funkcích a osobnosti dítěte	17
2	SEBEPOJETÍ	20
2.1	Vymezení pojmu a přístupy k sebepojetí	21
2.2	Složky sebepojetí a související proměnné	22
2.3	Vývoj a formování sebepojetí	23
2.3.1	Sebepojetí dětí v mladším školním věku	24
2.4	Význam sebepojetí a jeho psychologické aspekty	26
3	SEBEPOJETÍ A VÝVOJOVÁ DYSFÁZIE – PŘEHLEDOVÉ STUDIE.....	28
	II VÝZKUMNÁ ČÁST.....	32
4	VÝZKUMNÝ PROBLÉM, CÍLE PRÁCE A HYPOTÉZY	33
4.1	Hypotézy	35
5	TYP VÝZKUMU A POUŽITÉ METODY	36
5.1	Dotazník sebepojetí dětí a adolescentů Piers-Harris 2 (PHCSCS-2)	36
6	SBĚR DAT A VÝZKUMNÝ SOUBOR	39
6.1	Proces sběru dat	39
6.2	Kritéria výzkumného souboru	40
6.3	Popis výzkumného souboru	41
6.4	Etické hledisko výzkumu	43
7	PRÁCE S DATY A INTERPRETACE VÝSLEDKŮ	44
7.1	Metody zpracování a analýzy dat	44

7.2	Výsledky testování hypotéz a jejich interpretace	44
8	DISKUZE	51
9	ZÁVĚR	57
	SOUHRN	58
	SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ A LITERATURY	61
	PŘÍLOHY	66

ÚVOD

Komunikace je nedílnou a zásadní součástí (nejen) lidského života. V lidském světě probíhá komunikace skrz jazyk a řeč, kterými se člověk významným způsobem liší od zbytku živočišné říše. Jazykový a řečový vývoj je nedílnou součástí psychomotorického rozvoje. Jazyk má zásadní význam pro řadu kognitivních funkcí, např. myšlení, které by bez jazyka nebylo možné. V neposlední řadě je to právě řečová komunikace, pomocí níž je možné navazovat sociální kontakty, a udržovat a formovat mezilidské vztahy. Lze se tak domnívat, že nedostatečná úroveň řečové komunikace ve formě závažných logopedických obtíží, zejména neurovývojového charakteru, se výrazným způsobem promítá do komplexní struktury osobnosti jedince.

V rámci předchozího vysokoškolského studia se autorka práce zabývala projevem vícejazyčnosti v kognitivních funkcích, konkrétně vlivu bilingvismu na tvořivé myšlení dítěte. Odtud plyne autorčin přetrvávající zájem o oblast psycholingvistiky a psychologického významu jazyka při formování osobnosti člověka. To do značné míry ovlivnilo i výběr tématu předložené práce.

V posledních letech vzrůstá zájem akademiků a významných autorit o studium sebepojetí např. dětí s nadáním či dětí se specifickými poruchami učení. Vývojová dysfázie, řadící se mezi neurovývojové poruchy, je v mnoha ohledech nadále předmětem zájmů mnoha nejen zahraničních, ale i tuzemských odborníků z řad neurologů, psychologů a dalších. Přesto české studie, mapující sebepojetí a přidružené konstrukty jedinců s vývojovou dysfázií, na českém akademickém poli chybí. Cílem předložené studie s názvem „*Sebepojetí dětí s vývojovou dysfázií*“ je tak zjistit specifika v sebepojetí a v jeho dílčích složkách u žáků mladšího školního věku s touto závažnou poruchou řečové komunikace. Teoretická část práce se věnuje stěžejním tématům – *vývojové dysfázii* v co nejširším pohledu a se zaměřením na osobnost dítěte; dále psychologickému konstrukt *sebepojetí*; závěr teoretické části pak přináší přehled studií zabývajících se sebepojetím u jedinců se specificky narušeným vývojem řeči. Ve výzkumné části jsou představeny stanovené hypotézy, proces sběru dat pomocí Dotazníku sebepojetí dětí a adolescentů Piers-Harris 2, a výsledky statistického testování hypotéz. Závěrečná diskuze komparuje získané výsledky s řadou nejen zahraničních studií.

I TEORETICKÁ ČÁST

1 PORUCHY ŘEČOVÉ KOMUNIKACE U DĚTÍ – VÝVOJOVÁ DYSFÁZIE

„Řeči se dítě nenaučí – a my je také řeči nevyučujeme jako nějakému školnímu předmětu.

Řeč se rozvíjí - a my k tomuto rozvoji napomáháme.“

Zdeněk Matějček (1991, 161, in Neubauer, 2011, 5)

První kapitola je věnována problematice jedné z nezávažnějších poruch řečové komunikace u dětí – **vývojové dysfázii**. Kapitola nabídne vymezení základních psycholingvistických pojmů, přehledově se věnuje i samostatnému vývoji řeči jako součásti psychického vývoje dítěte. Velký zájem je pak věnován samotné diagnóze vývojové dysfázie, která svým charakterem zasahuje do oblasti logopedie, psychologie a neuropsychologie či neurologie. Pozornost je zaměřena na postavení vývojové dysfázie ve vybraných klasifikačních systémech, na základní vymezení diagnózy a symptomatologii. Vzhledem k výzkumnému souboru práce je zařazena i část shrnující projevy vývojové dysfázie u dětí školního věku a ve školním prostředí. Pro komplexní uchopení problematiky je třeba se zmínit i o dopadech vývojové dysfázie na osobnost dítěte. Ta se totiž promítá nejen do jeho kognitivních funkcí, ale i do emocí, chování a prožívání.

1.1 Jazyk, řeč, komunikace a její význam v životě dítěte

Jazyk¹ (*language*) jako pojem představuje společenský jev a proces, jehož podstatou je soustava zvukových a druhotných znakových prostředků. Pomocí těchto prostředků je možné vyjádřit rozličné představy, vědění a znalosti člověka, včetně jeho prožívání a psychických procesů (Klenková, 2006). Thorová (2015) označuje jazyk jako jednu z nejrozvinutějších kognitivních schopností člověka a nejdůležitější nástroj učení. Jazyk je také hlavním prostředkem myšlení, jehož pomocí dochází ke kódování významů věcné i abstraktní povahy (Plháková, 2007). Ačkoliv mezi odborníky existuje celá řada teorií o determinantech podílejících se na osvojování jazyka u jedince, současný

¹ Pro získání jazykových kompetencí si dítě musí osvojit pět základních komponent jazyka: fonologii, morfologii, sémantiku, syntax a pragmatiku (Shaffer & Kipp, 2010).

převažující názor hovoří o vzniku jazyka na biologickém základě a jeho dalším rozvoji v součinnosti vrozených a získaných faktorů (Thorová, 2015).

Jazykový obsah komunikace nemůže existovat bez fyzikální realizace jazykové produkce. Fyzikální realizace jazyka užívající signály lidské respirace, fonace, artikulace a rezonance je označována jako **řeč** (Neubauer, 2018). Řeč (*speech*) je individuální schopností člověka užívat k dorozumívání jazyk (Lechta, 2003). Klenková (2006) vymezuje řeč jako vědomé užívání jazyka sloužící ke sdělování pocitů, přání a myšlenek člověka. V zahraničním, konkrétně anglickém pojetí významu, je řeč chápána v kontextu motorické a akustické stránky, kterými řeč, na rozdíl od jazyka, disponuje. Řeč je také charakteristická třemi základními úrovněmi: segmentární úroveň řeči je vlastním obsahem a jazykovým uspořádáním, úroveň suprasegmentární tvoří prozodické faktory řeči, a extralingvální úroveň reprezentuje mimika a gesta (Dlouhá et al., 2017).

Psychologický slovník (Hartl & Hartlová, 2009) uvádí hned několik významů **komunikace**². Z psychologického hlediska se jedná především o přenos myšlenek, emocí, postojů a jednání mezi osobami. V obecném pojetí představuje komunikace proces dorozumívání, který je, na rozdíl od jazyka, společný všem živočišným druhům (Hartl & Hartlová, 2009). Lidská komunikace však napříč živočišnými druhy dosáhla nejvyšší úrovně. Kromě zvukové stránky totiž zahrnuje i grafickou schopnost a schopnost čtení (Dlouhá et al., 2017). Lechta (2003) poznamenává, že člověk komunikuje už svou podstatou, svou existencí, kterou i nevědomě vysílá komunikačně hodnotné signály svému okolí.

Význam komunikace jako procesu spočívá nejen ve schopnosti jedince užívat výrazové prostředky k přenosu informací, ale i utvářet a formovat sociální vztahy a vazby. Schopnost komunikace se tak utváří společně s vývojem sociálních dovedností. Dovednost komunikovat usnadňuje dítěti proces učení, podílí se na utváření interpersonálních vztahů a na fungování jedince ve společnosti, umožňuje vyjadřování myšlenek a emocí³ (Thorová, 2015). Také Vygotskij (2004) ve své koncepci vnímá prvotní funkci zvukových projevů a řeči jako nástroje komunikace zprostředkování sociálního kontaktu, sdělení, působení na druhé. Počáteční řečové projevy dítěte jsou tak čistě sociálního charakteru. Thorová (2015)

² Z lat. *communicatio*, jehož význam lze chápat jako spojování, sdělování či přenos (Klenková, 2006).

³ Jazykové schopnosti představují i součást inteligence. Inteligencí se všeobecně rozumí schopnost řešit nové, neočekávané situace (Thorová, 2015). Je vidno, že komunikační schopnost tvoří neoddělitelnou a provázanou součást lidské osobnosti.

pak při samotném rozvoji komunikace u dětí zdůrazňuje tzv. **kompatibilní hypotézu vývoje řeči**, jejíž podstatou je respektování multimodálního charakteru komunikace. Dle kompatibilní hypotézy vývoje řeči zajistí kvalitní rozvoj komunikačních dovedností dítěte pouze užívání kombinace verbálních a neverbálních prostředků komunikace (Thorová, 2015).

1.2 Ontogenetický vývoj řeči

Pochopení fyziologického vývoje řeči je zásadní pro porozumění problematiky vývojové dysfázie, jelikož řečový vývoj je součástí psychického vývoje dítěte. Ontogeneze řeči jako proces v sobě zahrnuje osvojování si porozumění, vyjadřování a používání řečové komunikace, a to ve všech formách (Moškurjáková & Neubauer, 2018).

Vývoj řeči je úzce spjatý s dozráváním mozku a jeho další specializací (Love & Webb, 2009). Anatomicky a funkčně zdravý centrální nervový systém, funkční receptivní a převodní dráhy jsou základem úspěšného řečového vývoje dítěte (Obereignerů, 2013). Love a Webb (2009) považují vývoj mozkové kůry obou hemisfér při vývoji a budoucí funkci jazyka a řeči za zásadní, jelikož právě zde je lokalizovaná většina neurálních struktur důležitá pro komunikaci. Důležitou roli v řečovém vývoji zastává i dostatečná verbální i neverbální stimulace ze sociálního prostředí dítěte (Obereignerů, 2013). Obereignerů (2013) pak popisuje **kojenecké, batolecí a předškolní** období jako klíčová při vývoji řeči.

1.2.1 Předverbální období

Období do jednoho roku je označováno za tzv. fyziologickou nemluvnost, z hlediska ontogeneze řeči se jedná o **předřečové stádium** (Klenková, 2006). První zvukové projevy dítěte mají podobu tzv. reflexního **křiku**. Tyto projevy prozatím ale nevyžadují zapojení artikulačních orgánů (Smolík & Seidlová Málková, 2014). Klenková (2006) hovoří o komunikaci mezi matkou a dítětem v tomto období jako o preverbální, která je založena na senzomotorické stimulaci. Mezi 2. a 4. měsícem dítě produkuje vokální projevy, tzv. broukání, kterým začíná vývoj konverzace (Thorová, 2015). Období **žvatlání** (*babbling*) počíná 6. – 8. měsícem. Pozornost dítěte se přesouvá ke své vlastní vokalizaci, dítě experimentuje se zvuky i s mluvidly, prozkoumává je a opakuje je. Imitace

zvukových projevů druhých je základem pro budoucí učení se řeči. Spojování zvukových projevů do schémat a delších forem, objevující se ke konci období, má už melodii a další modulační faktory podobné mluvené řeči (Obereignerů, 2013). U zdravého a slyšícího dítěte dochází k autokontrolě vlastních zvuků, realizovaných artikulačními orgány, se sluchovým vnímáním a okolními zvuky. Tato reakce kojence představuje vznik tzv. **akusticko-fonačního reflexu** (Dlouhá et al., 2017).

Shaffer a Kipp (2010) se věnují i vývoji sluchového vnímání a porozumění v raném kojeneckém věku dítěte. Již v druhé polovině prvního roku života jsou kojenci schopni detekovat frázové jednotky řeči a upřednostňují řeč, která obsahuje přirozené pauzy. Od devíti měsíců děti preferují řečové vzory, které odpovídají slabičným a fonemickým kombinacím příslušného jazyka. Tato vodítka pak umožňují dítěti v časně fázi rozlišovat jednotlivá slova (Shaffer & Kipp, 2010). Okolo 10. měsíce věku počíná také vývoj gestikulace, který je součástí řečového vývoje (Moškurjáková & Neubauer, 2018).

Rozporuplným tématem na akademickém poli je vztah mezi vývojem řeči a motorickým vývojem. Iverson (2010) podává důkazy, že osvojení motorických dovedností, počínající v kojeneckém věku, poskytuje dítěti příležitosti procvičovat dovednosti související s osvojováním jazyka. Získání nových motorických dovedností rozšiřuje zkušenosti kojenců s předměty a lidmi, které jsou relevantní pro rozvoj komunikace i osvojování mateřského jazyka. Lze tak předpokládat, že s dosažením nových posturálních a lokomočních zkušeností dostávají kojenci příležitost experimentovat s vlastní hlasovou produkcí a hrát aktivnější roli v komunikačním procesu (Iverson, 2010). Obdobně Vágnerová (2012) přisuzuje schopnosti lokomoce sociální význam - zvyšuje sociální status dítěte a dítě je považováno za zralejší.

1.2.2 Období vlastního vývoje řeči

Z hlediska řečového vývoje jsou první tři roky života dítěte značně dynamickým obdobím, pro které jsou typické velké individuální rozdíly mezi dětmi. Tyto rozdíly se zpravidla vyrovnávají během předškolního období (Moškurjáková & Neubauer, 2018).

První slova je možné sledovat okolo 1. roku dítěte, věková hranice pro první slůvka je ovšem značně variabilní. Významy prvních slov disponují tzv. mezijazykovou

podobností, tzn., že v prvotním slovníku dítěte se nejčastěji objevují označení pro osoby⁴, předměty či pozdravy, a to bez ohledu na mateřský jazyk dítěte (Smolík & Seidlová Málková, 2014). **Slovník** dítěte zpočátku tvoří především podstatná jména následována slovesy. Mezi 2. a 3. rokem života dítěte vzroste jeho slovní zásoba z 200 slov až na 700 a více (Moškurjáková & Neubauer, 2018). V této souvislosti hovoří někteří autoři o tzv. slovníkovém spurtu (Smolík & Seidlová Málková, 2014). Stern i Piaget (in Smolík & Seidlová Málková, 2014) zastávají tvrzení, že slova osvojená po slovníkovém spurtu jsou kvalitativně odlišná od prvních slov. Slovníkový spurt může být vysvětlen i možnými změnami v reprezentaci pojmů a slovních významů (Smolík & Seidlová Málková, 2014). Love a Webb (2009) přisuzují rapidní nárůst slovní zásoby mezi 2. a 3. rokem dítěte zraní asociační oblasti dolního parientálního laloku, kde dochází ke spojování informací z okolních asociačních mozkových oblastí. Toto období je též spjato s prvním („Co; Kde?“) a druhým („Proč“) **obdobím otázek**, při němž dochází k přirozenému rozšiřování dětského lexikonu (Thorová, 2015).

K prvním jednotlivým slovům dítě přistupuje jako ke větám. Zpočátku vývoje dítě užívá především slovesného infinitivu a nevyjadřuje se ani v 1. osobě. Mezi 2. a 3. rokem je dítě schopno skloňovat, kolem 3. roku vstupují do tvaroslovné roviny i množné číslo a čas. Okolo 3. roku se v řeči dítěte čteněji vyskytují chyby v tvarosloví, tzv. **fyziologické dysgramatismy**⁵. Během 5. roku by se však měly tyto obtíže vyskytovat jen vzácně (Thorová, 2015). Kolem 4. roku se pak děti začínají vyjadřovat ve větných celcích (Smolík & Seidlová Málková, 2014). Tvorba, užívání i samotné chápání gramatických pravidel je dáno především komplexností myšlení a schopností abstrakce, které se do těchto procesů promítají. Dítě se zároveň učí kategorizaci pojmů a záměně reality za symboly (Obereignerů, 2013). Slabá slovní zásoba a závažné dysgramatismy přetrvávající po 4. roce dítěte pak mohou být signálem ohroženého vývoje řeči či symptomem neurovývojového poškození (Moškurjáková & Neubauer, 2018).

Primární asociační mozkové oblasti, které jsou spojovány s řečí a jazykem, dozrávají až v předškolním období, někdy dokonce i déle (Love & Webb, 2009). Předpokladem správného řečového vývoje, ale i budoucí školní úspěšnosti, je schopnost

⁴ Dlouhá a kolektiv (2017) přinášejí zajímavý poznatek ohledně užívání názálních (nosových) hlásek. Dle psychologů mají v životě dítěte speciální význam: nazály vyjadřují především emoce dítěte. Dle této hypotézy není tedy s podivem, že se u většiny dětí jako první objevuje slovo „máma“ (Dlouhá et al., 2017).

⁵ Kombinace několika dysgramatických tvarů slov je v odborné literatuře (např. Thorová, 2015) nazývána jako tzv. *telegrafická řeč*.

fonematické diferenciaci. Jedná se o schopnost sluchového rozlišování fonémů, tj. jednotlivých hlásek mateřského jazyka (Thorová, 2015). Na úrovni mozku se společně s vývojem Broccovy a Wernickeho arey stabilizuje fonologický systém. Dozríváním motorického systému fonemického plánování se zvyšuje schopnost zpracovávat delší a složitější sled fonémů (Love & Webb, 2009). Již šestiměsíční kojeneček je schopen v řeči rozlišovat samohlásky, souhlásky pak od 9. měsíce věku (Thorová, 2015). Thorová (2015) uvádí několik výzkumů, které dokládají, že čím lépe umí dítě v kojeneckém věku diferencovat hlásky, tím je později verbálně zdatnější a projevuje se u něho i rychlejší řečový vývoj. Fonematický sluch dozrává mezi 5. a 7. rokem dítěte. Nezralost schopnosti fonematické diferenciaci se ve školním prostředí může projevit ve formě dyslexie (Thorová, 2015). Bishop (1997, in Moškurjáková & Neubauer, 2018), v souladu s Thorovou (2015), považuje deficity v diferenciaci fonémů za příčinu pozdějších obtíží v rozumění řeči.

Do **předškolního věku** si děti osvojí celou řadu konverzačních dovedností, které jim pomáhají dosáhnout komunikačních cílů. Tříleté děti začínají chápat **ilokuční záměr**, tedy že skutečný význam výpovědi nemusí odpovídat doslovnému významu slov. Děti ve věku tří až pěti let také začínají přizpůsobovat své sdělení konkrétnímu adresátovi, což zefektivňuje jejich komunikaci (Shaffer & Kipp, 2010). Dítě postupně získává dovednost nejen konverzaci navázat a zahájit, ale i udržet ji a rozvíjet (Moškurjáková & Neubauer, 2018).

Ačkoliv jazykový a řečový pokrok dítěte od narození do nástupu do školy je pozoruhodný, mnoho důležitých pokroků v jazykové kompetenci se děje ve **školním věku**. Školní věk je obdobím syntaktického zdokonalování, rozšiřování morfologických znalostí, u adolescentů narůstá schopnost formálně-operativního uvažování⁶. U dětí mladšího školního věku se postupně rozvíjí také **metalingvistické uvědomění** – schopnost přemýšlet o jazyce a popisovat jeho vlastnosti. Díky tomu jsou děti schopné lépe chápat skryté významy promluv a vyvozovat tak přesnější závěry. Vlivem kognitivního růstu a zlepšení sociolingvistického porozumění v mladším školním věku se výrazně zlepšují referenční (deskriptivní) komunikační dovednosti dítěte (Shaffer & Kipp, 2010).

