

UNIVERZITA PALACKÉHO V OLOMOUCI
PEDAGOGICKÁ FAKULTA
Ústav speciálněpedagogických studií

DIPLOMOVÁ PRÁCE

Sebepojetí v kontextu osob se získanou dysartrií

Veronika Havlíčková

Čestné prohlášení

Prohlašuji, že jsem diplomovou práci s názvem Sebepečetí v kontextu osob se získanou dysartrií vypracovala samostatně za použití uvedené literatury a zdrojů.

V Olomouci dne.....

.....

Veronika Havlíčková

Poděkování

V první řadě bych velmi ráda poděkovala paní Mgr. Adéle Hanákové, PhD. za odborné vedení, cenné rady, trpělivost a podporu při zpracovávání diplomové práce. Díky patří také zařízením, ve kterých mohlo dojít ke sběru dat a samozřejmě všem respondentům, bez jejichž ochoty sdílet své pocity by tato práce nemohla vzniknout. V závěru bych chtěla poděkovat zejména mé rodině a příteli za podporu, kterou mi poskytovali nejen během psaní diplomové práce, ale po celou dobu mého studia.

Diplomová práce je zároveň součástí projektu IGA 2023 (konkrétně IGA_PdF_2023_017), který nese název „*Sebepojetí v kontextu osob s narušenou komunikační schopností a omezením hybnosti*“ a já velmi děkuji za možnost být jeho součástí.

Anotace

Jméno a příjmení:	Veronika Havlíčková
Katedra:	Ústav speciálněpedagogických studií
Vedoucí práce:	Mgr. Adéla Hanáková, Ph.D.
Rok obhajoby:	2024

Název práce:	Sebepojetí v kontextu osob se získanou dysartrií
Název v angličtině:	Self-concept in the context of persons with acquired dysarthria
Zvolený typ práce:	Výzkumná práce – zpracování primárních dat
Anotace práce:	Cílem této diplomové práce je zjistit míru sebepojetí u osob se získanou dysartrií. Práce je přitom rozdělena na dvě části – teoretickou a empirickou. Teoretická část práce obsahuje informace o dysartrii, sebepojetí a sebepojetí v návaznosti na vybrané aspekty zdravotního postižení, narušenou komunikační schopnost a získanou dysartrii. V rámci empirické části se pak jedná o kvantitativní výzkum, při kterém je využito dotazníkové šetření. Výzkumným nástrojem je přitom Dotazník sebepojetí (DOS-36). Hlavním cílem diplomové práce je zjistit, jakých výsledků dosahují v tomto dotazníku osoby se získanou dysartrií. Mezi dílčí cíle práce pak patří porovnání výsledků vzhledem k typu dysartrie a vzhledem k pohlaví.
Klíčová slova:	sebepojetí, sebeúcta, získaná dysartrie, motorická řečová porucha, psychologický dopad
Anotace v angličtině:	The aim of this master's thesis is to determine the level of self-concept in individuals with acquired dysarthria. The thesis is divided into two parts - theoretical and empirical. The theoretical part of the thesis contains information about dysarthria, self-concept and self-concept in relation to

	selected aspects of disability, speech and language disorders, and acquired dysarthria. The empirical part involves quantitative research using a questionnaire survey. The research instrument is the Self-Concept Questionnaire (SCQ-36). The main goal of the thesis is therefore to find out what results people with acquired dysarthria achieve in this questionnaire. The sub-objectives of the thesis then include comparing the results based on the type of dysarthria and based on sex.
Klíčová slova v angličtině:	self-concept, self-esteem, acquired dysarthria, motor speech disorder, psychological impact
Přílohy vázané v práci:	žádné
Rozsah práce:	100
Jazyk práce:	český jazyk