⁶ Formálně-operativní uvažování umožňuje dospívajícím rozšiřovat slovní zásobu, včetně slov abstraktních či těch s ironickým podtextem (Shaffer & Kipp, 2010).

Následující text je věnován **vývojové dysfázii** (dále i jako VD) neboli *specificky narušenému vývoji řeči* jako jedné z nejzávažnějších logopedických diagnóz dětského věku, a která je ústředním tématem celé výzkumné práce

1.3 Klasifikace a vymezení vývojové dysfázie

Jednou z problematických oblastí při vymezení vývojové dysfázie je samotná terminologie. Americká psychiatrická společnost ve svém *Diagnostickém a statistickém manuálu duševních poruch* (DSM-V), v kategorii *Poruchy komunikačních schopností*, operuje především s termínem **jazyková porucha** (*language disorder*) (315. 39), který je ale pojmán velmi široce a kromě vývojových poruch zahrnuje i jazykové poruchy získané (Pospíšilová, 2018c). DSM-V tak již neuvádí vývojovou dysfázii (*specific language impairment; SLI*) jako samostatnou diagnostickou jednotku, s čímž nesouhlasí celá řada předních odborníků. Ti pak argumentují především teoretickým a klinickým opodstatněním samostatné kategorie vývojové dysfázie (Mikulajová, 2016).

10. revize *Mezinárodní statistické klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů* (MKN-10) v kategorii *Specifické poruchy vývoje řeči a jazyka* (F80), spadající do podkapitoly *Poruchy psychického vývoje*, samostatně vymezovala **expresivní poruchu řeči**⁷ (F80. 1) a **receptivní poruchu řeči**⁸ (F80. 2) (Mikulajová, 2016). Nově zaváděná 11. revize MKN (World Health Organisation, 2021) uvádí v kategorii *Vývojové poruchy řeči a jazyka* (6A01) preferovaný termín **vývojová jazyková porucha** (6A01. 2) (*developmental language disorder; DLD*), a který je zařazen mezi Neurovývojové poruchy. Na tomto termínu se mimo jiné shodlo i konsorcium odborníků z řad psychologů, logopedů, pediatrů, psychiatrů a dalších, kteří byli zapojeni do recentní panelové studie za účelem konsensu v otázkách terminologie a kritérií jazykových poruch. Termín vývojová jazyková porucha pak konsorcium doporučuje užít v případech, kdy jazykové obtíže nelze vysvětlit známou bio-medicínskou etiologií (Bishop, Snowling, Thompson & Greenhalgh, 2017).

⁷ *Expresivní poruchu řeči* (F80. 1) vymezuje MKN-10 (2021) jako vývojovou poruchu, kdy vyjadřovací schopnosti dítěte neodpovídají jeho mentálnímu věku, ale není patrné narušení v oblasti jazykové percepce.

⁸ V případě *receptivní poruchy řeči* (F80. 2) je deficitní jednak porozumění, které je pod normou odpovídající mentálnímu věku dítěte; jednak i expresivní dovednosti doprovázené poruchami tvoření zvuků a slov (MKN-10, 2021).

V neanglicky mluvících zemích se vžilo označení **vývojová dysfázie** (*developmental dysphasia*) čili specificky narušený vývoj řeči⁹ (Mikulajová, 2016).

Jak je patrné, terminologie vývojové dysfázie je dosud celosvětově nejednotná a je tak nadále nedořešenou otázkou (Pospíšilová, 2018c).

Vývojová dysfázie či specificky narušený vývoj řeči je „*komplexní, vrozená porucha osvojení řečových, jazykových a komunikačních dovedností.*“ (Pospíšilová, 2018c, 284). Důležitým diagnostickým vodítkem je skutečnost, že tyto jazykové obtíže není možné vysvětlit celkově se zpožďujícím vývojem, získaným poškozením mozku, sluchovým postižením, poruchami autistického spektra, deformacemi řečového aparátu, ani tělesným postižením či vlivy prostředí (Pospíšilová, 2018c). Dlouhá (2017) vymezuje vývojovou dysfázi jako vývojové opoždění, které je charakteristické narušenými vztahy mezi jednotlivými úrovněmi jazykového systému. Mikulajová (2016) ve svém pojetí zdůrazňuje přetrvávání jazykových obtíží i v případě, kdy se u dítěte nevyskytují další deficity v oblasti duševního a tělesného vývoje a dítě je obklopeno jazykově podpůrným prostředím.

MKN-11 (WHO, 2021) charakterizuje vývojovou jazykovou poruchu přetrvávajícími deficity v osvojování, porozumění či používání jazyka ve všech jeho formách, jejichž počátek je pozorován od raného dětství a způsobuje významná omezení ve schopnosti komunikovat. Celková schopnost jedince užívat jazyk neodpovídá jeho věku, a tyto přetrvávající obtíže nelze vysvětlit jinou neurovývojovou poruchou, smyslovým postižením či poraněním mozku nebo jeho infekcí (WHO, 2021). Dle konsensu Bishop a kolektivu (2017) pak vývojová jazyková porucha představuje natolik závažné jazykové obtíže, které výrazným způsobem zasahují do každodenního života jedince, a jejichž další prognóza není většinou příznivá.

Diagnóza vývojové dysfázie tak představuje samostatnou nozologickou jednotku, jelikož přítomný narušený vývoj řeči není projevem jiného či přidruženého onemocnění (Mikulajová, 2016).

Ačkoliv zahraniční odborná společnost dnes upřednostňuje termín vývojová porucha jazyka (Roddaam & Skeat, 2020), s ohledem na tradici české terminologie jsou v následující práci primárně užívány termíny **vývojová dysfázie** (dále jako VD) či

⁹ V anglosaské literatuře je pak možné se setkat s termínem **specifické jazykové postižení** (*specific language impairment*) (Pospíšilová, 2018c).

specificky narušený vývoj řeči, s nimiž nadále operuje současná česká i slovenská odborná veřejnost.

1.4 Etiopatogeneze vývojové dysfázie

Příčiny poruch řečové komunikace jsou multifaktoriální a liší se v závislosti na konkrétní diagnóze. Například proces myelinizace¹⁰ jako jeden z nejvýznamnějších znaků zrání mozku je dáván do úzké spojitosti s jazykem a řečí. Nedostatečné vyzrání myelinu, který se nachází v nervových vláknech asociačních oblastí a jazykových centrech, je dáváno do souvislosti s opožděním jazykového a řečového vývoje (Love & Webb, 2009).

Lehké abnormality ve vývoji mozkové kůry patrně stojí i za vznikem vývojové dysfázie. Tyto anomálie jsou nejčastěji lokalizovány v řečových centrech levé mozkové hemisféry, ale vzhledem k rozsahu dopadů a symptomům specificky narušeného vývoje řeči mohou být zasaheny i jiné korové oblasti mozku (Mikulajová, 2016; Škodová & Jedlička, 2003). Uvažuje se tak spíše o difuzním, nikoliv o ložiskovém poškození CNS (Škodová & Jedlička, 2003). Z neurologického pohledu převažuje názor, že tyto anomálie mají **genetický** základ a zasahují nejen do aktivit neurotransmiterů a synaptických spojů, ale i migrace nervových buněk či již zmíněného procesu myelinizace (Mikulajová, 2016). Význam genetických faktorů při vzniku vývojové dysfázie zdůrazňuje i Bishop (2006). Ačkoliv se mnoho let předpokládalo, že za vývojovou dysfázií stojí takové faktory, jako je např. nedostatečná výchova, poškození mozku během porodu či přechodná ztráta sluchu, tyto okolnosti se později ukázaly jako méně podstatné oproti vlivu genetických faktorů¹¹. Přestože se řada výzkumů snažila o nalezení konkrétního patologického genu, jehož přítomnost by vysvětlovala obtíže s přirozeným osvojováním jazyka, výsledky studií tuto teorii nepodpořily (Bishop, 2006).

Významná studie Herberta a kolektivu (2005) poukazuje na některé podstatné strukturální rozdíly mozku u dětí mladšího školního věku s vývojovou dysfázií. Porovnání výsledků magnetické rezonance odhalilo významné rozdíly v asociační oblasti vyššího řádu mozkové kůry na rozdíl od intaktních dětí. Strukturální podoba těchto asociačních

¹⁰ „Myelinizace umožňuje rychlejší přenos neuronální informace a má obzvláště zásadní roli v systému mozku, kdy je propojení mezi hemisférami, laloky a kortikálními a subkortikálními strukturami závislé na několika dlouhých axonech.“ (Love & Webb, 2009, 292).

¹¹ Dle genetických výzkumů jedinců s vývojovou dysfázií se genetický přenos VD podobá spíše komplexním genetickým poruchám, jako je např. astma či diabetes (Bishop, 2006).

oblastí mozku u dětí s vývojovou dysfázií jsou pak velmi podobné těm u dětí s poruchami autistického spektra (Herbert et al., 2005).

V současnosti se pak uvažuje o dvou kognitivních mechanismech, jejichž narušení může stát na pozadí vzniku vývojové dysfázie: vrozená **centrální porucha sluchové percepce**, která jedinci brání vnímat a zpracovávat velmi krátké a rychle se měnící zvukové signály, vč. řeči; či nedostatečná rychlost a kapacita **percepčních operací** (Mikulajová, 2016).

Je tedy pravděpodobné, že ve většině případů je specificky narušený vývoj řeči způsoben interakcí několika **genů** spolu s **rizikovými faktory** prostředí (Bishop, 2006), což vede k odchylnému vývoji mozkových struktur (Richtrová, 2019). Bishop (2006) závěrem dodává, že vývojovou dysfázií je třeba chápat jako případ, kdy je vývoj jazykových a řečových schopností ohrožen právě z důvodu narušení více než jednoho kognitivního procesu.

1.5 Symptomatologie vývojové dysfázie

Hlavním a prvotním řečovým příznakem je **opožděný vývoj řeči**¹². **Řečové deficity** jsou pak patrné v povrchové i hloubkové struktuře jazyka. Ty se projevují např. nedodržíváním slovosledu, nerovnoměrným poměrem užívání některých slovních druhů, slabou slovní zásobou, nedodržíváním pravidel užívání koncovek či vyjadřováním v jednoduchých větách. Řeč se dále může jevit jako nesrozumitelná z důvodu záměn či redukci hlásek (Škodová & Jedlička, 2003). Výzkumy posledních let dokazují, že za samostatný symptom VD lze považovat i **poruchu sluchového zpracování**, která se zároveň vyskytuje i u dalších neurovývojových poruch, např. u ADHD či vývojových poruch učení. Tato centrální porucha sluchu má za následek přítomné obtíže ve fonematickém vnímání řeči projevujícími se deficity v dekodování zvuků řeči, v deficitu schopnosti integrace časového sledu zvukových podnětů a nedostatečné pracovní paměti. Narušení těchto oblastí se pak manifestuje redukcí vnímaného sdělení a obtížemi s asociacemi patrnými zejména ve školním věku dítěte (Dlouhá, 2019). Pospíšilová (2019) se dále zmiňuje o narušeném **diskurzu**, tedy verbální schopnosti vést dialog či monolog na

¹² O řečovém a jazykovém opoždění lze uvažovat v případě, kdy dítě při osvojování si jazyka dosahuje vývojových milníků ve správném pořadí, těchto milníků je ale dosahováno později (Pospíšilová, 2018b). Pospíšilová (2019) ale vzápětí dodává, existují i případy jedinců s VD bez opožděného vývoje řeči, jejichž jazykové obtíže se začínají projevovat mezi 4. a 5. rokem života.

určité téma, jako o dalším z jazykových symptomů VD. Tento jazykový deficit se pak projevuje neschopností tvořit srozumitelnou a souvislou verbální produkci, pochopit podstatu řečeného a následně vyvodit závěr (Pospíšilová, 2019).

Ačkoliv se řada jazykových obtíží objevuje již v raném věku dítěte, vývojovou dysfázií je možné diagnostikovat až po třetím roce života (Mikulajová, 2016).

Ve školním věku mění vývojová dysfázie svůj charakter a obtíže se z mluvené řeči přesouvají do těžkostí v učení (Mikulajová, 2016). Dlouhá (2019) dokonce udává, že až u 70% dětí s reziduální dysfázií se ve školním věku objeví symptomatika dysortografie¹³. Výše zmiňované symptomy se postupně vytrácí a jazykové deficity přechází na tzv. ideační úroveň, kde nabývají hlubšího charakteru. Školáci se tak potýkají s obtížemi s uvědomováním si hláskové struktury jazyka, s osvojováním si pravopisných pravidel a s porozuměním čteného; narušená je schopnost selekce podstatných informací a formulování vlastních myšlenek (Mikulajová, 2016). U mladších školáků s vývojovou dysfázií nadále přetrvává významně snížené verbální IQ oproti neverbálnímu (Krejčířová, 2018). Z výsledků studie Dlouhé (2019) pak vyplývá, že výraznější školní obtíže jsou patrné právě u začínajících školáků s VD ve věku 6 až 7 let, kteří mají nedostatečné sluchové vědomí. Častěji tak chybují např. při opakování zvukově podobných slov a častěji u nich dochází k záměně distinktivních rysů hlásek. Starší a zkušenější školáci s VD již dokážou lépe využít svých auditivních zkušeností, často ale přetrvávají tzv. asociační přeskoky či konfabulace ve smyslu domýšlení si vět a zadání (Dlouhá, 2019). Krejčířová (2018) v tomto vývojovém období závěrem upozorňuje na časté výkonové problémy, poruchy **sebehodnocení** a rozvoj deprese právě u dětí se specifickými vývojovými poruchami, včetně vývojové dysfázie.

1.6 Vývojová dysfázie a její odraz v dalších psychických funkcích a osobnosti dítěte

Symptomy vývojové dysfázie je možné pozorovat nejen v oblasti řeči, výrazná nerovnoměrnost vývoje je patrná v **celé osobnosti** dítěte. Vývojová dysfázie je spojena

¹³ Dysortografie jako specifická porucha pravopisu se projevuje tzv. specifickými dysortografickými chybami, kterými je např. nedostatečné rozlišování krátkých/dlouhých samohlásek, obtíže v rozlišování slabik, sykavek či hranic slov. Příčinou je zejména nedostatečné sluchové vnímání, deficitní vnímání rytmu, vč. slabé úrovně grafomotoriky. Kromě těchto projevů jsou deficity patrné i v gramatické a syntaktické rovině, které jsou primárně způsobeny právě nedostatečnou úrovní jazykového citu a deficitním osvojením mateřského jazyka (Zelinková, 2015).

s celou řadou dalších kognitivních deficitů, které mají mnohdy dominující charakter. Narušení je patrné v oblasti exekutivních funkcí, paměti, pozornosti či inteligence (Obereignerů, 2013), ačkoliv děti s vývojovou dysfázií nemají primárně snížený intelekt (Richtrová, 2019).

Například studie Coelho, Albuquerque a Simões (2013), která byla realizována s cílem charakterizovat **neuropsychologické funkce** dětí s VD ve věku 6 – 15 let, prokázala patrné deficity ve všech zkoumaných psychických funkcích u dětí s VD oproti jejich vrstevníkům bez této diagnózy. U skupiny dětí se specificky narušeným vývojem řeči byly nalezeny deficity v selektivní i trvalé pozornosti, v exekutivních funkcích a rychlosti zpracování, dále pak v sémantické verbální plynulosti či vizuálně percepčních funkcích, a ve vizuální a verbální paměti (Coelho, Albuquerque & Simões, 2013). Oslabení paměťových funkcí se promítá do již zmíněného auditivního zpracování informací a do schopnosti sluchové analýzy a syntézy (Obereignerů, 2013). Zdá se, že vývojová dysfázie u dětí má pak úzkou spojitost nejen s deficitem procedurální paměti, ale i deficitem deklarativního¹⁴ paměťového systému, kde zasahuje především verbální doménu (Lum, Gelgic & Conti-Ramsden, 2010). Deficity se objevují i v prostorové a časové orientaci, patrné je i opoždění v oblasti jemné a hrubé motoriky, kde je možné zaznamenat i znaky organicity. Narušení exekutivních funkcí se pak projevuje zejména ve volní a motivační složce, dítě je více unavitelné a snadno ztrácí koncentraci (Obereignerů, 2013). Z pohledu současné psychologie je tak u dítěte s vývojovou dysfázií patrné nerovnoměrné rozložení rozumových schopností, které je dáno nepoměrem mezi verbální a neverbální složkou (Dlouhá et al., 2017).

Deficity v oblasti kognitivních funkcí však nejsou jediným okruhem obtíží, do kterých se diagnóza vývojové dysfázie promítá. Díky řečovým a jazykovým obtížím řada dětí s VD selhává v **sociálních dovednostech**, v navazování vrstevnických vztahů a tím pádem jsou více fixováni na rodinné prostředí (Mikulajová, 2016). Také Richtrová (2021) ve svém přehledovém článku upozorňuje na zvýšené riziko výskytu neadekvátního sebevnímání, prohlubování pocitu méněcennosti a narušených sociálních kompetencí u dětí a dospívajících s vývojovou dysfázií. Dle dat z klinické praxe se u vysokého procenta dětí

¹⁴ Funkcí procedurální paměti je nevědomé „zapamatování si sledu jednoduchých, ale i velmi složitých postupů“ (Hartl & Hartlová, 2009, 393). Mezi tyto postupy se řadí např. rozeznávání obrazců a tvarů, vč. písmen. K těmto úkonům je pak třeba sada činností mající původ právě v deklarativní paměti. Deklarativní paměť je tvořena sémantickou sítí, která pomocí asociací spojuje výroky, obrazy a jejich pořadí (Hartl & Hartlová, 2009).

s VD objevují klinicky popsané izolované symptomy emočně-sociálních obtíží (Richtrová, 2021). Durkin a Conti-Ramsden (2007) se domnívají, že rané jazykové deficity jedinců s VD se jeví jako spolehlivý prediktor pro kvalitu jejich budoucích přátelství, která je horší v porovnání s vrstevníky bez historie jazykových obtíží. Autoři si tuto kauzalitu vysvětlují nedostatečně vyvinutou *teorií mysli*¹⁵, která se podílí na receptivních deficitech jedinců s VD (Durkin & Conti-Ramsden, 2007). Nedostatečná úroveň pragmatické jazykové roviny dětí s vývojovou dysfázií tak úzce souvisí s **behaviorálními, emocionálními i sociálními** obtížemi; ačkoliv se zdá, že behaviorální a emocionální obtíže jedinců s VD v průběhu dospívání spíše klesají, problémy v sociálních vztazích spíše narůstají (St Clair, Pickles, Durkin & Conti-Ramsden, 2011). Conti-Ramsden a Botting (2008), na základě výsledků své studie, poukazují na zvýšené riziko výskytu úzkosti a deprese u dospívajících se specificky narušeným vývojem řeči. Analýza ovšem neprokázala přímou souvislost mezi úrovní jazykových dovedností a emočním zdravím dospívajících s historií vývojové dysfázie (Conti-Ramsden a Botting, 2008).

Je nediskutovatelně zřejmé, že jedinci s diagnózou vývojové dysfázie jsou znevýhodněni v celé řadě schopností a dovedností, které mají důležitý význam pro každodenní fungování v současném světě. Jazykové a řečové obtíže, plynoucí z narušeného vývoje řeči, jsou natolik závažné a přetrvávající, že zapříčiňují dlouhodobé funkční problémy v každodenní komunikaci či ve vzdělávání (Bishop, Snowling, Thompson & Greenhalgh, 2017). Důsledná a včasná diagnostika, jednotnost, multioborová spolupráce a zejména podpora všech složek osobnosti dítěte tak lze považovat za pilíře přístupu k jedincům se specificky narušeným vývojem řeči.

¹⁵ Teorie mysli je psychologický konstrukt, který je popisován jako schopnost vyvodit pohledy ostatních, chápat perspektivu a pohnutky druhých lidí a rozlišit tak odlišné znalosti či přesvědčení od svých vlastních (Durkin & Conti-Ramsden, 2007).

2 SEBEPOJETÍ

„*Jak mě vidíš, nemá se mnou nic společného, má to všechno co dělat s tebou.*“

Ralph Smart¹⁶

Následující kapitola se zabývá sebepojetím jako složkou osobnosti. Kapitola přehledově uvádí související konstrukty, věnuje se moderním přístupům k sebepojetí a jeho psychologické struktuře. Kapitola dále popisuje vývoj a formování sebepojetí s důrazem na mladší školní věk. Závěr kapitoly je pak věnován psychologickému významu sebepojetí.

Sebepojetí je komplexním fenoménem, který se prolíná napříč psychologickými disciplínami. Výsledná podoba sebepojetí je odrazem celé řady působících faktorů: záleží na struktuře osobnosti člověka, na jeho úspěších, názorech druhých, jejich hodnocení, ale i na komplexním psychofyzilogickém stavu a vnějších sociálních podmínkách (Čáp & Mareš, 2001, in Obereignerů, Orel & Mentel, 2017). Důkazem složitosti a komplexnosti sebepojetí je celá řada souvisejících pojmů, jako např. *sebehodnocení*, *sebezpozorování*, *sebedůvěra*, *sebeúcta* či *sebevědomí*, a které společně výrazně zasahují do kvality života člověka (Obereignerů, Orel & Mentel, 2017).

Pojmy **Self / Já** představují ústřední konstrukt každého individua a jeho sebepojetí (Obereignerů, Orel & Mentel, 2017). William James jako první rozlišil *Já jako subjekt* duševní činnosti (poznávající Já) a *Já jako objekt* (poznávané Já). *Poznávající Já* přitom James vnímá jako vědomí sebe na základě uvědomování si osobní historie a zážitku vlastní jedinečnosti, kterou se jedinec odlišuje od druhých. Cooley a Mead popisují *Já* jako sociální konstrukt, který vzniká na základě symbolických, resp. jazykových interakcí (Blatný, 2003). Cooleyho (1902, in Blatný, 2003) *zrcadlové Já* je výsledkem představy člověka o tom, co si druzí myslí o jeho charakteru, vystupování či vzhledu. Tyto představy se pak během dospívání stávají stálou psychickou strukturou naší osobnosti. Zralého *Já* je dosaženo vyváženým pohledem na sebe samého, a tento výsledek není narušitelný přechodnými vlivy (Blatný, 2003). Carl Rogers (in Vymětal, 2010) označuje *Self* jako centrum osobnosti, které je během života proměnlivé. Dle Rogerse tvoří sebepojetí *reálné Já* a *ideální Já*. Určitý nesoulad mezi oběma složkami jsou předpokladem osobnostního růstu, avšak velký rozpor je zdrojem psychického napětí (Vymětal, 2010).

¹⁶ Získáno 27. února 2021 z <https://citaty.net/autori/ralph-smart/>

2.1 Vymezení pojmu a přístupy k sebepojetí

William James definuje sebepojetí jednoduše jako „*sumu všeho, co člověk může nazvat svým vlastním*“ (Blatný, 2003, 95). Jamesův přístup k sebepojetí zohledňuje jeho dimenzionalitu, hierarchické uspořádání či konzistenci jeho obsahu (Harterová, 1996, in Blatný, 2003). V Rogersovském pojetí představuje Self¹⁷ / sebepojetí konzistentní celek, jehož obsahem je jednak způsob chápání sebe sama, jednak vztahy k druhým a celému světu. Dle Rogerse vyjadřuje sebepojetí nejen názor na sebe sama, ale i pomyslný rámec sloužící k hodnocení vlastní osoby i okolního světa (Vágnerová, 2010).

Piers (1984, in Butler & Gasson, 2005) definuje sebepojetí jako relativně stabilní soubor vlastního postoje odrážející popis i hodnocení vlastního chování a postojů. Rosenberg (1965, in Butler & Gasson, 2005) pohlíží na sebepojetí jako na uskupení částí, dílů a komponent, které jsou hierarchicky uspořádané a vzájemně propojené. Sebeojetí, spolu se sebeúctou, je soubor myšlenek a pocitů člověka pohlížící na sebe jako na objekt (Rosenberg, 1965, in Butler & Gasson, 2005).

Psychologický slovník (Hartl & Hartlová, 2009) označuje sebepojetí (*self-concept*) za *integrující gyroskop osobnosti*. Jedná se o představu, kterou člověk má o vlastní osobě, přičemž v popředí stojí poznávací složka (Hartl & Hartlová, 2009). Obdobně pohlíží na sebepojetí i Výrost a Slaměník (2008) či Thorová (2015). Ti chápou sebepojetí jako hypotetický konstrukt, pomocí něhož lze popsat jednotlivé obsahy vztahující se k vlastnímu já. Vágnerová (2010) hovoří o sebepojetí jako o základním vztahu a specifickém konstrukt, jehož výsledný obraz je složen z jednotlivých mentálních reprezentací sebe sama. Na podobě sebepojetí se podílejí i přání a nenaplněné představy jedince, stejně tak jako jeho názory a další charakteristiky¹⁸ (Vágnerová, 2010).

¹⁷ Rogerské *Self* je definováno jako „*organizovaný, konzistentní pojmový gestalt, který je složený z vjemů charakteristik „Já“ nebo „Mě“ a z vjemů vztahů „Já“ nebo „Mě“ vůči druhým lidem a vůči různým aspektům života spolu s hodnotami, jež jsou s těmito vjemy spojené.*“ (Rogers, 1998, 34, in Obereignerů, Orel & Mentel, 2017, 15).

¹⁸ Blatný (2003) také uvádí několik pohledů, jakými lze na sebepojetí v rámci psychologických disciplín nahlížet. Vymezuje sebepojetí z hlediska procesu formování, sebepojetí jako produkt sebeuvědomění člověka a dle toho, jakou funkci sebepojetí zaujímá v rámci psychické regulace chování (Blatný, 2003).

2.2 Složky sebepojetí a související proměnné

Jedinečné zkušenosti se sebou samým, poznání a hodnocení vlastní osoby získané na základě reakcí, postojů a hodnocení blízkého okolí či srovnáním s druhými vytváří jedinečné sebepojetí každého člověka (Vágnerová, 2010). Konečná (2010), na základě dostupných definic a vymezení sebepojetí, shrnuje, že sebepojetí je složeno z kognitivní, percepční, afektivní a hodnotící složky. V odborné literatuře je pak možné nalézt všeobecnou shodu ohledně struktury *Já / sebesystému*, která je jako ucelená, komplexní struktura tvořena kognitivní, emoční a konativní složkou (Blatný, 2003; Výrost & Slaměnik, 2006; Konečná, 2010).

Kognitivní aspekt *Já* je vztahován k samotné struktuře a obsahu sebepojetí. Vzhledem k sociální determinaci sebepojetí je jeho obsah značně individuální. Kognitivní obsah sebepojetí se utváří během vývoje člověka na základě získávání a dalšího rozšiřování informací o sobě samém, ať už zpětnou vazbou okolí či na základě pozorování vlastních duševních či aktivních činností. Kognitivní proces zjemňování jáských mentálních reprezentací, zvyšující se schopnosti abstrakce a uvědomění si sebe sama jako aktivního činitele, pak vrcholí zejména během dospívání (Blatný, 2003). Blatný (2003) se dále zmiňuje tzv. **principu význačnosti**. Jedná se tendenci jednotlivých obsahů sebepojetí utvářet se a koncentrovat podél těch aspektů *Já*, které dělají člověka jedinečným či jsou pro něj významné z hlediska osobních přesvědčení nebo očekávání ze strany okolí (Blatný, 2003).

Konečná (2010) zmiňuje Shavelsonovo (1976, in Konečná, 2010) teoretické schéma hierarchické struktury sebepojetí. Na pomyslném vrcholu stojí generalizované sebepojetí, které se dělí na akademické a neakademické sebepojetí. Zatímco jednotlivé složky školního sebepojetí odpovídají školním předmětům (čeština, historie, věda, matematika), neakademické sebepojetí je členěno na sociální, emocionální a fyzické sebepojetí (Shavelson et al., 1976, in Konečná, 2010).

Podoba sebepojetí je utvářena nejen našimi představami, zahrnuje v sobě i **emocionální** vztah k sobě samému. Tento vztah je možné vyjádřit v rámci dimenze pozitivita – negativita, a jsou pro něj vžité pojmy jako *sebeúcta*, *sebehodnocení* či *sebedůvěra* (Blatný, 2003). Zatímco sebepojetí je tak dáváno spíše do souvislosti s kognitivním obsahem sebereflexe a jeho strukturalizací, související **sebehodnocení** je jakýmsi střetem vnímaného sebeobrazu s osobnostními či společenskými standardy okolí

(Macek, Šulová & Konečná, 2009). Sebehodnocení jako emoční vztah sama k sobě má především adaptační funkci a slouží k zachování vnitřní integrity (Greenwald & Pratkanis, 1984, in Výrost & Slaměník, 2006). O **globálním** sebehodnocení se uvažuje tehdy, pokud člověk přemýšlí o vlastní hodnotě, o smysluplnosti své existence a její důležitosti (Macek, Šulová & Konečná, 2009). „*Přijatelně dobré, jasně definované, vnitřně konzistentní a stabilní sebehodnocení je považováno za důležitý předpoklad psychické pohody, osobní spokojenosti i adaptačně účinného chování.*“ (Vágnerová, 2010, 322).

Motivační neboli konativní složka sebepojetí je významná především pro její funkci regulace chování. Hlavními motivy **seberegulace** chování jsou cíle a aspirace jedince. Význam motivační složky sebepojetí jako seberegulujícího činitele pak spočívá v odstranění diskrepancí mezi *reálným* a *ideálním Já*. V souvislosti s konativní složkou sebepojetí vystupuje i úroveň **sebemonitoringu** neboli tendence člověka kontrolovat své chování a přizpůsobovat ho situačnímu kontextu (Blatný, 2003).

Sebepojetí jako psychologický konstrukt dále disponuje určitými vlastnostmi, které se podílejí na jeho způsobu fungování. Jedná se o **úroveň** sebepojetí, která může být spíše pozitivní či negativní, dále **stabilitu** a **konzistenci** nebo **komplexnost**. Sebepojetí je tak trvalejší osobnostní charakteristikou, která si ale zachovává určitou míru flexibility (Vágnerová, 2010).

2.3 Vývoj a formování sebepojetí

Vývoj sebepojetí, včetně dalších atributů jako sebehodnocení či sebevědomí, je komplexní proces, který závisí na sociálních, psychických a neuroanatomických činitelích¹⁹ (Cakirpaloglu, 2009, in Obereignerů, Orel & Mentel, 2017). Obereignerů, Orel a Mentel (2017) připomínají, že vývoj sebepojetí a jeho obsahové stránky je neoddělitelnou součástí procesu **socializace** jedince.

Vývoj sebepojetí počíná již v dětství²⁰. Období od novorozeneckého do batolecího věku je v literatuře označováno jako období **vynořujícího se Já** (*emergent self*). Ve věku

¹⁹ Např. Koukolík (2010, in Obereignerů, Orel & Mentel, 2017) pohlíží na sebeuvědomování z neurofyziologického hlediska, a jeho vývoj dává do vztahu s frontoparietálními mozkovými sítěmi.

²⁰ Odborníci zabývající se teorií připoutání (*attachmnetu*) dávají narušení vnímání sebe sama do souvislosti s nedostatečným uspokojováním základních psychologických a biologických potřeb dítěte. V případě tohoto neuspokojení dochází k dysregulaci autonomního systému, k rozvoji obranných mechanismů a narušení sebepojistoty (Heller & LaPierre, 2016; Siegel & Paynová-Brysonová, 2015; etc., in Richtrová, 2019).

dvou až šest měsíců začíná dítě postupně vnímat své tělo, jednání a emoce, dále objevuje schopnost svým chováním vzbuzovat v ostatních patřičné reakce. Zde je možné spatřovat tvořící se základ „lidského Já“ (Obereignerů, Orel & Mentel, 2017).

Mezi druhým a třetím rokem života dítěte dochází k prohloubení kognitivní, emocionální a sociální diferenciaci mezi osobou dítěte a druhými lidmi. Zásadní úlohu zde mají **komunikační schopnosti** a řečové aktivity dítěte. Schopnost řečové produkce, naslouchání mluvenému, pojmenování a popisování okolních předmětů a jevů vede k objasnění si svého postavení mezi ostatními (Macek, Šulová & Konečná, 2009). Okolo 2. roku se v dětském slovníku objevuje slovo „já“, což poukazuje na uvědomování si vlastní existence (Thorová, 2015). Dle koncepce Amsterdamové a Rochata (in Thorová, 2015) představuje období kolem 3. roku dítěte významný milník emočního vývoje – vznikají **sebeuvědomující** emoce jako je stud, pýcha a zahanbení. V tomto věku také dítě získalo dostatek dovedností, díky kterým se prohlubuje jeho autonomie. Uvědoměním si sebe sama jako **autonomního jedince** vstupuje dítě do období vzrodu (Langmaier & Krejčířová, 2006). Mahlerová (1975, in Langmaier & Krejčířová, 2006) pak do této etapy zasazuje zrod konstruktů „psychologického Já“. Dle Rochata (2003, in Thorová, 2015) kolem 4. a 5. roku dítěte vzniká schopnost uvědomovat si, jak je okolím vnímáno.

Sebehodnocení většiny předškolních dětí je až nekriticky vysoké a značně nestabilní. Sebepojetí předškoláků se odvíjí od aktuální sociální situace. Jistota ve vztahu k rodičům je pak prediktorem jejich pozitivního sebepojetí (Langmaier & Krejčířová, 2006). Richtrová (2021), v souvislosti s vývojovou dysfázií, upozorňuje na význam neurovývojového deficitu u dítěte a jeho možného negativního dopadu právě na zdravou vazbu s prostředím a pečujícími osobami. Tento limit pak významně ovlivňuje zdravý vývoj *Self* dítěte, což se následně může negativně projevit v již zmíněných oblastech emocí a chování v podobě různě závažných klinických symptomů (Richtrová, 2021).

2.3.1 Sebepojetí dětí v mladším školním věku

Při vymezení mladšího školního věku je možné se setkat s různými pohledy. Langmaier s Krejčířovou (2006) vymezují *mladší školní věk* od 6 do 12 let, a který uceleně ohraničují vstupem dítěte do školy v šesti letech a nástupem dospívání mezi 11. a 12. rokem. Thorová (2015) pro stejné období preferuje označení *střední dětství*. Toto období je, dle Thorové (2015), stěžejním pro **formování sebepojetí**, genderové identity a postoje

ke vzdělávání. **Školní prostředí** se výrazně podílí na dalším formování dětské osobnosti a zásadním způsobem se promítá do sebehodnocení dítěte (Vágnerová, 2012).

Nejen předškolní období, ale i počátek mladšího školního věku je spojen se značným **optimismem** a **důvěrou** ve vlastní schopnosti. Šestileté děti ještě nedisponují dostatečnou schopností odlišovat své domnělé schopnosti se skutečnou úrovní svých výkonů (Eccles, 1999). Ačkoliv po 8. roce začíná sebepojetí dítěte nabývat stabilnějšího charakteru, celkově je sebepojetí v mladším školním věku spíše globální a nediferencované (Langmeier & Krejčířová, 2006). Jak postupuje kognitivní vývoj, začíná se sebehodnocení více zakládat na externí zpětné vazbě, a vytváří se přesnější hodnocení nejen svých akademických kompetencí, ale i sociálních dovedností či atraktivity (Robins & Trzesniewski, 2005). Kolem 10. roku dítěte tak již existuje silnější vztah mezi jeho sebehodnocením a skutečným výkonem. Mladší školák je také častěji konfrontován s negativní zpětnou vazbou, je schopen lépe reflektovat svůj výkon a porovnat ho s ostatními. Sebepojetí a očekávání úspěchu tak v průběhu školní docházky postupně klesá (Eccles, 1999).

Obsahem sebepojetí mladšího školáka jsou postupně rozšiřující se informace o své osobě získané reakcemi okolí nebo získané na základě vlastní sebereflexe nejen činností, ale i duševních stavů. Pro mladší školáky má zásadní význam hodnocení v oblasti školní výkonnosti, sociálního přijetí a pohybových dovedností (Marsh, 1990, in Macek, Šulová & Konečná, 2009). Zhruba od osmi let jsou děti schopné integrovat jednotlivá hodnocení své osoby, a na jejich základě si vytvářet celkový sebeobraz neboli **globální sebehodnocení** (Macek, Šulová & Konečná, 2009). Langmaier a Krejčířová (2006) dále zdůrazňují při formování sebehodnocení dětí školního věku výrazný vliv dětské skupiny. Dítě si tak připisuje takové vlastnosti a schopnosti, jaké postavení v rámci skupiny zaujímá (Langmeier & Krejčířová, 2006).

Pro konec období je charakteristický výraznější, avšak dočasný pokles úrovně sebehodnocení (Langmeier & Krejčířová, 2006). Toto zjištění je v souladu s Piers a Harrisem (1964), kteří zaznamenali nižší úroveň sebepojetí u žáků 6. tříd oproti žákům 3. tříd či patnáctiletým studentům. S dalším vývojem dítěte se sebepojetí stává nejen

diferencovanějším, dochází ale i k jeho integraci do multifacetového²¹ a hierarchického konstruktů (Konečná, 2010).

Jak je patrné, na vývoj kladného sebepojetí a adekvátní sebeúcty má vliv celá řada vnějších a vnitřních faktorů. Přijetí dítěte osobami vztahově blízkých, kladné hodnocení výkonů ze stran autorit či pozitivní přijetí vrstevnickým kolektivem se odráží ve vyšším sebepojetí dítěte. Do otázky úrovně sebepojetí promlouvá typ temperamentu a sociální schopnosti dítěte. Na výsledném sebeobrazu se podílí i úroveň **resilience**²² jedince (Thorová, 2015).

2.4 Význam sebepojetí a jeho psychologické aspekty

Sebeuvědomění, vědomí vlastního prožívání a idea okolního světa uspokojuje základní psychickou potřebu jistoty a orientace. Míra této jistoty se promítá do rozhodování a chování člověka. Sebpoejetí tak představuje významný **stabilizující** a **integrující** činitel poznávacích, hodnotících a regulačních psychických aktivit, a jeho stálost podporuje vztahovou jistotu k sobě samému (Vágnerová, 2010).

Langmeier s Krejčířovou (2006) zdůrazňují význam pozitivního přijetí sebe sama s ohledem na duševní život dítěte. Jedinec, jehož sebepojetí a sebehodnocení je nepřiměřené ve smyslu nadměrné nedůvěry ve vlastní schopnosti či přeceňování, má mnohdy obtíže v **interpersonálních vztazích** (Langmeier & Krejčířová, 2006). To dokládá i celá řada studií. Longitudinální studie Trzesniewki a kolegů (2006, in Shaffer & Kipp, 2010) zjistila, že dospívající s nepřiměřeně nízkou úrovní sebpřijetí vykazují horší duševní i fyzické zdraví, horší ekonomické zabezpečení; a tito jedinci jsou v mladší dospělosti, oproti vrstevníkům s vyšší úrovní sebeúcty, více ohroženi patologickým chováním. Borecka-Biernat (2009), na základě analýzy výsledků odborných studií, dává do souvislosti úroveň hodnocení sebe sama s volbou strategie při řešení obtížných situací. Pozitivní sebehodnocení dětí a mládeže napomáhá efektivnímu řešení náročných sociálních situací a tím i k udržování pozitivních (nejen) vrstevnických vztahů (Borecka-Biernat, 2009). Pozitivní sebepojetí a přijatelná úroveň sebeobrazu je dále častěji

²¹ Označení „*multifacetové*“ sebepojetí odkazuje na řadu mentálních reprezentací *Já*, z nichž je samotné sebepojetí tvořeno (Blatný, 2003).

²² Resilience (nezdolnost, houževnatost) představuje „*souhrn činitelů, které člověku pomáhají přežít v nepříznivých podmínkách, ve stresu, osamění, aj.*“ (Hartl & Hartlová, 2009, 507). Mezi tyto činitele se řadí např. zdravé sebepojetí a sebeúcta, schopnost sociální interakce či kritické myšlení (Hartl & Hartlová, 2009).

spojována s **mimořádnými výkony** jedince (Hříbková, 2009, in Obereignerů, Orel & Mentel, 2017).

Obecně lze shrnout, že děti a žáci se zdravým sebepojetím na sebe nahlíží jako na hodnotné a kompetentní, jsou motivované k dobrým školním výsledkům, více se snaží v případě konfrontace s překážkou, mají harmoničtější rodinné a vrstevnické vztahy a vykazují menší pravděpodobnost výskytu problémů v chování (Eccles et al., 1998, in Wei & Marder, 2012; Markus & Wurf, 1987, in Wei & Marder, 2012).