Obsah

Úvod	9
I TEORETICKÁ ČÁST	10
1 Dysartrie	10
1.1 Terminologické vymezení dysartrií	10
1.2 Etiologie	11
1.3 Klasifikace	15
1.3.1 Spastická dysartrie	16
1.3.2 Dysartrie při unilaterální lézi centrálního motoneuronu	17
1.3.3 Flakcidní dysartrie	19
1.3.4 Hypokinetická dysartrie	21
1.3.5 Hyperkinetická dysartrie	22
1.3.6 Ataktická dysartrie	23
1.3.7 Smíšená dysartrie	25
1.4 Diagnostika	25
1.5 Intervence	28
2 Sebepojetí	29
2.1 Terminologické vymezení sebepojetí	29
2.2 Náhled do historie	30
2.3 Pohled na sebepojetí	31
2.3.1 Sebepojetí jako podsložka sebesystému	32
2.3.2 Sebepojetí jako synonymum „já jako objekt“	32
2.4 Determinanty vývoje sebepojetí	34
2.4.1 Exogenní faktory	34
2.4.2 Endogenní faktory	35
2.5 Dopady snížené úrovně sebepojetí	36
2.6 Kvalita života a sebepojetí	37

2.7	Sebepojetí v návaznosti na vybrané aspekty zdravotního postižení.....	38
2.8	Sebepojetí v kontextu osob s narušenou komunikační schopností.....	40
II PRAKTICKÁ ČÁST		42
3	Úvod do problematiky.....	42
4	Metodologie výzkumu.....	51
4.1	Cíle práce, formulace výzkumných otázek	51
4.2	Představení diagnostického materiálu DOS	52
4.3	Sběr dat	53
4.4	Etické aspekty výzkumu.....	55
5	Práce s daty a jejich následná analýza.....	56
5.1	Deskriptivní statistika jednotlivých subškál a celkového skóre	56
5.1.1	Celkové skóre	57
5.1.2	Sociální přizpůsobivost	59
5.1.3	Práce a studium.....	61
5.1.4	Fyzický zjev.....	62
5.1.5	Odolnost vůči úzkosti	64
5.1.6	Oblíbenost v kolektivu	65
5.1.7	Smysl a seberealizace	67
5.2	Deskriptivní statistika vzhledem k typu dysartrie	69
5.2.1	Spastická dysartrie.....	69
5.2.2	Flakcidní dysartrie	70
5.2.3	Hypokinetická dysartrie.....	70
5.2.4	Ataktická dysartrie.....	71
5.2.5	Smíšená dysartrie.....	72
5.2.6	Závěrečné porovnání celkového skóre vzhledem k typu dysartrie.....	72
5.3	Deskriptivní statistika vzhledem k pohlaví	74
6	Diskuse.....	77

7	Limity práce	81
8	Doporučení do praxe	82
	Závěr	84
	Seznam využité literatury	86
	Seznam tabulek.....	97
	Seznam grafů	98
	Seznam obrázků.....	99
	Seznam zkratek.....	100

Úvod

Získaná dysartrie je motorickou řečovou poruchou, která v různé míře zasahuje všechny motorické modalitty řeči jako jsou respirace, fonace, rezonance a artikulace. Vzhledem ke své rozsáhlé symptomatologii tak zcela jistě ovlivňuje každodenní život osob s touto poruchou, zejména pak jejich komunikaci s druhými. V českém prostředí proběhlo několik výzkumů zaměřených na diagnostiku a terapii tohoto typu narušené komunikační schopnosti. Výzkumů zabývajících se psychosociálními dopady této poruchy však příliš mnoho není. Přitom jsou to právě psychosociální aspekty, které nepochybně ovlivňují kvalitu života osob s dysartrií, a právě tu bychom měli my, logopedi, prostřednictvím logopedických terapií pomáhat zlepšovat. Z tohoto důvodu jsme se rozhodli v diplomové práci zabývat zejména dopadem získané dysartrie na psychiku jedince, konkrétně pak potenciálními změnami v sebepojetí. Negativní změny v sebepojetí mohou narušovat i samotný průběh logopedické intervence, například snížením motivace klienta k práci, ztrátou zájmu dokončovat úkoly či docházet na logopedii, nebo častým výskytem negativních emocí, které zcela jistě ovlivní i samotnou úspěšnost tohoto procesu.