Mnohé longitudinální studie (Orth & Robins, 2014; Robins & Trzesniewski, 2005) se zabývají **proměnami** sebepojetí v čase. Některé výsledky metaanalýz (např. Trzesniewski, Donnellan & Robins, 2003, in Robins & Trzesniewski, 2005) poukazují na sebeúctu jako na stabilní konstrukt podobný osobnostnímu rysu. Dle provedených korelací Robertse a DelVecchia (2000, in Robins & Trzesniewski, 2005) je stabilita sebeúcty napříč věkovými kategoriemi srovnatelná se stabilitou hlavních osobnostních dimenzí jako je extraverte, svědomitost, neuroticismus či otevřenost vůči zkušenosti.

3 SEBEPOJETÍ A VÝVOJOVÁ DYSFÁZIE – PŘEHLEDOVÉ STUDIE

Ačkoliv řada výzkumů (Lindsay, Dockrell, Letchford & Mackie, 2002; Jerome, Fujiki, Brinton & James, 2002; Marton, Abramoff & Rosenzweig, 2005; etc.) shodně referuje o negativním dopadu vývojové dysfázie na sebepojetí jedince, realizované studie nepřináší vždy jednotné výsledky. Závěrečná kapitola teoretické části je tak věnována přehledu zejména zahraničních studií, které se vztahem mezi sebepojetím a poruchami řečové komunikace – konkrétně diagnózou vývojové dysfázie, zabývají.

Na přelomu století ověřoval McAndrew (1999) tvrzení, vycházející z dosud publikovaných výzkumů, že četné emocionální a behaviorální problémy dětí s poruchami řeči jsou způsobeny jejich nízkou sebeúctou. Hlavní výzkumný problém studie představuje otázka, zda děti s poruchami řečové komunikace mají sníženou sebeúctu ve srovnání s ostatní populací. Výzkumnému souboru dětí ve věku od 8 do 14 let byla administrována původní Škála sebepojetí Piers-Harris pro děti, Coopersmithův inventář sebeúcty a Eysencův osobnostní dotazník. Výsledky studie však nepřinesly důkazy o statisticky významném rozdílu sebepojetí u dětí v experimentální a kontrolní skupině (McAndrew, 1999). Závěry McAndrewa (1999) tak neposkytují podporu tvrzení, že děti s narušením v oblasti řečové komunikace mají nižší sebepojetí než jejich vrstevníci s fyziologickým vývojem řeči. Autor ovšem dodává, že tyto výsledky jsou způsobené nedostatečnou velikostí výzkumného souboru, který činil pouze 14 dětí. Do výsledků se také mohlo promítnout i nedostatečné porozumění otázkám ze strany respondentů (McAndrew, 1999).

Na výzkum McAndrewa (1999) navázali Lindsay, Dockrell, Letchford a Mackie (2002), kteří se zabývali sebeúctou dětí se specificky narušeným vývojem řeči a její stabilitou v čase. Studie navazuje na předešlý výzkum autorského týmu, který se zaměřil na zjišťování sebeúcty u žáků 3. ročníků. V prezentované studii byl zopakován design výzkumu pro sledování sebeúcty u stejného výzkumného souboru žáků s vývojovou dysfázií, když se nacházeli v 6. a 7. ročníku. Zjištění dokládají, že tito žáci hodnotí svou **školní úspěšnost a společenské přijetí** jako nižší v porovnání s normativním souborem, a to bez ohledu na pohlaví. U chlapců s diagnózou vývojové dysfázie v 6. třídách pak byla nalezena signifikantně nižší sebeúcta vážící se ke školní úspěšnosti. Dvojí komparace

sebeúcty dětí se specificky narušeným vývojem řeči jednak s normativním souborem, jednak s kontrolní skupinou naznačuje, že žáci s obtížemi v jazykových rovinách mají nižší sebeúctu, pokud jde o školní výsledky, a také v oblasti společenského přijetí a vztahů. Dále bylo zjištěno, že tyto postoje v období od 8 do 12 let přetrvávají, což naznačuje značnou míru jejich stability (Lindsay, Dockrell, Letchford & Mackie, 2002).

Ke shodným zjištěním došli i Jerome, Fujiki, Brinton a James (2002), jejichž cílem bylo taktéž zanalyzovat jednotlivé složky sebepojetí dětí s vývojovou dysfázií. Zatímco u dětí ve věku 6 až 9 let s diagnózou vývojové dysfázie nebyly shledány statisticky významné rozdíly napříč jednotlivými oblastmi sebepojetí v porovnání s kontrolní skupinou; děti ve starší skupině, ve věku 10 – 13 let s VD, se vnímaly signifikantně negativněji v oblasti školní úspěšnosti, společenského přijetí a chování. Rozdíly jsou tak patrné v oblastech, na kterých se výrazným způsobem podílí právě **jazykové schopnosti** a kompetence (Jerome, Fujiki, Brinton & James, 2002).

Svou studii komplexně pojali Marton, Abramoff a Rosenzweig (2005), kteří se snažili o sestavení **sociálního profilu** dětí s diagnózou vývojové dysfázie, a ověřit tak potencionální kauzální vztah mezi sociálním chováním a jazykovými kompetencemi. Součástí studie, jejíž výzkumný soubor tvořily děti ve věku 7 – 10 let se specificky narušeným vývojem řeči, byla i analýza jejich sebepojetí. Autoři prokázali signifikantně nižší sociálně-kognitivní dovednosti dětí s vývojovou dysfázií a s ní i nižší sebepojetí v oblasti sociálních vztahů oproti dětem s fyziologickým vývojem řeči. Zúčastnění žáci s vývojovou dysfázií pak uváděli nespokojenost zejména s kvalitou svých sociálních vztahů, nedostatkem přátel a pocity osamělosti. Tito žáci vykazovali obtíže v oblasti vrstevnických vztahů více než ve studijních výsledcích a akademickém sebepojetí. Autoři studie tak poukazují na skutečnost, že je to právě sociální postavení dětí v kolektivu, které má větší dopad na úroveň jejich sebeúcty (Marton, Abramoff & Rosenzweig, 2005).

Sebepojetí a jeho proměnu v čase u dětí a dospívajících ve věku od 8 do 17 let s různými typy zdravotního postižení, včetně dětí s poruchami řečové komunikace či s poruchami učení, studovali Wei a Marder (2012). Autoři porovnávali vývojové trajektorie a úroveň sebepojetí mezi žáky a studenty s poruchami učení a žáky s ostatními typy zdravotního postižení. Výsledky komparace poukázaly na statisticky významně vyšší akademickou sebedůvěru žáků s poruchami řečové komunikace ($p < 0.001$), žáků s mentálním a sluchovým postižením, ale i žáků se zrakovým či tělesným postižením oproti skupině jedinců s poruchami učení. U žáků s jazykovými obtížemi dosahovala

úroveň jejich sebepojetí nejvyšší hodnoty ve věku 12, 68 let. Úroveň jejich celkového sebepojetí pak měla v průběhu školní docházky a dospívání, na rozdíl od žáků s poruchami učení, vzestupnou tendenci (Wei & Marder, 2012).

Wadman, Durkin a Conti-Ramsden (2008) se ve své práci zaměřili na dospívání jako na klíčové období formování sebeúcty a sebeobjevování v návaznosti na specificky narušený vývoj řeči. Autoři si kladli za cíl prozkoumat **globální sebeúctu, plachost a sociabilitu** ve vztahu k jazykovým kompetencím dospívajících ve věku 16 až 17 let. Experimentální skupině 54 dospívajících s přetrvávajícími obtížemi plynoucí ze symptomatologie vývojové dysfázie a ekvivalentní kontrolní skupině byla administrována Rosenbergova škála sebehodnocení (RSES), 12-ti položková škála plachosti Cheek and Buss Shyness Scale (RCBS) a škála sociability Cheek and Buss Sociability Scale. Výsledky poukazují na signifikantně nižší průměrné skóre globální sebeúcty u dospívajících s VD ($p = 0,015$) (Wadman, Durkin & Conti-Ramsden, 2008). Zajímavé zjištění přineslo i zařazení proměnné pohlaví. Ačkoliv u kontrolní skupiny adolescentů s fyziologickým vývojem řeči dosahovali muži vyššího skóre sebeúcty oproti ženám, ve skupině dospívajících s VD nebyl v úrovni sebeúcty nalezen mezigenderový rozdíl. Statisticky významný rozdíl mezi skupinami byl nalezen i v úrovni plachosti, kdy jedinci s VD skórovali výrazně a signifikantně výše oproti vrstevníkům z kontrolní skupiny ($p < 001$). Naopak bližší analýza hodnot sociability byla u obou skupin téměř shodná a odpovídala normálnímu rozdělení. Regresní analýza dat dále poukázala na plachost jako na silný a signifikantní prediktor sebeúcty; zatímco expresivní i receptivní jazykové dovednosti mají na predikci globální sebeúcty pouze zanedbatelný vliv. Jazykové dovednosti se ale významným způsobem podílejí na úrovni plachosti. Ze zprostředkované analýzy dat pak vyplývá, že vztah mezi jazykovými dovednostmi a globální sebeúctou je částečně a signifikantně zprostředkován úrovní plachosti (Wadman, Durkin & Conti-Ramsden, 2008).

Jak je patrné z dosavadních studií, obtíže v jazykových schopnostech v podobě specificky narušeného vývoje řeči mohou mít dalekosáhlý dopad na sebepojetí jedince, a to i s přesahem do období dospívání a mladé dospělosti. Jak dokazují některé z dalších výzkumů (Durkin, Toseeb, Botting, Pickles & Conti-Ramsden, 2017), jedinci se závažným jazykovým postižením pravděpodobně vstupují do dospělosti s menším sociálním

sebevědomím, s nízkým sebepojetím a self-efficacy²³, a značnou plachostí. Komunikační obtíže se tak promítají nejen do školní úspěšnosti dětí, ale i do chování, neadekvátní sebeúcty (Lindsay, Dockrell, Letchford & Mackie, 2002) a dalších rysů utvářející se osobnosti. Lindsay, Dockrell, Letchford & Mackie (2002) pak apelují na včasnou intervenci k rozpoznání těchto rozmanitých a vzájemně se ovlivňujících faktorů.

Ačkoliv v současné akademické sféře všeobecně chybí novější poznatky o vlivu poruch řečové komunikace, včetně těch nejzávažnějších, jakou je právě vývojová dysfázie, na jednotlivé domény sebepojetí žáků základních škol; výše zmíněné zahraniční studie naznačují potencionální souvislost právě mezi jazykovými schopnostmi jedince a jeho sebepojetím. Předložená studie si tak klade za cíl poodhalit potencionální specifika v jednotlivých komponentech sebepojetí dětí mladšího školního věku s vývojovou dysfázií.

²³ Self-efficacy neboli sebeúčinnost je psychologický konstrukt navržený Albertem Bandurou, chápaný jako primární determinant emočních a motivačních stavů a změn chování. Jedná se subjektivní vnímání jedince vlastní schopnosti podat určitý výkon v daném prostředí či dosáhnout požadovaných výsledků (APA Dictionary of psychology, 2021).

II VÝZKUMNÁ ČÁST

4 VÝZKUMNÝ PROBLÉM, CÍLE PRÁCE A HYPOTÉZY

Úvodní teoretická část práce vymezuje stěžejní problematické oblasti jednotlivých témat. Kapitola *Poruchy řečové komunikace u dětí – vývojová dysfázie* definuje základní psycholingvistické pojmy, pozornost je věnována i ontogenezi řeči s neuropsychologickým přesahem. Kapitola dále rozpracovává ústřední téma práce – vývojovou dysfázi a její promítání do všech aspektů života dítěte. Navazující kapitola *Sebepojetí* seznamuje s teoretickými konstrukty sebepojetí, včetně různých pohledů na jeho vymezení. Kapitola se dále zaměřuje na jednotlivé složky sebepojetí a na samotný proces formování tohoto psychologického konstruktu. Významná je i část popisující psychologický význam sebepojetí v životě člověka. Závěrečná kapitola *Sebepojetí a vývojová dysfázie* pak přináší přehled výzkumných studií, jež se staly výchozími pro stanovení hypotéz a samotnou realizaci této studie na českém území.

Všeobecně přijímaným názorem napříč odborníky je skutečnost, že zdravé a přiměřené sebepojetí je zásadní pro širokou škálu aktivit lidské existence. Úroveň sebepojetí se promítá do akademických výsledků, sociálních schopností jedince a jeho emocí, do jeho celkového duševního zdraví či budoucí zaměstnanosti (Eccles et al., 1998, in Wei & Marder, 2012; Elksnin & Elksnin, 2006, in Wei & Marder, 2012). Tyto dopady na sebepojetí napříč složkami osobnosti se týkají jak zdravých jedinců, tak i dětí a dospívajících se zdravotním postižením (Wei & Marder, 2012), tedy včetně jedinců s poruchami řečové komunikace.

Pospíšilová (2019) se zmiňuje o globálně nepřijímanějším odhadu prevalence jazykových obtíží u dětí, který činí 7,4% (Tomblin et al., 1997, in Pospíšilová, 2019). Do této hodnoty jsou zahrnuté i děti, u kterých nebyla porucha řečové komunikace identifikována (Pospíšilová, 2019). Údaje *Českého statistického úřadu* (ČSÚ) (Hrkal, 2019) ke dni 30. 9. 2018 uvádí celkem 15 707 žáků v ZŠ do 15 let se závažnými poruchami řeči, což činí 1,6% podílu všech žáků navštěvujících ZŠ či konzervatoř. Z dat ČSÚ za rok 2017/2018 dále vyplývá, že poruchy řečové komunikace tvořily nejčastější závěr z vyšetření v SPC; v celkovém podílu tak tato diagnóza byla zastoupena téměř v

39% případů²⁴ (Hrkal, 2019). Aktuální data v České republice uvádějí přes 21 000 jedinců s diagnostikovanou vývojovou dysfázií, kteří jsou v odborné péči klinického logopeda (ÚZIS, in Richtrová, 2021).

Narušení jazykových struktur se negativně promítá do dovednosti komunikovat, a znesnadňuje tak dítěti adekvátní vazbu s prostředím (Richtrová, 2019). Oslabení v oblasti jazykových kompetencí u dětí může samo o sobě vést k podceňování jejich schopností ze strany ostatních. Je tak pravděpodobné, že porucha řečové komunikace přímo ovlivňuje vnímanou kompetenci, jakou je např. školní úspěšnost. Všeobecně děti s poruchami řečové komunikace, vzhledem ke svým jazykovým obtížím, mohou vnímat své sociální dovednosti jako nedostatečné oproti vrstevníkům. To může výrazným způsobem ovlivnit samotné chování vrstevníků vůči nim a vést tak k nižší úrovni společenského přijetí (Lindsay, Dockrell, Letchford & Mackie, 2002). Lze tedy předpokládat, že u dětí s vývojovou dysfázií, která v různé míře zasahuje do všech oblastí jejich života, existuje vyšší potenciál ohrožení přiměřeně kladného sebepojetí.

Výzkumný problém představuje otázka, v jakých aspektech a v jakých dílčích složkách se liší sebepojetí dětí mladšího školního věku s anamnestickou, příp. reziduální diagnózou vývojové dysfázie, od svých vrstevníků - dětí mladšího školního věku bez diagnózy vývojové dysfázie.

Prezentovaná studie si tak klade za **hlavní** cíl zjistit rozdíl v celkovém náhledu sama na sebe u mladších školáků s vybranou poruchou řečové komunikace – s diagnózou vývojové dysfázie pomocí nástroje Dotazníku sebepojetí dětí a adolescentů Piers-Harris 2 (PHCSCS-2), a to ve srovnání s jejich vrstevníky bez vývojové dysfázie. V rámci **dílčích** cílů jsou sledována specifika v sebepojetí, resp. v jeho jednotlivých složkách u žáků mladšího školního věku s vývojovou dysfázií oproti dětem bez vývojové dysfázie.

Dále jsou rozpracovány jednotlivé hypotézy vycházející z teoretických východisek v úvodní části práce.

²⁴ Pro srovnání - druhou skupinu klientů SPC za rok 2017/2018 tvořily děti s mentálním postižením (22, 3%), a dále děti s kombinovanými vadami se 13% zastoupením (Hrkal, 2019).

4.1 Hypotézy

Pro naplnění cílů bylo, na základě teoretických postulátů, stanoveno 7 následujících hypotéz:

H1: Děti mladšího školního věku s vývojovou dysfázií (bez ohledu na pohlaví) dosahují statisticky nižšího *Celkového skóre* (TOT) v Dotazníku sebepojetí dětí a adolescentů Piers-Harris 2 než děti mladšího školního věku bez vývojové dysfázie.

H2: Děti mladšího školního věku s VD (bez ohledu na pohlaví) dosahují statisticky významně nižšího skóre v subškále *Přízpůsobivost* (BEH) v Dotazníku sebepojetí dětí a adolescentů Piers-Harris 2 než děti mladšího školního věku bez VD.

H3: Děti mladšího školního věku s VD (bez ohledu na pohlaví) dosahují statisticky významně nižšího skóre v subškále *Intelektové a školní postavení* (INT) v Dotazníku sebepojetí dětí a adolescentů Piers-Harris 2 než děti mladšího školního věku bez VD.

H4: Děti mladšího školního věku s VD (bez ohledu na pohlaví) dosahují statisticky významně nižšího skóre v subškále *Fyzický vzhled a vlastnosti* (PHY) v Dotazníku sebepojetí dětí a adolescentů Piers-Harris 2 než děti mladšího školního věku bez VD.

H5: Děti mladšího školního věku s VD (bez ohledu na pohlaví) dosahují statisticky významně nižšího skóre v subškále *Nepodléhání úzkosti* (FRE) v Dotazníku sebepojetí dětí a adolescentů Piers-Harris 2 než děti mladšího školního věku bez VD.

H6: Děti mladšího školního věku s VD (bez ohledu na pohlaví) dosahují statisticky významně nižšího skóre v subškále *Popularita* (POP) v Dotazníku sebepojetí dětí a adolescentů Piers-Harris 2 než děti mladšího školního věku bez VD.

H7: Děti mladšího školního věku s VD (bez ohledu na pohlaví) dosahují statisticky významně nižšího skóre v subškále *Štěstí a spokojenost* (HAP) v Dotazníku sebepojetí dětí a adolescentů Piers-Harris 2 než děti mladšího školního věku bez VD.

5 TYP VÝZKUMU A POUŽITÉ METODY

Pro účely prezentované studie byl zvolen kvantitativní typ výzkumu využívající statistického zpracování dat. Vzhledem k cíli a stanoveným hypotézám, které se soustředí na rozdíly mezi dvěma výzkumnými soubory, představuje předložená práce diferenční studii (Ferjenčík, 2000).

Pro naplnění výzkumného cíle byl užit **Dotazník sebepojetí dětí a adolescentů Piers-Harris 2 (PHCSCS-2)** v české standardizaci, který vychází ze zrevidované verze původní *Škály sebepojetí dětí Piers-Harris* (1963) autorů Piersové a Herzberga. Dotazník sebepojetí dětí a adolescentů Piers-Harris 2 je oblíbenou metodou pro hodnocení sebepojetí napříč odborníky. Jako metoda je hojně užíván jednak v oblasti klinické praxe, jednak v oblasti poradenství i vzdělávání. Dotazník PHCSCS-2 představuje vhodný nástroj pro zjišťování vztahu mezi sebepojetím a dalšími proměnnými, ale i ke sledování stability sebepojetí v čase. Metoda také disponuje snadnou skupinovou a časově nenáročnou administrací (Obereignerů et al., 2015).

5.1 Dotazník sebepojetí dětí a adolescentů Piers-Harris 2 (PHCSCS-2)

Autoři původní verze vymezili sebepojetí jako relativně kompaktní soubor názorů jedince na sebe sama, který se utváří a dále stabilizuje zejména v období dětství. Pomocí vyjádření souhlasu či nesouhlasu dětí s jednoduchými výroky je pak možné odvodit jejich vztah nejen k sobě samému, ale i predikovat jejich další chování (Obereignerů et al., 2015). Inspiračním zdrojem pro tvorbu položek se stala práce Jersida (1952, in Obereignerů et al., 2015), který na základě odpovědí dětí na otázku, co mají na sobě rády a co ne, vytvořil 10 kategorií reflektující jednotlivé oblasti dětského sebepojetí. V roce 2002 pak došlo k revizi původního amerického vydání metody, která se označuje jako *Škála sebepojetí dětí Piers-Harris 2* (Obereignerů et al., 2015).

Česká standardizovaná verze nesoucí název *Dotazník sebepojetí dětí a adolescentů Piers-Harris 2 (PHCSCS-2)*, s podtitulem *Jak vnímám sám/sama sebe*, obsahuje celkem 60 sebehodnotících výroků, na které respondenti odpovídají **ano/ne** podle toho, jak se s daným výrokem ztotožňují. V české verzi je PHCSCS-2 standardizován pro děti a dospívající ve věku od **9 do 18 let**, přičemž standardní doba administrace respondentů se

pohybuje v rozmezí 10 až 15 minut (Obereignerů et al., 2015). Vzhledem k jednoduchosti a jednoznačnosti jednotlivých výroků se dotazník PHCSCS-2 jeví jako vhodný i pro děti s narušenou komunikační schopností²⁵.

Dotazník PHCSCS-2 je tvořen šesti subškálami, které se zaměřují na jednotlivé komponenty sebepojetí: *Přizpůsobivost* (BEH), *Intelektové a školní postavení* (INT), *Fyzický zjev a vlastnosti* (PHY), *Nepodléhání úzkosti* (FRE), *Popularita* (POP), a *Štěstí a spokojenost* (HAP). Čím vyšší skóre je naměřeno v rámci jednotlivých subškál, tím pozitivnějším sebepojetím jedinec v dané oblasti disponuje. Samotné zavedení subškál reflektuje multidimenzialitu sebepojetí. Prozkoumání výsledků v jednotlivých subškálách pak pomůže odhalit oblasti, ve kterých dítě spatřuje nejistotu, a jsou tak výchozím bodem pro adekvátní intervenci. Součet hodnot vybraných položek v jednotlivých subškálách dotazníku PHCSCS-2 tvoří *Celkový skóre* (TOT), který vyjadřuje celkové sebepojetí jedince. *Celkový skóre* je pak považován za nejspolehlivější ukazatel sebepojetí (Obereignerů et al., 2015).

Podrobnější popis jednotlivých subškál, včetně hodnocení a jeho klinického významu, reflektuje tabulka 1.

Interpretace výsledků PHCSCS-2 nabízí srovnání Celkového skóre sebepojetí jedince s normativním souborem, a odhalit např. poruchy nálady či chování. Zaměření na jednotlivé subškály nabízí pohled na silné a slabé stránky dítěte či dospívajícího, hodnocení na základě položek pak může odhalit specifické emoce a chování (Obereignerů et al., 2015). Jak ovšem autoři (2015) české standardizace PHCSCS-2 poznamenávají, výsledky je třeba interpretovat vždy komplexně, v souvislosti s dalšími údaji a daty o vyšetřovaném jedinci. Jedině tento multifaktoriální přístup může zajistit komplexní zhodnocení sebepojetí dítěte (Obereignerů et al., 2015).

²⁵ McAndrew (1999) na základě korelační analýzy původní *Škály sebepojetí dětí Piers-Harris* a *Coopersmithova inventáře sebeúcty* vyvozuje závěr, že Škálu sebepojetí Piers-Harris (1963) je možné užít jako vhodnou metodu pro měření sebepojetí právě i u dětí s poruchami řečové komunikace.

Tabulka 1: Popis jednotlivých subškál dotazníku PHCSCS-2, hodnocení a klinický význam²⁶

Subškála (počet položek)	Popis subškály	α
Přizpůsobivost (14)	Subškála je orientovaná na připuštění či vyvrácení vlastního problematického chování. Jedinci s nadprůměrným skóre se považují za dobře vychované a schopné dodržovat pravidla; děti s nízkým skóre vykazují významné problémy v chování. <i>„Často dělám, co nemám.“, „Naše rodina má se mnou potíže.“</i>	0, 77
Intelektové a školní postavení (16)	Položky reflektují jednak vnímanou spokojenost se školou a vlastní ambice, jednak vnímání vlastních schopností vztahujících se k intelektuálním a školním úkolům. Nadprůměrný skóre značí jistotu v intelekt. schopnostech a školních výkonech; podprůměrný skóre značí četné akadem. obtíže, nedůvěru ve své schopnosti či rezignaci na slabé školní výsledky. <i>„Školní povinnosti se mi daří plnit.“, „Jsem dobrý/á čtenář/ka.“</i>	0, 73
Fyzický zjev a vlastností (11)	Subškála hodnotí, jak jedinec posuzuje svůj vzhled a vlastnosti, např. vůdcovství a sebeprosazení. Jedinci s nadprůměrným výsledkem jsou spokojeni se svým vzhledem, vnímají se populárními a inteligentními; nízké skóre je známkou negativní sebeúcty v tělesném schématu, vč. fyzických sil a popularity. <i>„Vadí mi, jak vypadám.“, „Jsem tělesně zdatný/á.“</i>	0, 79
Nepodléhání úzkosti (14)	Jednotlivé položky vyjadřují emoce, obavy, nervozitu, smutek, strach či pozornost okolí. Celkově se jedná o subškálu odrážející úzkost a sklíčenost. Jedinci s nadprůměrným skóre popírají negat. emoce, jsou spokojeni s osobnostními vlastnostmi a soc. fungováním. Nízký skóre značí prožívanou úzkost, soc. izolaci či psychické poruchy. <i>„Často se bojím.“, „Chtěl/a bych být jiný/á.“</i>	0, 82
Popularita (12)	Subškála se zaměřuje na aspekty soc. fungování, jako je vnímaná popularita, schopnost utvářet přátelství, a zapojení do soc. interakcí. Vysoký skóre odráží dobré soc. vztahy, oblíbenost a menší ohrožení vyčlenění z kolektivu; jedinci s nízkým skóre zažívají pocity izolovanosti, deprese, či posměch okolí. <i>„Jsem neoblíbený/á.“, „Spolužáci si ze mě dělají legraci.“</i>	0, 77
Štěstí a spokojenost (10)	Subškála hodnotí obecný přístup k životní spokojenosti. Nadprůměrné výsledky odráží celkovou spokojenost, pohodu, pozitivní ladění; podprůměrný skóre je odrazem nespokojenosti, nepřiměřené kritičnosti, může být známkou i přítomné vážné psychické poruchy. <i>„Jsem šťastný člověk.“, „Mám štěstí.“</i>	0, 80

²⁶ Tabulka je vytvořena na základě informací a dat uvedených v *Příručce Piers-Harris 2 - Dotazník sebepojetí dětí a adolescentů autorů Obereignerů et al. (2015).*

6 SBĚR DAT A VÝZKUMNÝ SOUBOR

6.1 Proces sběru dat

Před samotným procesem sběru dat byla nejprve definována kritéria pro zaražení respondentů do experimentální a kontrolní skupiny. Za účelem realizace výzkumného šetření pro **experimentální** skupinu dětí s vývojovou dysfázií bylo následně osloveno hned několik státních i soukromých institucí či zařízení, která se věnují vzdělávání nebo logopedické péči dětí s vývojovou dysfázií. Při výběru výzkumného souboru tak bylo využito nepravděpodobnostních metod - v předloženém výzkumu byl primárně uplatněn záměrný výběr přes instituci (Miovský, 2006); vzhledem k osobním kontaktům autorky práce s kolegyněmi logopedkami byla část respondentů získána také metodou sněhové koule. S ohledem na povahu zvolených nepravděpodobnostních metod výběru pak nelze uvažovat o zobecnění výsledků na širokou populaci (Miovský, 2006).

Celkem bylo s žádostí o umožnění sběru dat osloveno 6 základních škol logopedického typu, 8 speciálně pedagogických center zaměřujících se na jedince s vadami řeči; dále bylo požádáno 6 soukromých i státních ambulancí klinické logopedie a 1 pedagogicko-psychologická poradna z Královéhradeckého, Libereckého, Olomouckého, Středočeského kraje a z Hlavního města Prahy. Autorka práce v úvodním emailu seznámila vedení vybraných organizací s cílem výzkumu, s povahou testového nástroje a s popisem výzkumného souboru. Z celkového počtu oslovených institucí a zařízení pouze 6 souhlasilo s testováním svých žáků či klientů – jednalo se o 2 základní školy, 2 speciálně pedagogická centra (dále SPC) a 2 ambulance klinické logopedie. Bližší údaje o počtu respondentů z jednotlivých zařízení uvádí tabulka 2. Ostatní instituce spolupráci buď odmítly, nebo na email nereagovaly vůbec.

Tabulka 2: Počet respondentů z experimentální skupiny dětí s VD z jednotlivých typů zařízení (n = 32)

Typ zařízení	n (%)
ZŠ logopedická	24 (75)
SPC pro vady řeči	4 (12, 5)
Ambulance klinické logopedie	4 (12, 5)
Celkem	32 (100)

Stejné metody výběru byly použity i pro získání respondentů do **kontrolní** skupiny dětí bez VD. Zde byla shodným způsobem oslovena vedení pěti základních škol v Královéhradeckém kraji, z nichž jedna souhlasila s realizací výzkumného šetření. Dva respondenti pak byli získáni opět metodou sněhové koule.

Po bližší dohodě s vedením institucí a ambulancí byly zákonným zástupcům žáků a klientů předány informované souhlasy o účasti jejich dětí ve výzkumu. Součástí informovaného souhlasu byl i průvodní dopis, v němž byl specifikován záměr výzkumného šetření. Byl zde uveden i kontakt na autorku výzkumu v případě dotazů ze stran zákonných zástupců.

Všem respondentům byl administrován Dotazník sebepojetí dětí a adolescentů Piers-Harris 2 (PHCSCS-2) ve formě tužka-papír. Vzhledem k povaze jednotlivých zařízení, kde výzkum probíhal, nebylo možné respondentům zajistit rovné podmínky – u žáků základních škol probíhala skupinová administrace během vyučovacích hodin; u klientů SPC a klinických logopedů byla zvolena administrace individuální, a to v průběhu terapií či vyšetření. U respondentů zařazených do experimentální skupiny byla navíc upřednostněna varianta předčítání položek dotazníků výzkumníkem či pověřeným pedagogem/logopedem, a to zejména s ohledem na obtíže ve čtení s porozuměním plynoucí z diagnózy vývojové dysfázie.

Samotný sběr dat pak probíhal v časovém rozmezí od května 2021 do února roku 2022.

6.2 Kritéria výzkumného souboru

Výběr výzkumného souboru, který proběhl na základě již zmíněných nepravděpodobnostních metod, a následné rozřazení respondentů do experimentální a kontrolní skupiny, bylo vázáno řadou kritérií.

Pro zařazení respondentů do **experimentální skupiny** byla stanovena následující kritéria:

- **Věk 9 – 12 let** – Dolní věková hranice respondentů byla zvolena zejména s ohledem na české normy dotazníku Piers-Harris 2, které nejsou určeny pro děti mladších 9- ti let (Obereignerů et al., 2015). Horní věková hranice pak vychází z věkového vymezení mladšího školního věku jako vývojového období dle Langmeiera s Krejčířovou (2006).

Mladší školáci byli jako výzkumný soubor vybráni na základě faktu vycházejícího z dostupných odborných zdrojů (např. Thorová, 2015; Langmeier & Krejčířová, 2006), že mladší školní věk je stěžejním obdobím z hlediska formování a budoucí podoby sebepojetí.

- **Vývojová dysfázie jako primární diagnóza** – Nezbytnou podmínkou pro zařazení respondentů do experimentální skupiny bylo potvrzení o přítomnosti logopedické diagnózy ve formě závažné poruchy řečové komunikace – vývojové dysfázie vydané zprávou ze školského poradenského zařízení či od klinického logopeda nebo klinického psychologa. Splnění této podmínky bylo ošetřeno potvrzením diagnózy zákonnými zástupci respondenta v informovaném souhlasu, popř. ověřením ze školní či zdravotní dokumentace dítěte, taktéž za souhlasu zákonných zástupců.
- **Vyloučené další přidružené postižené (symptomatické poruchy řeči)** - Pro účely studie bylo nutné, společně s kritériem *vývojová dysfázie jako primární diagnóza*, vyloučit další přidružená postižení, zejména pak mentální postižení a pervazivní vývojové poruchy; a to vzhledem k faktu, že narušení v rovině řeči i jazyka je přidruženým symptomem celé řady dalších onemocnění (např. Mikulajová, 2016). Vyloučení přidruženého postižení u respondentů je nezbytným kritériem pro zachování cíle celé práce a eliminaci možného zkreslení dat a závěrů.

Kontrolní skupina byla vybrána na základě stejných věkových kritérií jako experimentální skupina. Do kontrolní skupiny byli dále zařazeni žáci, u nichž nebyla anamnesticky potvrzena diagnóza vývojové dysfázie ani jiné stávající zdravotní postižení či znevýhodnění.

6.3 Popis výzkumného souboru

Dotazník sebepojetí dětí a adolescentů Piers-Harris 2 (PHCSCS-2) byl administrován celkem 78 respondentům. Během procesu čištění dat bylo z výzkumu vyřazeno 10 respondentů, u kterých nebyla splněna kritéria pro zařazení do jedné z výzkumných skupin; 3 respondenti byli vyřazeni z důvodu porušení některého z validních ukazatelů dotazníku uvedených v *Příručce* (Obereignerů et al., 2015) či pro nedbalé vyplnění

dotazníku; 1 respondent pak nebyl zařazen pro uvedení nedostatečných údajů v informovaném souhlasu.

Celkový výzkumný soubor je tvořen 64 respondenty ($n = 64$) ve věku od 9 do 12 let, a kteří byli, dle výše uvedených kritérií, rozřazeni do experimentální ($n = 32$) a kontrolní ($n = 32$) skupiny. Výzkumný soubor zahrnuje celkem 20 dívek ($n_1 = 20$) a 44 chlapců ($n_2 = 44$), jejichž průměrný věk je 10,33 let se směrodatnou odchylkou 0,94. Deskriptivní údaje celého výzkumného souboru popisuje tabulka 3.

Tabulka 3: Deskriptivní charakteristiky celkového výzkumného souboru ($n = 64$)

Pohlaví	n	Průměrný věk	SD	Medián	Min.	Max.
Dívky	20	10	0,79	10	9	11
Chlapci	44	10,48	0,98	10	9	12
Celkem	64	10,33	0,94	10	9	12

Experimentální skupinu tvoří 32 respondentů ($n = 32$) s diagnózou vývojové dysfázie, celkový počet je tvořen 10 dívkami ($n_1 = 10$) a 22 chlapci ($n_2 = 22$). Průměrný věk respondentů v experimentální skupině je 10,41 let ($SD = 1,13$). Blíže deskriptivní charakteristiky s ohledem na pohlaví a věk znázorňuje tabulka 4.

Tabulka 4: Deskriptivní charakteristiky experimentální skupiny ($n = 32$) s ohledem na pohlaví a věk

Pohlaví	n	Průměrný věk	SD	Medián	Min.	Max.
Dívky	10	9,90	0,88	10	9	11
Chlapci	22	10,64	1,18	11	9	12
Celkem	32	10,41	1,13	10	9	12

Zde je možné si povšimnout výrazné početní převahy chlapců s vývojovou dysfázií nad děvčaty. Tato nevyváženost ovšem reflektuje současné poznatky o prevalenci vývojové dysfázie s ohledem na pohlaví, které hovoří o jejím pohlavně specifickém výskytu, a uvádějí 3- až 4- násobně vyšší výskyt vývojové dysfázie právě u chlapců (Mikulajová, 2016).

Kontrolní skupinu reprezentuje 32 respondentů ($n = 32$) – žáků bez diagnózy vývojové dysfázie a jiných přidružených postižení. Ekvivalentně k experimentální skupině tvoří tento soubor 10 dívek ($n_1 = 10$) a 22 chlapců ($n_2 = 22$). Průměrný věk činí 10,25 let ($SD = 0,72$). Tabulka 5 pak představuje další popisné charakteristiky skupiny.

Tabulka 5: Deskriptivní charakteristiky kontrolní skupiny ($n = 32$) s ohledem na pohlaví a věk

Pohlaví	n	Průměrný věk	SD	Medián	Min.	Max.
Dívky	10	10, 10	0, 74	10	9	11
Chlapci	22	10, 32	0, 72	10	9	12
Celkem	32	10, 25	0, 72	10	9	12

6.4 Etické hledisko výzkumu

Etický aspekt výzkumu a ochrana zúčastněných respondentů byly ošetřeny podpisem informovaného souhlasu jejich zákonnými zástupci. V informovaném souhlasu dále zákonní zástupci potvrdili či vyloučili diagnózu vývojové dysfázie u svého dítěte, a dále vyloučili či potvrdili přítomnost dalšího přidruženého postižení. V případě, že si zákonní zástupci nebyli jisti diagnózou, podpisem informovaného souhlasu dávali svolení k ověření diagnózy ze školní či zdravotnické dokumentace dítěte. Součástí informovaného souhlasu byl i průvodní dopis se základními informacemi o povaze a cíli výzkumu, včetně emailového kontaktu na osobu výzkumníka. Možnosti kontaktu za účelem bližších informací bylo využito v jednom případě, kdy na žádost zákonného zástupce byl ze strany autorky práce poskytnut bližší náhled do testové metody a seznámení s povahou položek.

Testování probíhalo vždy za dohledu pověřené dospělé osoby – buď samotné autorky studie či pověřeného spolupracujícího pedagoga nebo logopeda. Všichni respondenti se výzkumu zúčastnili dobrovolně a bez nároku na jakoukoliv odměnu.

7 PRÁCE S DATY A INTERPRETACE VÝSLEDKŮ

Následující kapitola představuje stěžejní část celé výzkumné práce. Kapitola stručně popisuje základní práci s daty a metody jejich zpracování; a konečně prezentuje jednotlivé hypotézy a výsledky jejich statistického testování.

7.1 Metody zpracování a analýzy dat

Po vyhodnocení dotazníku byly, dle *Příručky* (Obereignerů et al., 2015), získány hrubé skóry jednotlivých subškál a *Celkového skóre*. Hrubé skóry byly následně převedeny na t-skóry, a tyto výsledky obou výzkumných skupin byly přepsány do programu Statistica 13. Zde probíhaly veškeré další výpočty – jednak byly získány deskriptivní charakteristiky výzkumného souboru, jednak zde probíhalo testování statistických hypotéz.

Před samotným testováním hypotéz bylo pomocí histogramu a Shapiro-Wilkova testu normality ověřeno normální rozdělení jednotlivých proměnných. Normální rozdělení u obou výzkumných skupin bylo zjištěno pouze u proměnné *Celkové skóre* (TOT) ($p > 0,05$). Pro testování hypotézy H1 tak byl zvolen Studentův t-test pro dva nezávislé výběry, jelikož Leveneův test prokázal i splnění podmínky homogenity rozptylů ($p > 0,05$). Pro testování ostatních hypotéz byl, kvůli porušení podmínky N rozdělení u daných veličin, vybrán neparametrický Mann-Whitneyův U test s korekcí na spojitost. Vzhledem ke stanoveným hypotézám, předpokládající nižší hodnoty v jednotlivých škálách dotazníku u experimentální skupiny oproti kontrolní, jsou uvedené p-hodnoty převedeny jednostrannými p-hodnotami ve směru zadaných hypotéz. Veškeré hypotézy jsou testovány na 5% hladině významnosti.

7.2 Výsledky testování hypotéz a jejich interpretace

Vzhledem k potvrzenému N rozdělení veličiny *Celkové skóre* (TOT) u experimentální i kontrolní skupiny, a vzhledem ke shodě rozptylů, byl pro testování hlavní

hypotézy H1 vybrán Studentův t-test pro dva nezávislé výběry s testovou statistikou t a s Cohenovým d jako mírou účinku.

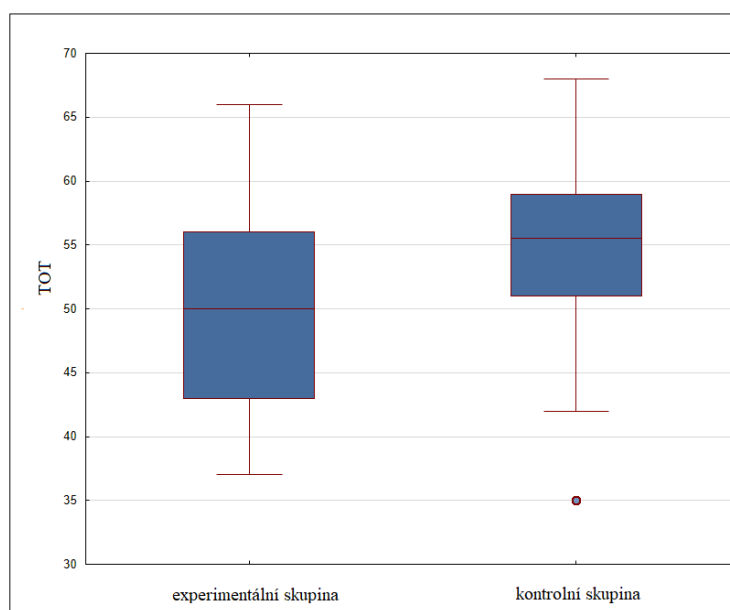
H1: Děti mladšího školního věku s vývojovou dysfázií (bez ohledu na pohlaví) dosahují statisticky nižšího *Celkového skóre* (TOT) v Dotazníku sebepojetí dětí a adolescentů Piers-Harris 2 než děti mladšího školního věku bez vývojové dysfázie.