Hlavním cílem diplomové práce je tedy zjistit míru sebepojetí u osob se získanou dysartrií za pomoci Dotazníku sebepojetí (DOS), který vytvořil kolektiv autorů Dolejš, Dostál, Obereignerů, Orel a Kňážek (2021). Dotazník nám umožňuje nahlédnout do několika oblastí, které sebepojetí výrazným způsobem ovlivňují. Získáme tak informace o tom, jak osoby se získanou dysartrií vnímají své sociální interakce, zda prožívají negativní emoce, jsou spokojeni s plněním svých pracovních nebo studijních povinností, jak vnímají vlastní tělo či zda se jim daří naplňovat své životní cíle a plány.

Diplomová práce je rozdělena do několika částí. V první části se zaměříme na teoretické vymezení dysartrií a sebepojetí. Stěžejní částí je pak pohled na aktuální dostupné poznatky v rámci problematiky sebepojetí u osob se získanou dysartrií. Následně představíme samotný výzkum, včetně metodologie, analýzy výsledků práce, jejich interpretace a komparace vzhledem k dosud existujícím závěrům. Diplomová práce má design kvantitativního neexperimentálního deskriptivního výzkumu.

I TEORETICKÁ ČÁST

1 Dysartrie

V první části textu se zaměříme na terminologické vymezení pojmu dysartrie, společně se podíváme na základní a nejvíce rozšířené definice a vysvětlíme si rozdíly mezi získanou a vývojovou formou této poruchy. Dále se stručně podíváme na nejčastější příčiny vzniku. Velká část kapitoly pak bude věnována klasifikačním systémům, kde si stručně představíme jednotlivé typy dysartrie společně s jejich základními charakteristickými znaky. V závěru této kapitoly se pak ve zkratce podíváme také na diagnostiku a terapii dysartrie.

1.1 Terminologické vymezení dysartrií

Dysartrie je jedním z typů narušené komunikační schopnosti. Jednu z prvních definic vytvořil již v roce 1969 kolektiv autorů Darley, Aronson a Brown, kteří charakterizují dysartrii „jako poruchu, která vzniká v důsledku ochrnutí, slabosti nebo poruchy koordinace svalstva podílejícího se na tvorbě řeči“ (Love a Webb, 2009, str. 193). Dle Neubauera (2018, str. 416) „dysartrií nazýváme poruchy motorické realizace řeči na základě organického poškození nervové soustavy.“ Další významnou definici uvádí kolektiv autorů Cséfalvay et al. (2013, str. 117), kteří říkají, že „dysartrie je neurogenně podmíněná narušená komunikační schopnost, která se manifestuje jako porucha neuromuskulární exekuce řeči“. Vzniká na základě narušení svalové síly, abnormalit svalového tonu a deficitů v načasování a koordinaci pohybů (Weismer, 2023). Mlčáková (2013) uvádí, že v případě dysartrie se o jedná narušení artikulace v širším slova smyslu, jelikož dochází k narušení respirace, fonace, rezonance i artikulace v užším slova smyslu. Poruchy artikulace jsou přitom konzistentní (Rusina a Cséfalvay, 2023).

U čisté formy dysartrie nejsou narušeny jazykové procesy a nedochází k deficitům v porozumění (Rusina a Cséfalvay, 2023). Spadá mezi poruchy řečové, které řadíme do poruch nesymbolických procesů. Ovšem při současném výskytu jazykové poruchy (například afázie) mohou být tyto deficity přítomny. V případě afázie tedy hovoříme o poruchách symbolických funkcí, které se typicky manifestují i ve čtení a psaní (Cséfalvay et al., 2013).

Obecně lze říci, že „dysartrie a anartrie mohou vzniknout v kterémkoliv období života člověka“ (Klenková, 2006, str. 117). V rámci terminologického vymezení je však potřeba rozlišit pojmy získaná a vývojová dysartrie. Vývojová dysartrie vzniká na podkladě poškození

centrální nervové soustavy, které je prenatální či perinatální. V ojedinělých případech může dojít k jejímu rozvoji i těsně po porodu. Typickým příkladem je výskyt vývojové dysartrie společně s dětskou mozkovou obrnou (DMO). Získaná dysartrie je naopak náhle vzniklá či pomalu progredující porucha, která vzniká na podkladě poškození nervové soustavy. Získaná dysartrie se může objevit i u dětí, a to v případě že dojde k poškození nervové soustavy v období, kdy již dochází k rozvoji jazykových a řečových schopností jedince. V literatuře je tedy uváděn první až druhý rok života (Neubauer, 2018).