Statistický test našel v hlavní a nejspolehlivější škále *Celkové skóre* (TOT) signifikantní rozdíl mezi dětmi s vývojovou dysfázií a dětmi bez vývojové dysfázie. Předpoklad tak byl naplněn a bylo potvrzeno, že děti mladšího školního věku s vývojovou dysfázií dosahují signifikantně nižší hodnoty celkového sebepojetí v porovnání s dětmi bez vývojové dysfázie; $t(64) = -2,18$; $p < 0,05$. **Na základě těchto výsledků zamítáme nulovou hypotézu a přijímáme alternativní hypotézu H1.**

Tabulka 6: Výsledky testování hypotézy o rozdílu mezi experimentální skupinou (ES) dětí s VD ($n = 32$) a kontrolní skupinou (KS) dětí bez VD ($n = 32$) v Celkovém skóre (TOT) dotazníku PHSCS-2 (n celkem = 64)

škála	průměr		SD		F-test		t-test		d
	ES	KS	ES	KS	F	p	t	p	
TOT	49,84	54,22	7,89	8,20	1,08	0,83	-2,18	0,02	-0,53

Graf 1: Výsledky škály Celkové skóre (TOT) v experimentální skupině dětí s vývojovou dysfázií ($n = 32$) a v kontrolní skupině dětí bez vývojové dysfázie ($n = 32$); (n celkem = 64)



U výsledků jednotlivých subškál dotazníku, tedy u veličin BEH, INT, PHY, FRE, POP a HAP, byla porušena podmínka normálního rozdělení, a to alespoň u jedné z výzkumných skupin ($p < 0,05$). Pro testování hypotéz H2 – H7 tak byl zvolen neparametrický Mann-Whitneyův U test s korekcí na spojitost, s testovou statistikou U a mírou účinku AUC.

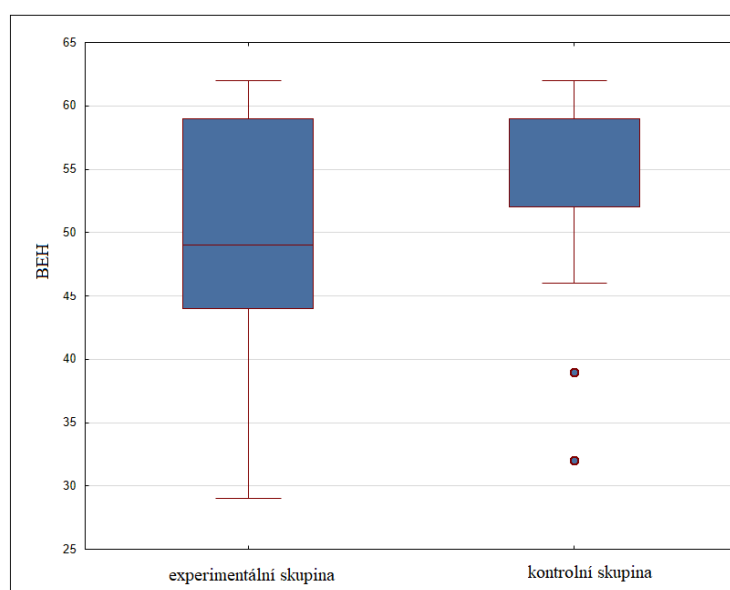
H2: Děti mladšího školního věku s vývojovou dysfázií (bez ohledu na pohlaví) dosahují statisticky významně nižšího skóre v subškále *Přizpůsobivost* (BEH) v Dotazníku sebepojetí dětí a adolescentů Piers-Harris 2 než děti mladšího školního věku bez vývojové dysfázie.

Statistický test zjistil mezi skupinami signifikantní rozdíl v subškále *Přizpůsobivost* (BEH). Děti s vývojovou dysfázií dosáhly v této subškále statisticky významně nižšího skóre ve srovnání s dětmi bez vývojové dysfázie ($p < 0,05$). **Na základě zjištěných výsledků zamítáme nulovou hypotézu a přijímáme alternativní hypotézu H2.**

Tabulka 7: Výsledky statistického testování hypotézy o rozdílu mezi dětmi s VD ($n = 32$) a dětmi bez VD ($n = 32$) v subškále *Přizpůsobivost* (BEH) dotazníku PHSCS-2 (n celkem = 64)

U	p – hodnota	AUC
354	0,01	0,65

Graf 2: Výsledky v subškále *Přizpůsobivost* (BEH) v experimentální skupině dětí s vývojovou dysfázií ($n = 32$) a v kontrolní skupině dětí bez vývojové dysfázie ($n = 32$); (n celkem = 64)



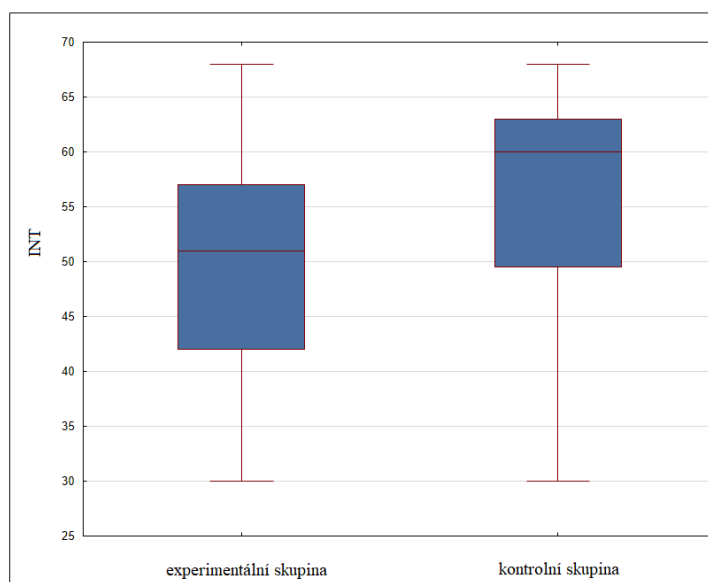
H3: Děti mladšího školního věku s vývojovou dysfázií (bez ohledu na pohlaví) dosahují statisticky významně nižšího skóre v subškále *Intelektové a školní postavení* (INT) v Dotazníku sebepojetí dětí a adolescentů Piers-Harris 2 než děti mladšího školního věku bez vývojové dysfázie.

Mann-Whitneyův U test našel statisticky významný rozdíl v subškále *Intelektové a školní postavení* (INT) mezi dětmi s vývojovou dysfázií a dětmi bez vývojové dysfázie. Dle předpokladu dosáhly děti s VD v této subsložce signifikantně nižšího skóre v porovnání s dětmi bez VD ($p < 0,05$). **Na základě těchto výsledků zamítáme nulovou hypotézu a přijímáme alternativní hypotézu H3.**

Tabulka 8: Výsledky statistického testování hypotézy o rozdílu mezi dětmi s VD ($n = 32$) a dětmi bez VD ($n = 32$) v subškále *Intelektové a školní postavení* (INT) dotazníku PHCSCS-2 (n celkem = 64)

U	p – hodnota	AUC
339	0,01	0,67

Graf 3: Výsledky v subškále *Intelektové a školní postavení* (INT) v experimentální skupině dětí s vývojovou dysfázií ($n = 32$) a kontrolní skupinou dětí bez vývojové dysfázie ($n = 32$); (n celkem = 64)



H4: Děti mladšího školního věku s vývojovou dysfázií (bez ohledu na pohlaví) dosahují statisticky významně nižšího skóre v subškále *Fyzický vzhled a vlastnosti* (PHY) v Dotazníku sebepojetí dětí a adolescentů Piers-Harris 2 než děti mladšího školního věku bez vývojové dysfázie.

Ve skórech v subškále *Fyzický vzhled a vlastnosti* (PHY) nebyl mezi skupinami shledán signifikantní rozdíl ($p > 0, 05$). **Na základě zjištěných výsledků nemůžeme nulovou hypotézu zamítnout, alternativní hypotézu H4 nepřijímáme.**

Tabulka 9: *Výsledky statistického testování hypotézy o rozdílu mezi dětmi s VD ($n = 32$) a dětmi bez VD ($n = 32$) v subškále Fyzický vzhled a vlastnosti (PHY) dotazníku PHCSCS-2 (n celkem = 64)*

U	p - hodnota	AUC
478, 50	0, 33	0, 53

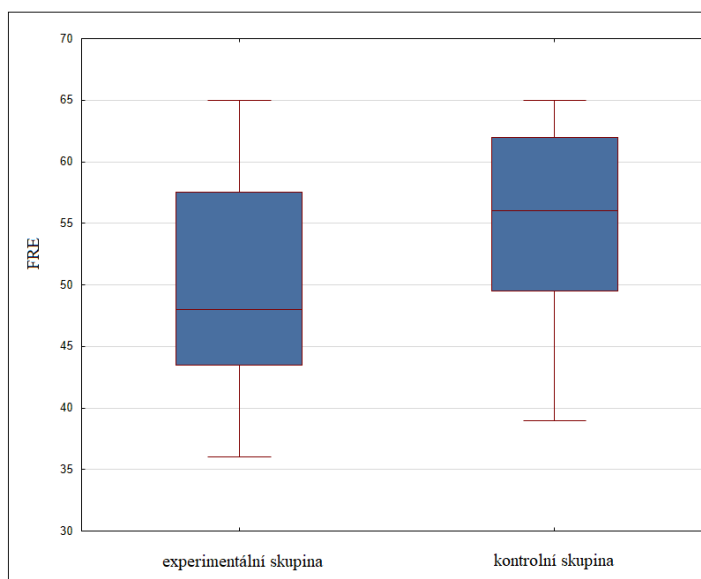
H5: Děti mladšího školního věku s VD (bez ohledu na pohlaví) dosahují statisticky významně nižšího skóre v subškále *Nepodléhání úzkosti* (FRE) v Dotazníku sebepojetí dětí a adolescentů Piers-Harris 2 než děti mladšího školního věku bez VD.

V subškále *Nepodléhání úzkosti* (FRE) dotazníku PHCSCS-2 byl zjištěn signifikantní rozdíl mezi dětmi s vývojovou dysfázií a dětmi bez vývojové dysfázie. Byla naplněna predikce, že děti s VD dosahují statisticky významně nižšího skóre v porovnání se dětmi bez VD ($p < 0, 05$). **Na základě těchto výsledků zamítáme nulovou hypotézu a přijímáme alternativní hypotézu H5.**

Tabulka 10: *Výsledky statistického testování hypotézy o rozdílu mezi dětmi s VD ($n = 32$) a dětmi bez VD ($n = 32$) v subškále Nepodléhání úzkosti (FRE) dotazníku PHCSCS-2 (n celkem = 64)*

U	p - hodnota	AUC
352, 50	0, 02	0, 66

Graf 4: Výsledky v subškále *Nepodléhání úzkosti (FRE)* v experimentální skupině dětí s vývojovou dysfázií ($n = 32$) a kontrolní skupinou dětí bez vývojové dysfázie ($n = 32$); (n celkem = 64)



H6: Děti mladšího školního věku s vývojovou dysfázií (bez ohledu na pohlaví) dosahují statisticky významně nižšího skóre v subškále *Popularita (POP)* v Dotazníku sebepojetí dětí a adolescentů Piers-Harris 2 než děti mladšího školního věku bez vývojové dysfázie.

Ve skórech v subškále *Popularita (POP)* nebyl statistickým testem nalezen statisticky významný rozdíl mezi výzkumnými skupinami ($p > 0, 05$). **Na základě těchto výsledků nemůžeme nulovou hypotézu zamítnout, alternativní hypotézu H6 nepřijímáme.**

Tabulka 11: Výsledky statistického testování hypotézy o rozdílu mezi dětmi s VD ($n = 32$) a dětmi bez VD ($n = 32$) v subškále *Popularita (POP)* dotazníku PHCSCS-2 (n celkem = 64)

U	p - hodnota	AUC
410	0,09	0,6

H7: Děti mladšího školního věku s vývojovou dysfázií (bez ohledu na pohlaví) dosahují statisticky významně nižšího skóre v subškále *Štěstí a spokojenost (HAP)* v Dotazníku sebepojetí dětí a adolescentů Piers-Harris 2 než děti mladšího školního věku bez vývojové dysfázie.

Mann-Whitneyův U test nenalezl signifikantní rozdíl v subškále *Štěstí a spokojenost (HAP)* dotazníku PHCSCS-2 mezi dětmi s vývojovou dysfázií a dětmi bez

vývojové dysfázie ($p > 0,05$). Na základě výsledků nemůžeme nulovou hypotézu zamítnout, alternativní hypotézu H7 nepřijímáme.

Tabulka 12: Výsledky statistického testování hypotézy o rozdílu mezi dětmi s VD ($n = 32$) a dětmi bez VD ($n = 32$) v subskále Štěstí a spokojenost (HAP) dotazníku PHCSCS-2 (n celkem = 64)

U	p - hodnota	AUC
504,50	0,54	0,51

Zajímavým a ve skrz pozitivním zjištěním, které vyplynulo při testování hypotézy H7, je skutečnost, že subsložka **Štěstí a spokojenost** (HAP) je jedinou položkou, ve které děti s vývojovou dysfázií skórovaly průměrně výše než kontrolní skupina dětí bez vývojové dysfázie. Rozdíl v průměrném skóru této položky činil 0,125 bodu ve prospěch dětí s VD.

8 DISKUZE

Prezentovaná výzkumná práce s názvem *Sebepojetí dětí s vývojovou dysfázií* byla realizována s cílem zjistit rozdíly v celkovém sebepojetí dětí mladšího školního věku s vývojovou dysfázií jako jednou z nejtěžších poruch řečové komunikace u dětí. Pozornost byla věnována i specifikům a odlišnostem v jednotlivých subsložkách sebepojetí dětí s vývojovou dysfázií. To vše s cílem bližšího porozumění důsledkům, které s sebou tato diagnóza jedincům přináší.

Diskuzní část se zaměří na sumarizaci nejdůležitějších zjištění, která vyplynula z prezentovaného výzkumu. Výsledky práce dále komparuje se závěry zahraničních studií a dalšími poznatky z tuzemské odborné literatury. Zmíněny jsou i některé limity, se kterými je tato studie spojena. Závěrem jsou nabídnuta doporučení k možnosti navázání na získané poznatky a na jejich další rozšíření.

Vývojové poruchy řeči patří mezi nejběžnější z poruch řečové komunikace v dětském věku, a pro něž je příznačný deficitní jazykový vývoj (Love & Webb, 2009). Vývojová dysfázie jako porucha řečového vývoje se projevuje řadou diskrepancí jednak v celkových rozumových schopnostech dítěte, jednak ve všech jazykových strukturách. Narušení pragmatické roviny řeči pak způsobuje obtíže při každodenní komunikaci dítěte s okolím (Dlouhá et al., 2017). To v mnoha případech vede k narušené vazbě dítěte s prostředím, včetně pečujících osob, a k ohroženému vývoji přiměřeně zdravého *Self* (Richtrová, 2019). Také Macek, Šulová a Konečná (2009) přisuzují komunikačním dovednostem zásadní úlohu při uvědomování si vlastního postavení, zejména v dětském věku. Je třeba poznamenat, že samotný intelekt dětí s vývojovou dysfázií není a priori pod normou a tyto děti si tak řadu svých školních či interpersonálních neúspěchů, plynoucích diagnózy VD, mohou uvědomovat (Richtrová, 2019). S tím souhlasí i Mikulajová (2016), která uvádí, že už většina předškolních dětí si své komunikační obtíže připouští. Z hlediska formování adekvátního sebepojetí je přitom, dle současných poznatků, mladší školní věk, a především prostředí školy, významným milníkem v životě dítěte (Thorová, 2015; Vágnerová, 2012). Na poruchy sebehodnocení u dětí mladšího školního věku s poruchami řeči tak upozorňuje např. i Krejčířová (2018).

Na základě výše zmíněného lze tedy předpokládat, že neurovývojové poškození ve formě vývojové dysfázie se negativně promítne i do vývoje a podoby sebepojetí dítěte (Richtrová, 2019). O tyto predikce se pak opírá i hlavní hypotéza tohoto výzkumu H1.

Hypotéza **H1** předpokládala významně nižší hodnotu celkového sebepojetí dětí mladšího školního věku s vývojovou dysfázií v porovnání s dětmi bez vývojové dysfázie. Statistické testování jednoznačně prokázalo signifikantně nižší celkové sebehodnocení dětí s dg. vývojové dysfázie. Zahraniční studie ovšem, v otázce globálního sebepojetí dětí s VD, nepřináší zcela jednotné výsledky. McAndrew (1999) ve své srovnávací studii nenalezl rozdíl v sebepojetí dětí s poruchami řečové komunikace a kontrolní skupinou. Zde je na místě uvést, že tento výzkum byl svázán řadou přiznaných limitů, zejména nereprezentativním výzkumným vzorkem (McAndrew, 1999). Lindsay, Dockrell, Letchford a Mackie (2002), ačkoliv referují o některých rozdílech v jednotlivých složkách sebepojetí u dětí s vývojovou dysfázií, ve vnímání globální sebehodnoty taktéž nenalezli mezi dětmi s jazykovými obtížemi, kontrolní skupinou i standardizačním vzorkem signifikantní rozdíl. Ve shodě s předešlými pracemi, i Jerome, Fujiki, Brinton a James (2002) neshledali mezi skupinami začínajících školáků s VD a ekvivalentní kontrolní skupinou rozdíly napříč složkami sebepojetí. Teprve u starších dysfatických školáků ve věku 10 – 13 let byly zpozorovány některé významnější disharmonie ve zkoumaných složkách sebehodnocení ve srovnání s intaktními školáky (Jerome, Fujiki, Brinton & James). Oproti tomu Wei a Marder (2012) stanovily věk 12, 68 let jako hranici, ve kdy jsou děti s poruchami řečové komunikace nejvíce sebevědomí. Ve srovnání s tím Langmeier s Krejčířovou (2006) popisují konec období mladšího školního věku jako dobu dočasného poklesu úrovně sebehodnocení. Wadman, Durkin a Conti-Ramsden (2008) dále podávají důkazy o přetrvávající nízké globální sebeúctě u jedinců s VD i v období dospívání. V rozporu s těmito závěry je opět zjištění Wei a Marder (2012), které naopak optimistickým pohledem referují o tendenci postupného zvyšování celkového sebepojetí v průběhu raného až pozdního dospívání právě u jedinců s řečovými a jazykovými obtížemi.

Druhá hypotéza **H2** vyjadřuje predikci o rozdílu v položce *Přizpůsobivost* (BEH) mezi dětmi s VD a jejich vrstevníky bez VD. Tato subškála se zaměřuje na výskyt problematického chování (Obereignerů et al., 2015). Vývojová dysfázie se v řadě případů pojí s dalšími komorbidními vývojovými poruchami. Mezi nejčastěji uváděné patří také porucha pozornosti s hyperaktivitou (ADHD) nebo bez hyperaktivity (ADD) (Mikulajová,

2016). Krejčířová (2018) uvádí výskyt poruch chování u dětí s jazykovými obtížemi za poměrně častý. Studie Pospíšilové a Zapletalové (2017, in Pospíšilová, 2018a) uvádí dokonce 64% výskyt ADHD u vzorku 430 dysfatických dětí. Také studie Lindsayho a Dockrell (2000, in Lindsay, Dockrell, Letchford & Mackie, 2002) zmiňuje vyšší prevalenci výskytu problémového chování u začínajících školáků se závažnými poruchami řečové komunikace než by bylo očekáváno u dětí s fyziologickým vývojem řeči. Výsledky prezentované bakalářské práce, ve shodě s očekáváním, potvrdily signifikantně nižší hodnotu skóre v subškále *Přizpůsobivost* u dětí s vývojovou dysfázií oproti kontrolní skupině. U dětí s VD tak byl potvrzen četnější výskyt problémového chování. I výzkumná skupina dětí s VD ve studii Jerome, Fujikiho, Brinton a Jamese (2002) přiznala četnější obtíže v chování. Mikulajová (2016) ozřejmuje, že nepřiměřené chování dětí s vývojovou dysfázií, zvýšená agresivita či hyperaktivita, zde mohou fungovat jako kompenzační mechanismy plynoucí z jejich omezených komunikačních schopností.