Důležité je také zmínit, že předpona dys- v tomto případě nepoukazuje na získanou formu poruchy, nýbrž označuje její závažnost. V případě nejtěžšího stupně poruchy se tedy využívá pojem anartrie (Cséfalvay et al., 2013; Klenková, 2006).

1.2 Etiologie

Etiologické příčiny dysartrie jsou poměrně rozšířenou problematikou. Právě z tohoto důvodu jsou konkrétní etiologické příčiny detailněji popsány v další části práce, která se již blíže zabývá konkrétními typy dysartrie. Cséfalvay et al. (2013) uvádí, že obecně můžeme mezi nejčastější příčiny vzniku dysartrie zařadit DMO, cévní mozkové příhody (CMP), mozkové tumory, kraniotraumata a degenerativní onemocnění.

V rámci obecných etiologických příčin vývojové dysartrie můžeme v krátkosti zmínit zejména problematiku **dětské mozkové obrny**, dnes spíše označované pouze jako mozkové obrny. Jedná se přitom o neprogresivní poškození motorického systému, které vzniká na podkladě prenatálních, perinatálních nebo raně postnatálních příčin. Mozková léze se tedy nerozšiřuje, porucha se ovšem zráním CNS prohlubuje (Kraus, 2004). Mezi nejčastější přidružené poruchy řadíme epilepsii, narušenou komunikační schopnost, mentální postižení, zrakové postižení, sluchové postižení či poruchy chování a učení (Kraus, 2011).

Obecně rozlišujeme tři hlavní formy mozkové obrny, tedy formu spastickou, dyskinetickou a ataktickou. Hlavním symptomem spastické formy je zvýšené svalové napětí. Typické je pro ni buď částečné ochrnutí, které označujeme pojmem paréza, či ochrnutí úplné, označované pojmem plegie. Důležitá je v tomto případě i distribuce. Obecně hovoříme o diparéze (postižení horních nebo dolních končetin), hemiparéze (postižení obou končetin na jedné polovině těla) či kvadraparéze (postižení horních i dolních končetin). Dyskinetická forma je dále typická výskytem mimovolních pohybů, které nejsou vůlí ovladatelné. Ataktická forma

se pak projevuje sníženým svalovým napětím, její klinický obraz se však s přibývajícím věkem mění. Speciální kategorií jsou smíšené formy, které vznikají při současném výskytu symptomů forem ostatních (Kraus, 2011).

Výskyt narušené komunikační schopnosti (NKS) u dětí s DMO zmiňují například Vaillant et al. (2020), kteří zdůrazňují provázanost motorických obtíží a narušené komunikační schopnosti. U dětí s DMO, které můžeme dle škály Gross Motor Function Classification System (GMFCS) hodnotit úrovní 1 až 3 se NKS vyskytuje u 58 % až 81 %. U dětí, které na této škále hodnotíme stupněm 4 a 5, je výskyt obtíží téměř 100 %. Z výzkumu Mei et al. (2020) vyplývá, že mezi nejčastější typy přidružené narušené komunikační schopnosti můžeme v současné době zařadit zejména dysartrii (78 %). Zhruba v 50 % dochází k součnému výskytu artikulačních poruch, opožděného fonologického vývoje, fonologické poruchy konzistentní či fonologické poruchy nekonzistentní. Vývojová verbální dyspraxie se k DMO přidružuje zhruba v 17 %.