Deficitní sluchové zpracování zvukového signálu řeči u dětí s vývojovou dysfázií způsobuje návazné vývojové poruchy učení. Koexistence vývojové dysfázie se specifickými poruchami učení, zejména v oblasti čtení a pravopisu, je již řadu let prokazatelná (Dlouhá et al., 2017). Dlouhá (2017) uvádí výskyt dysortografie jako specifické poruchy osvojení si pravopisných pravidel až u 70% školáků s anamnestickou vývojovou dysfázií. Obtíže ve školní výkonnosti přitom mohou mít u mladších školáků negativní vliv na jejich sebeobraz, jelikož hodnocení školní úspěšnosti a sociálního přijetí má v tomto období zásadní význam (Marsh, 1990, in Macek, Šulová & Konečná, 2009). Třetí hypotéza **H3** tak předpokládá nižší sebepojetí dětí s VD v oblasti intelektového a školního postavení oproti dětem bez VD. Subškála se zaměřuje na sebehodnocení školních a intelektuálních výkonů, včetně subjektivního vnímání těžkostí v učení a koncentraci (Obereignerů et al., 2015). U mladších školáků s vývojovou dysfázií v tomto výzkumném souboru bylo potvrzeno signifikantně nižší sebepojetí v oblasti školních a intelektových dovedností. Toto zjištění je v souladu s řadou zahraničních studií. Lindsay, Dockrell, Letchford a Mackie (2002) opakovaně prokázali negativnější sebehodnocení školních výkonů u dětí s vývojovou dysfázií. Stejných výsledků dokonce dosáhli při komparaci dětí s VD jednak s vlastní kontrolní skupinou, jednak s normativním souborem. Varovně je pak zjištění, že tyto postoje k vlastním výsledkům jsou u mladších školáků víceméně stabilního charakteru (Lindsay, Dockrell, Letchford & Mackie, 2002). Obdobně i Fujiki, Brinton a James (2002) došli k závěrům, že se diagnóza VD negativně promítá do subjektivního

vnímání školní úspěšnosti. Školní prostředí a zážitek školní úspěšnosti jsou přitom v mladším školním věku významnými faktory při formování sebehodnocení dítěte (Vágnerová, 2012).

Kromě akademických úspěchů je to i pohybová a tělesná zdatnost, která je pro mladší školáky významná z hlediska formování sebehodnocení (Marsh, 1990, in Macek, Šulová & Konečná, 2009). Symptomy vývojové dysfázie mají přesah i do mimojazykových oblastí, tedy i do motoriky a celkové pohybové koordinace (Mikulajová, 2016). U řady dětí s VD je také přítomná orální či grafická dyspraxie jako vývojová motorická porucha (Pospíšilová, 2018a). Hypotéza **H4** se opírá o tyto zmíněné faktory a předpokládá signifikantně nižší úroveň sebepojetí v subsložce *Fyzický zjev a vlastnosti* u dětí s VD. Statistické testování neprokázalo signifikantní rozdíl ve fyzické a tělesné složce sebepojetí mezi dětmi s VD a bez vývojové dysfázie. Lze tedy souhlasit s tvrzením Jerome, Fujikiho, Brinton a Jamese (2002), že děti s vývojovou dysfázií si nejvíce připouštějí selhávání v oblastech, ve kterých se významně uplatňují jazykové dovednosti.

Z důvodu narušení jazykových rovin může být u dětí s vývojovou dysfázií oslabena i emotivní složka osobnosti. Zhruba u poloviny dětí s poruchami řeči je možné nalézt komorbiditu s další psychickou poruchou. Uvědomování si nedostatečných jazykových kompetencí a nemožnost adekvátně vyjádřit své potřeby vede u řady dětí s VD k opakovaným pocitům frustrace. Pro oslabené schopnosti řečového vyjadřování je pro děti s VD obtížnější i kontakt s vrstevníky a dovednost skupinové argumentace (Krejčířová, 2018). Mnohdy oslabené sociálně-kognitivní dovednosti brání dětem s vývojovou dysfázií v dosažení adekvátní úrovně sociálního sebepojetí (Marton, Abramoff & Rosenzweig, 2005). Řada autorů (např. Mikulajová, 2016; Richtrová, 2021; Durkin & Conti-Ramsden, 2007, etc.) shodně referuje o selhávání dětí s vývojovou dysfázií v sociálních vztazích právě pro jejich nedostatečné sociálně-emoční kompetence. Na základě těchto postulátů byly stanoveny vzájemně související hypotézy **H5**, **H6** a **H7**. Hypotéza **H5** předpokládala nižší sebepojetí dětí s VD v subškále *Nepodléhání úzkosti* zaměřující se na subjektivní pocity úzkosti, nervozity, stydlivosti, strachu, ale i izolace od ostatních (Obereignerů et al., 2015). Závěry předložené studie potvrdily signifikantně nižší sebehodnocení v této subsložce u dětí s vývojovou dysfázií. Také Marton, Abramoff a Rosenzweig (2005) ve své práci poukazují na zvýšený výskyt pocitu osamělosti až izolace u dětí s VD. Studie Wadman, Durkina a Conti-Ramsden (2008) poukazuje na skutečnost, že i dospívající jedinci s anamnestickou vývojovou dysfázií se potýkají se zvýšenou plachostí. Autoři tak

dávají do vzájemné souvislosti úroveň jazykových dovedností a plachost jako prediktory sebeúcty (Wadman, Durkin & Conti-Ramsden, 2008).

Hypotéza **H6** vyjadřuje predikci o nižším sebepojetí dětí s VD v oblasti popularity, sociálních vztahů a společenského fungování (Obereignerů et al., 2015). Výsledky této studie ovšem neprokázaly signifikantní rozdíl v subsložce *Popularita* mezi skupinou mladších školáků s vývojovou dysfázií a bez VD. Předložené závěry jsou pak v rozporu hned s řadou zahraničních studií (např. Lindsay, Dockrell, Letchford & Mackie, 2002; Jerome, Fujiki, Brinton & James, 2002; Marton, Abramoff & Rosenzweig, 2005). Tyto studie shodně dokládají významně nižší sebehodnocení dětí s vývojovou dysfázií co se týče sociálního přijetí, společenského chování a spokojenosti ve vztazích s vrstevníky. Marton, Abramoff a Rosenzweig (2005) dokonce uvádějí, že se děti s VD potýkají se závažnějšími obtížemi právě v oblasti společenského života oproti akademickým výsledkům; a staví sociální postavení dětí v kolektivu do pozice nejvýznamnějšího faktoru podílejícího se na podobě jejich sebehodnocení. Autorka práce se domnívá, že tento nesoulad výsledků mohl být způsoben výběrem výzkumného souboru, jelikož 75% dětí s VD zde bylo žáky základních škol logopedických. Lze tak soudit, že signifikantní rozdíl v sebehodnocení sociálních vztahů a oblíbenosti by mohl být nalezen v případě dětí s VD individuálně integrovaných v základních školách běžného typu, a tedy v kolektivu vrstevníků bez jazykových a řečových obtíží.

Na základě výše popsaných projevů vývojové dysfázie a dopadů její symptomatologie na osobnost dítěte bylo předpokládáno, že se tyto faktory negativně promítnou i do subjektivního vnímání štěstí a životní spokojenosti. Nízké sebehodnocení v subsložce *Štěstí a spokojenost* je očekáváno zejména u jedinců s emočními poruchami, úzkostí nebo depresivním laděním či s poruchami chování (Obereignerů et al., 2015). Obereignerů s kolektivem (2015) dodávají, že nízký skór lze očekávat i u dětí se školními a výukovými obtížemi, kam zcela nepochybně patří i děti s vývojovou dysfázií. Signifikantní rozdíl v sobpložce *Štěstí a spokojenost* mezi dětmi s vývojovou dysfázií a bez VD nebyl ovšem prokázán. Školáci s VD v tomto souboru dokonce skórovaly v položce *Štěstí a spokojenost* v průměru o 0, 125 bodu výše než kontrolní skupina. Toto zjištění, že i přes prokazatelné subjektivní obtíže v různých doménách napříč sebepojetím se děti s vývojovou dysfázií považují za šťastné a spokojené, je možné, s ohledem na dětskou psychiku, považovat za velmi pozitivní výsledek.

V souvislosti s možnými **limity studie** je třeba uvést nejednotné podmínky prostředí, ve kterých samotný proces získávání dat probíhal. U klientů logopedických ambulancí a SPC probíhala individuální administrace, u žáků základních škol, včetně základních škol logopedického typu, byla realizována skupinová administrace. S tím souvisí i skutečnost, že u některých respondentů probíhalo testování přímo za přítomnosti autorky výzkumu, u jiných byla administrace provedena spolupracujícím pedagogem či logopedem, který byl před samotnou administrací autorkou výzkumu proškolen. Možné zkreslení výsledků může potencionálně plynout i z neporozumění jednotlivým výrokům v dotazníku, a to nejen ze strany dětí s VD. Tomuto zkreslení ale bylo v průběhu testování cíleně předcházeno zejména u experimentální skupiny dětí s VD, kdy jim byly dílčí výroky předčítány a případně objasňovány. Za zmínku stojí i velikost výzkumného souboru ($n = 64$), která bohužel neumožňuje širší aplikaci závěrů na celou populaci jedinců s VD.

S ohledem na absenci tuzemských studií mapujících sebepojetí dětí s vývojovou dysfázií, je hlavní **přínos** práce spatřován v dalším rozšíření poznatků o této komplexní a závažné diagnóze. Tyto závěry jsou zároveň v souladu s výsledky řady zahraničních studií. Získané poznatky pomohou odborníkům pracujícím s dětmi s vývojovou dysfázií – logopedům, psychologům, speciálním pedagogům, ale i učitelům, blíže porozumět zvláštnostem plynoucí z této diagnózy. Výsledky práce dále poukazují na důležitost komplexního a celostního přístupu uplatňovaného nejen při terapiích, ale i ve vzdělávání a v domácím prostředí. Potřeba komplexního přístupu by měla tak měla být realizována s ohledem na celkový rozvoj osobnosti dětí s VD a formování jejich budoucího a přiměřeného sebeobrazu.

Pro budoucí studie by bylo zajímavé navázat na některé z uvedených zahraničních studií (např. Wadman, Durkin & Conti-Ramsden, 2008) a sledovat proměnu sebepojetí jedinců s VD v průběhu času. Případná replikace prezentované studie by se mohla zaměřit na sebepojetí jedinců s VD v období dospívání, jelikož toto vývojové období s sebou přináší řadu změn. Významná by pak v tomto ohledu mohla být studie s reprezentativním výzkumným vzorkem.

9 ZÁVĚR

Představená bakalářská diplomová práce si kladla za cíl prozkoumat celkové sebepojetí dětí mladšího školního věku s vývojovou dysfázií; a dále zjistit specifika jejich sebepojetí v jednotlivých dílčích složkách. Výzkum přinesl řadu zjištění, které mohou pomoci objasnit některé zvláštnosti plynoucí z diagnózy vývojové dysfázie.

Ke stěžejním závěrům výzkumné práce patří:

- Vývojová dysfázie jako jedna z nejzávažnějších poruch řečové komunikace dětského věku se negativně promítá do sebepojetí dětí mladšího školního věku.
- V nejdůležitější škále *Celkové skóre* (TOT), hodnotící celkové sebepojetí a postoj sám k sobě, dosáhly děti s vývojovou dysfázií signifikantně nižšího skóre v porovnání se svými vrstevníky bez vývojové dysfázie.
- Statisticky významný rozdíl mezi skupinami byl nalezen v subškálách *Přizpůsobivost* (BEH), *Intelektové a školní postavení* (INT) a *Nepodléhání úzkosti* (FRE), kdy děti mladšího věku s vývojovou dysfázií skórovaly v těchto subškálách signifikantně níže ve srovnání s dětmi bez vývojové dysfázie.
- V subškálách *Fyzický zjev a vlastnosti* (PHY), *Popularita* (POP) a *Štěstí a spokojenost* (HAP) nebyl mezi výzkumnými skupinami nalezen signifikantní rozdíl, a sebepojetí v těchto složkách se v experimentální a kontrolní skupině příliš neliší.

SOUHRN

Bakalářská diplomová práce s názvem *Sebepojetí dětí s vývojovou dysfázií* vychází z řady tuzemských i zahraničních multidisciplinárních poznatků o komplexnosti symptomů diagnózy vývojové dysfázie v osobnosti dítěte. Výzkumná otázka se zaobírá možností prozkoumat a zjistit potencionální odraz vývojové dysfázie v sebepojetí dětí mladšího školního věku. Hlavním cílem práce bylo zjistit jednak celkový sebeobraz mladších školáků s VD, jednak prozkoumat specifika jeho dílčích složek dle Dotazníku sebepojetí dětí a adolescentů Piers-Harris 2. Výzkumný soubor čítá 64 respondentů rovnoměrně rozdělených do dvou výzkumných skupin. V rámci těchto skupin pak probíhalo veškeré zpracování, analýza a porovnávání získaných dat pomocí programu Statistica 13.

Teoretická část práce je rozpracována do tří kapitol, a jejím záměrem je co nekomplexnější uchopení výzkumné problematiky. První kapitola se věnuje obsáhlému tématu vývojové dysfázie jako jedné z poruch řečové komunikace dětského věku. Krátce seznamuje se základními lingvistickými pojmy jako jazyk, řeč a komunikace; a specifikuje význam komunikace v životě dítěte jako zásadní nástroj učení a formování sociálních vztahů (Thorová, 2015). Pozornost je věnována i samotnému ontogenetickému vývoji řeči s důrazem na vývojové odchylky, které mohou být signálem případného neurovývojového poškození. Dále je představeno postavení diagnózy vývojové dysfázie v klasifikačních systémech a různé pohledy na její, ne zcela jednoznačné, vymezení. Terminologická nejednost se pak odráží i v nově platné MKN-11, kde jsou patrné významné změny oproti předchozí revizi (WHO, 2021). Následující podkapitola je věnována etiopatogenezi, která zdůrazňuje funkci nejen mozkových korelátů (např. Love & Webb, 2009; Mikulajová, 2016), ale i vliv genů (např. Bishop, 2006) při vzniku VD. Závěr pak patří přehledu komplexní symptomatologie zaměřující se na všechny složky osobnosti dítěte.

Druhá kapitola se zaměřuje na sebepojetí jako na fenomén lidské osobnosti. Kapitola v úvodu vymezuje stěžejní pojmy *Self* a *Já* pohledem významných zástupců psychologických směrů; a definuje samotný pojem *sebepojetí*. Popsány jsou dílčí složky sebepojetí, které svou součinností formují jeho finální podobu. Významnou součástí kapitoly tvoří podkapitola věnována vývoji a formování sebepojetí od narození po vývojové období mladšího školního věku, jelikož děti v tomto období tvoří respondenty výzkumné práce. Mladší školní věk je zásadním vývojovým obdobím v životě dítěte

z pohledu formování a budoucí podoby sebepojetí (Thorová, 2015; Vágnerová, 2012). Závěrečná podkapitola pak shrnuje samotný psychologický význam sebepojetí pro člověka a pro jeho úspěšné „bytí“.

Poslední přehledová kapitola přináší závěry vybraných zahraničních studií, které byly v průběhu let realizovány se shodným záměrem – tedy zjistit specifika sebepojetí dětí s vývojovou dysfázií. Prezentované výzkumy se průřezově zajímají např. i o možné korelace a souvislosti mezi úrovní jazykových dovedností a jednotlivých složek sebepojetí (např. Wadman, Durkin & Conti-Ramsden, 2008). Tyto rozšiřující poznatky pak přináší hlubší náhled do tak již složité a komplexní problematiky.

Výzkumného šetření se zúčastnilo celkem 64 respondentů ($n = 64$) – dětí mladšího školního věku ve věkovém rozmezí 9 – 12 let. Významná je pak převaha chlapců ($n_2 = 44$), nad děvčaty ($n_1 = 20$). Tento nepoměr je primárně dán pohlavně specifickým výskytem VD s převahou u mužského pohlaví (Mikulajová, 2016). Jako hlavní metoda výběru figuroval záměrný výběr přes instituci, doplněný metodou sněhové koule. Respondenti byli vyváženě rozřazeni do experimentální ($n = 32$) a kontrolní skupiny ($n = 32$) dle předem stanovených kritérií. Experimentální skupinu tvořily děti s diagnostikovanou vývojovou dysfázií a bez dalšího přidruženého postižení, kontrolní skupina byla složena z jejich vrstevníků bez vývojové dysfázie. Všem respondentům byl administrován Dotazník sebepojetí dětí a adolescentů Piers-Harris 2. Administrace probíhala jednak individuálně, jednak skupinově, a to formou tužka-papír.

Na základě teoretických postulátů bylo stanoveno 7 hypotéz, které byly následně podrobeny statistickému testování. Všechny hypotézy předpokládaly nižší skóry v jednotlivých složkách sebepojetí u dětí s vývojovou dysfázií. Hlavní hypotéza o rozdílu mezi skupinami ve škále *Celkové skóre* (TOT) byla testována pomocí t-testu pro dva nezávislé výběry. Ostatní hypotézy o rozdílu v jednotlivých subškálách dotazníku byly podrobeny testování Mann-Whitneyovým U testem.

Výsledky statistického testování hypotéz prokázaly negativní dopad vývojové dysfázie na sebepojetí dětí mladšího školního věku. Děti s VD v této experimentální skupině dosáhly statisticky významně nižšího skóre ve škále *Celkové skóre* (TOT) oproti dětem bez vývojové dysfázie. Další signifikantní rozdíly byly shledány v subškálách *Přizpůsobivost* (BEH), *Intelektové a školní postavení* (INT) a *Nepodléhání úzkosti* (FRE). V těchto subškálách skórovaly děti s vývojovou dysfázií opět statisticky významně níže

v porovnání s kontrolní skupinou dětí bez VD. V subškálách *Fyzický zjev a vlastnosti* (PHY), *Popularita* (POP) a *Štěstí a spokojenost* (HAP) nebyly mezi výzkumnými skupinami prokázány signifikantní rozdíly. Předpoklady o rozdílu v sebepojetí dětí s vývojovou dysfázií ve srovnání s dětmi bez VD tak byly částečně naplněny a potvrzeny.

K předložené studii se pojí i některé limity. Mezi zmiňované patří např. nejednotné podmínky při sběru dat z důvodu různých typů zařízení, ve kterých byl výzkum realizován. Nereprezentativní výzkumný vzorek 64 respondentů je dalším z limitů, a který neumožňuje získané závěry globálně uplatnit. Získání reprezentativního vzorku je pak jedním z doporučení pro případnou replikaci výzkumu.

Ze závěrů studie může při práci s dětmi s vývojovou dysfázií čerpat řada odborníků a specialistů. Zdůrazněn je zejména požadavek komplexního a multidisciplinárního přístupu s ohledem na celou osobnost dítěte nejen s diagnózou vývojové dysfázie, ale i s dalšími závažnými poruchami řečové komunikace.

SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ A LITERATURY

1. APA (2021). *Dictionary of Psychology*. Získáno 28. října 2021 z <https://dictionary.apa.org/pdf>
2. Bishop, D. V. (2006). What causes specific language impairment in children? *Current directions in psychological science*, 15(5), 217 - 221. doi.org/10.1111/j.1467-8721.2006.00439.x
3. Bishop, D. V., Snowling, M. J., Thompson, P. A., Greenhalgh, T., Catalise-2 Consortium, Adams, C., ... & House, A. (2017). Phase 2 of CATALISE: A multinational and multidisciplinary Delphi consensus study of problems with language development: Terminology. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 58(10), 1068-1080. doi.org/10.1111/jcpp.12721
4. Blatný, M. (2003). Sebepojetí z pohledu sociálně-kognitivní psychologie. In Plháková, A., & Blatný, M., *Temperament, inteligence, sebepojetí: nové pohledy na tradiční témata psychologického výzkumu* (87 – 130). Praha: Psychologický ústav AV ČR.
5. Borecka-Biernat, D. (2009). Sebehodnocení a strategie vyrovnání se s obtížnými sociálními situacemi. In Poledňová, I., *Sebepojetí dětí a dospívajících v kontextu školy* (65 – 78). Brno: Masarykova univerzita.
6. Butler, R. J., & Gasson, S. L. (2005). Self esteem/self concept scales for children and adolescents: A review. *Child and Adolescent mental health*, 10(4), 190-201. doi: 10.1111/j.1475-3588.2005.00368.x
7. Coelho, S., Albuquerque, C. P., & Simões, M. R. (2013). Specific Language Impairment: A Neuropsychological Characterization1. *Paidéia (Ribeirão Preto)*, 23(54), 31-41. doi.org/10.1590/1982-43272354201305
8. Conti-Ramsden, G., & Botting, N. (2008). Emotional health in adolescents with and without a history of specific language impairment (SLI). *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 49(5), 516-525. doi.org/10.1111/j.1469-7610.2007.01858.x
9. Dlouhá, O. (2019). Poruchy sluchového vnímání u dětí s vývojovou dysfázií. *Listy klinické logopedie*, 3(1), 45 – 47. doi: 10.36833/kl.2019.010
10. Dlouhá, O., Krejčířová, D., Nevšimalová, S., Paclt, I., Škodová, E., & Vokřál, J. (2017). *Poruchy vývoje řeči*. Praha: Galén.

11. Durkin, K., & Conti-Ramsden, G. (2007). Language, social behavior, and the quality of friendships in adolescents with and without a history of specific language impairment. *Child development*, 78(5), 1441-1457. doi.org/10.1111/j.1467-8624.2007.01076.x
12. Durkin, K., Toseeb, U., Botting, N., Pickles, A., & Conti-Ramsden, G. (2017). Social confidence in early adulthood among young people with and without a history of language impairment. *Journal of Speech, Language, and Hearing Research*, 60(6), 1635-1647. doi: 10.1044/2017_JSLHR-L-16-0256
13. Eccles, S. J. (1999). The Development of Children Ages 6 – 14. *The Future of Children*, 9(2), 30-44. Získáno 12. července 2019 z https://www.researchgate.net/publication/12668812_The_Development_of_Children_Ages_6_to_14
14. Ferjenčík, J. (2000). *Úvod do metodologie psychologického výzkumu: Jak zkoumat lidskou duši*. Praha: Portál.
15. Hartl, P., & Hartlová, H. (2009). *Psychologický slovník*. Praha: Portál.
16. Herbert, M. R., Ziegler, D. A., Deutsch, C. K., O'Brien, L. M., Kennedy, D. N., Filipek, P. A., ... & Caviness Jr., V. S. (2005). Brain asymmetries in autism and developmental language disorder: a nested whole-brain analysis. *Brain*, 128(1), 213-226. doi.org/10.1093/brain/awh330
17. Hrkal, J. (2019). *Děti se zdravotním postižením a osoby se zdravotním postižením žijící mimo soukromé domácnosti*. Praha: Český statistický úřad.
18. Iverson, J. M. (2010). Developing language in a developing body: The relationship between motor development and language development. *Journal of child language*, 37(2), 229 - 261. doi: 10.1017/S0305000909990432
19. Jerome, A. C., Fujiki, M., Brinton, B., & James, S. L. (2002). Self-esteem in children with specific language impairment. *Journal of Speech, Language, and Hearing Research*, 45 (4), 700 – 714. doi.org/10.1044/1092-4388(2002/056)
20. Klenková, J. (2006). *Logopedie: narušení komunikační schopnosti, logopedická prevence, logopedická intervence v ČR, příklady z praxe*. Praha: Grada Publishing.
21. Konečná, V. (2010). *Sebepojetí a sebehodnocení rozumově nadaných dětí*. Brno: Masarykova univerzita.
22. Krejčířová, D. (2018). Poruchy řeči a komunikace z pohledu dětské klinické psychologie. In Neubauer, K. a kol., *Kompendium klinické logopedie: diagnostika a terapie poruch komunikace* (170 - 182). Praha: Portál.

23. Langmeier, J., & Krejčířová, D. (2006). *Vývojová psychologie*. Praha: Grada Publishing.
24. Lechta, V. (2003). Základní vymezení oboru logopedie. In Škodová E., & Jedlička, I., *Klinická logopedie* (17 – 28). Praha: Portál.
25. Lindsay, G., Dockrell, J., Letchford, B., & Mackie, C. (2002). Self esteem of children with specific speech and language difficulties. *Child Language Teaching and Therapy*, 18(2), 125-143. doi.org/10.1191/0265659002ct231oa
26. Love, R. J., & Webb, W. G. (2009). *Mozek a řeč: neurologie nejen pro logopedy*. Praha: Portál.
27. Lum, J. A., Gelgic, C., & Conti-Ramsden, G. (2010). Procedural and declarative memory in children with and without specific language impairment. *International Journal of Language & Communication Disorders*, 45(1), 96-107. doi: 10.3109/13682820902752285
28. Macek, P., Šulová, L., & Konečná, V. (2009). Proměny vztahu k sobě v průběhu dětství a dospívání. In Poledňová, I., *Sebepojetí dětí a dospívajících v kontextu školy* (7 – 26). Brno: Masarykova univerzita.
29. Marton, K., Abramoff, B., & Rosenzweig, S. (2005). Social cognition and language in children with specific language impairment (SLI). *Journal of communication disorders*, 38(2), 143-162. doi.org/10.1016/j.jcomdis.2004.06.003
30. McAndrew, E. (1999). The relationship between self-esteem and language disordered children. *Child Language Teaching and Therapy*, 15(3), 219-232. doi.org/10.1177/026565909901500303
31. Mikulajová, M. (2016). Narušený vývin řeči. In Kerekrétiiová, A., Buntová, D., Bauerová, I., Cséfalvay, Z., Gúthová, M., Hudecová, D., ... Vedrödyova, M., *Logopédia* (13 – 35). Bratislava: Univerzita Komenského.
32. Miovský, M. (2006). *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu*. Praha: Grada Publishing.
33. MKN-10: *Mezinárodní statistická klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů*. (2021). Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR. Získáno 4. listopadu 2021 z: MKN-10, Tabelární část (uzis.cz)
34. Moškurjácová, Z., & Neubauer, K. (2018). Fylogeneze a ontogeneze řeči. In Neubauer, K. a kol., *Kompendium klinické logopedie: diagnostika a terapie poruch komunikace* (254 – 268). Praha: Portál.
35. Neubauer, K. (2011). *Artikulace a fonologické rozlišování hlásek*. Havlíčkův Brod: Tobiáš.

36. Neubauer, K. (2018). Současná terminologická východiska oboru klinická logopedie. In Neubauer K. a kol., *Kompendium klinické logopedie: diagnostika a terapie poruch komunikace* (33 – 44). Praha: Portál.
37. Obereignerů, R. (2013). *Afázie a přidružené poruchy symbolických funkcí*. Olomouc: Univerzita Palackého.
38. Obereignerů, R., Orel, M., Reiterová, E., Mentel, A., Malčík, M., Petružová, T., Fac, O., Friedlová, M. (2015). *Dotazník sebepojetí dětí a adolescentů PHCSCS-2*. Praha: Hogrefe TestCentrum.
39. Obereignerů, R., Orel, M., & Mentel, A. (2017). *Sebepojetí dětí a adolescentů*. Olomouc: Univerzita Palackého.
40. Orth, U., & Robins, R. W. (2014). The development of self-esteem. *Current directions in psychological science*, 23(5), 381-387. doi.org/10.1177/0963721414547414
41. Piers, E. V., & Harris, D. B. (1964). Age and other correlates of self-concept in children. *Journal of Educational Psychology*, 55(2), 91–95. doi.org/10.1037/h0044453
42. Plháková, A. (2007). *Učebnice obecné psychologie*. Praha: Academia.
43. Pospíšilová L. (2018a). Neurovývojové poruchy a klinická logopedie. In Neubauer, K. a kol., *Kompendium klinické logopedie: diagnostika a terapie poruch komunikace* (183 - 222). Praha: Portál.
44. Pospíšilová, L. (2018b). Opožděný vývoj řeči. In Neubauer, K. a kol., *Kompendium klinické logopedie: diagnostika a terapie poruch komunikace* (268 - 282). Praha: Portál.
45. Pospíšilová, L. (2018c). Vývojová dysfázie. In Neubauer, K. a kol., *Kompendium klinické logopedie: diagnostika a terapie poruch komunikace* (283 - 315). Praha: Portál.
46. Pospíšilová, L. (2019). Vývojová dysfázie současnosti. *Listy klinické logopedie*, 3(1), 48-54. doi: 10.36833/lkl.2019.011
47. Richtrová, B. (2019). Vývoj sebeobrazu u dětí s vývojovou dysfázií. *Listy klinické logopedie*, 3(1), 29 - 35. doi: 10.36833/lkl.2019.007
48. Richtrová, B. (2021). Emočně-sociální obtíže u dětí s vývojovou dysfázií. *Listy klinické logopedie*, 5(2), 37 – 43. doi: 10.36833/lkl.2021.029
49. Robins, R. W., & Trzesniewski, K. H. (2005). Self-esteem development across the lifespan. *Current directions in psychological science*, 14(3), 158-162. doi.org/10.1111/j.0963-7214.2005.00353.x
50. Roddaam, H., & Skeat, J. (2020). Best practise in working with children who have developmental language disorder: A focused review of the current research evidence base. *Listy klinické logopedie*, 4(1), 72-78, doi: 10.36833/lkl.2020.014

51. Shaffer, D. D. R., & Kipp, K. (2010). *Developmental Psychology: Childhood & Adolescence*. Získáno 12. července 2019 z http://elibrary.bsu.az/books_163/N_44.pdf
52. Smart, R. (nedat). Získáno 27. února 2021 z <https://citaty.net/autori/ralph-smart/>
53. Smolík, F., & Seidlová Málková, G. (2014). *Vývoj jazykových schopností v předškolním věku*. Praha: Grada Publishing.
54. Škodová, E., & Jedlička, I. (2003). Poruchy vývoje řeči. In Škodová, E., Jedlička, I. a kol., *Klinická logopedie* (91 – 142). Praha: Portál.
55. St Clair, M. C., Pickles, A., Durkin, K., & Conti-Ramsden, G. (2011). A longitudinal study of behavioral, emotional and social difficulties in individuals with a history of specific language impairment (SLI). *Journal of communication disorders*, 44(2), 186-199. doi.org/10.1016/j.jcomdis.2010.09.004
56. Thorová, K. (2015). *Vývojová psychologie: proměny lidské psychiky od početí po smrt*. Praha: Portál.
57. Vágnerová, M. (2010). *Psychologie osobnosti*. Praha: Karolinum.
58. Vágnerová, M. (2012). *Vývojová psychologie: dětství a dospívání*. Praha: Karolinum.
59. Vygotskij, L. S. (2004). *Psychologie myšlení a řeči*. Praha: Portál.
60. Vymětal, J. (2010). *Úvod do psychoterapie*. Praha: Grada Publishing.
61. Výrost, J., & Slaměník, I. (2008). *Sociální psychologie*. Praha: Grada Publishing.
62. Wadman, R., Durkin, K., & Conti-Ramsden, G. (2008). Self-esteem, shyness, and sociability in adolescents with specific language impairment (SLI). *Journal of Speech, Language, and Hearing Research*. 51(4), 938-952. doi.org/10.1044/1092-4388(2008/069)
63. Wei, X., & Marder, C. (2012). Self-concept development of students with disabilities: Disability category, gender, and racial differences from early elementary to high school. *Remedial and Special Education*, 33(4), 247-257. doi: 10.1177/0741932510394872
64. World Health Organisation (2021): *ICD-11 for Mortality and Morbidity Statistics*. Získáno 1. prosince 2021 z <http://id.who.int/icd/entity/33269655>
65. Zelinková, O. (2015). *Poruchy učení: dyslexie, dysgrafie, dysortografie, dyskalkulie, dyspraxie, ADHD*. Praha: Portál.

PŘÍLOHY

Seznam příloh:

1. Informovaný souhlas
2. Seznam tabulek a grafů
3. Abstrakt v českém jazyce
4. Abstrakt v anglickém jazyce

Příloha 1: Informovaný souhlas

UNIVERZITA PALACKÉHO V OLOMOUCI
FILOZOFICKÁ FAKULTA
Katedra psychologie

Informovaný souhlas s účastí ve výzkumu k bakalářské diplomové práci

Název práce: Sebepojetí dětí s vývojovou dysfázií

Autor práce: Mgr. Anna Holá

Vedoucí práce: doc. PhDr. Mgr. Roman Procházka, Ph.D.

Veškerá získaná data budou zpracována **anonymně**, v souladu se všemi etickými principy testování (testování je dobrovolné s možností přerušit účast na výzkumném šetření kdykoliv v jeho průběhu) a použita výhradně pro vědecké účely.

Prohlašuji, že jsem byl/a seznámen/a s podmínkami účasti mé/ho dcery/syna na výzkumu „*Sebepojetí dětí s vývojovou dysfázií*“ a souhlasím s její/jeho účastí ve výzkumu.

Jméno a příjmení dítěte: _____

Věk dítěte: _____

Prosím, zakroužkujte – Logopedická diagnóza mého dítěte²⁷:

Specificky narušený vývoj řeči (vývojová dysfázie) / Opožděný vývoj řeči / Narušení zvuku řeči („dyslálie“) / Vývojová dysartrie / Balbuties (kocktavost) / Tumultus sermonis (breptavost)
/ jiné: _____

SPU: dyslexie / dysgrafie / dysortografie / dyskalkulie

V _____ dne _____

Podpis zákonného zástupce

²⁷ V případě, že neznám logopedickou diagnózu svého dítěte, uděluji souhlas k jejímu získání prostřednictvím školní/zdravotnické dokumentace (informace budou složité pouze pro statistické údaje).

Příloha 2: Seznam tabulek a grafů

Tabulka 1: Popis jednotlivých subškál dotazníku PHCSCS-2, hodnocení a klinický význam

Tabulka 2: Počet respondentů z experimentální skupiny dětí s VD z jednotlivých typů zařízení (n = 32)

Tabulka 3: Deskriptivní charakteristiky celkového výzkumného souboru (n = 64)

Tabulka 4: Deskriptivní charakteristiky experimentální skupiny (n = 32) s ohledem na pohlaví a věk

Tabulka 5: Deskriptivní charakteristiky kontrolní skupiny (n = 32) s ohledem na pohlaví a věk

Tabulka 6: Výsledky testování hypotézy o rozdílu mezi experimentální skupinou (ES) dětí s VD (n = 32) a kontrolní skupinou (KS) dětí bez VD (n = 32) v *Celkovém skóre* (TOT) dotazníku PHCSCS-2 (n celkem = 64)

Tabulka 7: Výsledky statistického testování hypotézy o rozdílu mezi dětmi s VD (n = 32) a dětmi bez VD (n = 32) v subškále *Přizpůsobivost* (BEH) dotazníku PHCSCS-2 (n celkem = 64)

Tabulka 8: Výsledky statistického testování hypotézy o rozdílu mezi dětmi s VD (n = 32) a dětmi bez VD (n = 32) v subškále *Intelektové a školní postavení* (INT) dotazníku PHCSCS-2 (n celkem = 64)

Tabulka 9: Výsledky statistického testování hypotézy o rozdílu mezi dětmi s VD (n = 32) a dětmi bez VD (n = 32) v subškále *Fyzický vzhled a vlastnosti* (PHY) dotazníku PHCSCS-2 (n celkem = 64)

Tabulka 10: Výsledky statistického testování hypotézy o rozdílu mezi dětmi s VD (n = 32) a dětmi bez VD (n = 32) v subškále *Nepodléhání úzkosti* (FRE) dotazníku PHCSCS-2 (n celkem = 64)

Tabulka 11: Výsledky statistického testování hypotézy o rozdílu mezi dětmi s VD (n = 32) a dětmi bez VD (n = 32) v subškále *Popularita* (POP) dotazníku PHCSCS-2 (n celkem = 64)

Tabulka 12: Výsledky statistického testování hypotézy o rozdílu mezi dětmi s VD (n = 32) a dětmi bez VD (n = 32) v subškále *Štěstí a spokojenost* (HAP) dotazníku PHCSCS-2 (n celkem = 64)

Graf 1: Výsledky škály *Celkové skóre* (TOT) v experimentální skupině dětí s vývojovou dysfázií (n = 32) a v kontrolní skupině dětí bez vývojové dysfázie (n = 32); (n celkem = 64)

Graf 2: Výsledky v subškále *Přizpůsobivost* (BEH) v experimentální skupině dětí s vývojovou dysfázií (n = 32) a kontrolní skupinou dětí bez vývojové dysfázie (n = 32); (n celkem = 64)

Graf 3: Výsledky v subškále *Intelektové a školní postavení* (INT) v experimentální skupině dětí s vývojovou dysfázií (n = 32) a kontrolní skupinou dětí bez vývojové dysfázie (n = 32); (n celkem = 64)

Graf 4: Výsledky v subškále *Nepodléhání úzkosti* (FRE) v experimentální skupině dětí s vývojovou dysfázií (n = 32) a kontrolní skupinou dětí bez vývojové dysfázie (n = 32); (n celkem = 64)

ABSTRAKT BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

Název práce: Sebepojetí dětí s vývojovou dysfázií

Autor práce: Mgr. Anna Holá

Vedoucí práce: doc. PhDr. Mgr. Roman Procházka, Ph.D.

Počet stran a znaků: 65 stran, 128 340 znaků

Počet příloh: 4

Počet titulů použité literatury: 65

Jazyk: český

Abstrakt: Bakalářská diplomová práce se zabývá otázkou, v jakých aspektech a složkách se liší sebepojetí dětí mladšího školního věku s vývojovou dysfázií ve srovnání s dětmi bez diagnózy vývojové dysfázie. Pro účely studie byl zvolen kvantitativní typ výzkumu. Hlavním nástrojem pro sběr dat byl užit Dotazník sebepojetí dětí a adolescentů Piers-Harris 2 (PHCSCS-2). Výzkumný soubor tvoří 64 respondentů - dětí ve věku od 9 do 12 let rozdělených do dvou vyrovnaných výzkumných skupin: experimentální skupinu tvoří děti mladšího školního věku s dg. vývojové dysfázie a bez dalších přidružených postižení, a kontrolní skupinu pak mladší školáci s fyziologickým vývojem řeči. Pro naplnění výzkumných cílů bylo stanoveno 7 hypotéz. Statistickým testováním bylo zjištěno, že děti s vývojovou dysfázií dosahují statisticky významně nižšího sebepojetí ve subškálách *Přizpůsobivost* (BEH), *Intelektové a školní postavení* (INT) a *Nepodléhání úzkosti* (FRE) ve srovnání s dětmi bez vývojové dysfázie. Dále bylo prokázáno signifikantně nižší celkové sebepojetí (TOT) u dětí s vývojovou dysfázií oproti jejich intaktním vrstevníkům. Naopak ve subsložkách *Fyzický zjev a vlastnosti* (PHY), *Popularita* (POP) a *Štěstí a spokojenost* (HAP) nebyl mezi skupinami nalezen signifikantní rozdíl. Na základě výsledků lze tedy konstatovat, že diagnóza vývojové dysfázie se negativně promítá do sebepojetí dětí mladšího školního věku.

Klíčová slova: sebepojetí, vývojová dysfázie, mladší školní věk, Dotazník sebepojetí dětí a adolescentů Piers-Harris 2

ABSTRACT OF THESIS

Title: The Self-concept of Children with Developmental Language Disorder

Author: Mgr. Anna Holá

Supervisor: doc. PhDr. Mgr. Roman Procházka, Ph.D.

Number of pages and characters: 65 pages, 128 340 characters

Number of appendices: 4

Number of references: 65

Language: Czech

Abstract: The present thesis is focused on question about differences in Self-concept between children with developmental language disorder and children with physiological developmental of speech. This study uses a quantitative design. Piers-Harris Children's Self-Concept Scale 2 (PHCSCS-2) was used as the main research method. The research sample consists of 64 respondents – children aged 9 – 12 and which were divided on two equivalent groups: the experimental group consists of primary school age children with only developmental language disorder, the control group consists of their peers with physiological developmental of speech. We created 7 research hypothesis. By statistical analysis was found out that children with developmental language disorder scored significantly lower in *Behavioral Adjustment* (BEH), *Intellectual and School status* (INT) and *Freedom from Anxiety* (FRE) as subscales of self-concept compared with the control group. Children with developmental language disorder also scored significantly lower in *total score* (TOT) of self-concept. Any significant differences were not found in subscales *Physical Appearance and Attributes* (PHY), *Popularity* (POP) and *Happiness and Satisfaction* (HAP). Based on the results we can proclaim developmental language disorder has a negative influence on children's self-concept.

Key words: Self-concept, developmental language disorder, primary school age, Piers-Harris Children's Self-Concept Scale 2