U dospělých osob se s dysartrií setkáváme zejména po **cévních mozkových příhodách**. Ta bývá v dnešní době v ČR jednou z nejčastějších příčin úmrtí (Ehler et al., 2011). Obecně je můžeme rozlišit do dvou hlavních kategorií – CMP ischemickou nebo CMP hemoragickou. Ischemie může být způsobena embolií či trombem. Trombus bývá přitom zapříčiněn aterosklerózou, v rámci které dochází ke kornatění mozkových cév s jejich následným uzavřením. Embolie je stav, kdy dojde k zanesení krevní sraženiny z jiné části těla (nejčastěji ze srdce) krevním řečištěm až do mozku. Zde dochází k obstrukci jedné či více mozkových cév. V případě hemoragie dochází k ruptuře cévní stěny a následnému krvácení, které může být zapříčiněno například aneurysmatem¹. Dle lokalizace krvácení ho můžeme rozdělit na epidurální (mezi kostí a dura mater), subdurální (mezi dura mater a arachnoidea) a subarachnoidální (mezi subarachnoidea a pia mater) (Love a Webb, 2009; Seidl, 2023). Ehler et al. (2011) zároveň upozorňují, že během prvních 24 hodin po vzniku často dochází ke změně klinického obrazu ve smyslu progresu poškození.

Další velice důležitou skupinou, která může způsobit vznik dysartrií jsou **tumory** (nádory, mozkové expanze). Nejznámější bývá dělení na nádory primární a sekundární. Primární nádory mají svou lokalizaci přímo v lebeční dutině, naopak nádory sekundární se nachází v jiných orgánech, ale jejich metastázy postihují CNS. Další důležité dělení se pak týká nádorů

¹ Aneurysma je výduť tepny, které zvyšuje riziko ruptury. (Král et al., 2012)

benigních (nezhoubných) a maligních (zhoubných). V případě mozkových nádorů, ale nemusí být zhoubnost nádoru klíčem k určení prognózy. Například nezhoubný nádor, který je svou lokalizací obtížně přístupný a jeho operace není možná, může mít vzhledem k útlaku ostatních struktur horší prognózu. Hlavní je tedy umístění nádoru společně s rychlostí jeho růstu (Král et al., 2012).

Celkem existuje několik typů nádorů. Seidl (2023) je dělí na intraaxiální a extraaxiální. Love a Webb (2009) uvádějí v této souvislosti zejména glioblastom, který je v současné době nejčastěji se vyskytující a nejvíce maligní. Nejčastěji se přitom vyskytuje ve frontálním nebo temporálním laloku.

Dle nově vydaných statistik od Ústavu zdravotnických informací a statistik (ÚZIS) za rok 2019 až 2021 můžeme vidět, že k 31. 12. 2021 žilo v České republice přes 4000 osob se zhoubným nádorem mozku, míchy a jiných částí CNS. Prevalence a incidence tohoto onemocnění stále lehce narůstá, přičemž více bývají zasaženi muži v celkovém poměru 1,1:1 (ÚZIS, 2023).

Traumatická poškození mozku jsou další velmi častou příčinou vzniku dysartrie. Toto poškození je nejčastěji asociováno s dopravními nehodami, popřípadě je jeho výskyt typický po napadení či pádu. Pád může být spojen s jakoukoliv sportovní činností, u seniorů jsou však pády typické i z důvodu pokročilého věku, který je doprovázen polymorbiditou spojenou s existencí vysokého a různorodého množství symptomů. Pády tak mají v tomto věku multifaktoriální příčinu (Berková a Berka, 2018; Seidl, 2023).

Z hlediska rozsahu poškození můžeme tuto kategorii rozdělit do dvou hlavních částí. Jedná se o poškození lokální, které se již podle názvu váže k jednomu konkrétnímu místu. Na druhé straně stojí poškození difúzní, jehož následkem je zasaženo více struktur (Král et al., 2012).

Love a Webb (2009) dělí poranění na penetrující a zavřená, jinak označovaná jako nepenetrující. Hlavní dělicí hranicí mezi těmito typy je poškození tvrdé pleny. Pokud je zasažena, již se jedná o poškození penetrující, při kterém dochází ke vzniku vstupu do nitrolebeční části, čímž se zvyšuje riziko vzniku infekce.

Obecně můžeme poškození rozdělit na primární a sekundární. Ta primární jsou bezprostředním následkem vzniklé situace naproti tomu sekundární vznikají až jako následný jev vzniklé poruchy (Seidl, 2023).

Pokud se blíže zaměříme na primární léze, můžeme je rozdělit na intraaxiální (týkající se mozkové tkáně) a extraaxiální. Právě extraaxiální poruchy jsou spojeny s výskytem hematomů. Ty můžeme dle lokalizace rozdělit na epidurální, subdurální či subarachnoidální. Do

intraaxiálních poruch řadíme například mozkovou komoci (otřes) (Seidl, 2023). Ta bývá obecně považována za poruchu, která je zvratná a nezanechává žádné následky. Dle nových výzkumů je ale zřejmé, že mozková komoce může způsobit deficity kognitivních funkcí (Collins et al., 2023). Difúzní axonální poškození, jak již název napovídá, je poškození axonů, které má dle Seidla (2023, str. 152) „za následek porušení komunikace mezi kůrou a kmenem.“ Právě tento typ poškození je nejčastěji smrtelný nebo je spojen s dlouhodobým vigilním stavem či apalickým syndromem. Dále můžeme do této kategorie zařadit mozkovou kontuzi neboli zhmoždění či například poranění lebky či jejich pokrývek (Seidl, 2023).

Do sekundárních lézí řadí Seidl (2023) edém mozku (otok) vzniklý jako následek úrazu, subdurální hematom chronického typu (čímž se liší od primárních lézí, při kterých je subdurální hematom akutního či subakutního typu), herniaci (posun) mozkových struktur, hydrocefalus, poúrazovou ischemii mozku a poúrazovou infekci.

Dysartrie bývá velmi často také součástí **degenerativních onemocnění**. Typickým projevem je v tomto případě pozvolná progresse onemocnění, ke které dochází společně s progresí celkového zdravotního stavu pacienta (Seidl, 2023).

Mezi tyto onemocnění můžeme nejčastěji zařadit poruchy extrapyramidového systému, kam spadá Parkinsonova nemoc a Huntingtonova choroba. Tyto dvě onemocnění jsou nejčastěji spojované s poruchou tonu a pohybu. Parkinsonova nemoc proto bývá označována jako hypertonicko-hypokinetický syndrom, zatímco Huntingtonova choroba je hypotonicko-hyperkinetický onemocnění (Seidl, 2023). Nelze však říci, že obě tyto choroby jsou spojeny jen s těmito problémy. Dle výzkumu Goldmana et al. (2018) byla u osob s Parkinsonovou chorobou zjištěna ve 20 až 50 % případů mírná kognitivní porucha. Z longitudinálního výzkumu pak vyplývá, že zhruba u 80 % pacientů s touto chorobou byla naplněna diagnostická kritéria k diagnostice demence. Aarsland a Kurz (2010) dále upozorňují na důležitost délky trvání Parkinsonovy choroby. Prevalence výskytu kognitivních obtíží se pohybuje v prvních pěti letech nemoci na 30 %, po deseti letech však prevalence stoupá na 75 %. K podobným závěrům docházíme i u Huntingtonovy choroby. Z výzkumu Julayanont et al. (2020) vyplývá, že v počátku onemocnění se může objevovat mírná kognitivní porucha s největším zasažením exekutivních funkcí. Po pěti letech od nástupu symptomů manifestujícími se v motorické rovině byla demence rozvinuta u 70 % účastníků jejich výzkumu.

Ve zkratce můžeme dále například zmínit Wilsonovu chorobu, jenž je metabolickým onemocněním, které způsobuje deficity v transportu mědi a jejím následném nadměrném ukládáním, a to zejména v mozku a játrech (Seidl, 2023). Poškození horního i dolního

motoneuronu dále způsobuje vznik amyotrofické laterální sklerózy. Friedrichova ataxie je pak degenerativní onemocnění, které primárně postihuje mozeček (Love a Webb, 2009). V neposlední řadě se může jednat také například o olivo-ponto-cerebelární atrofii, při které je poškozen mozeček a extrapyramidový systém (Seidl, 2023).

Na vině mohou být také některá autoimunitní onemocnění. Mezi ně můžeme zařadit například roztroušenou sklerózu, při které dochází k demyelinizaci nervových vláken, čímž je negativně ovlivněn přenos nervového vzruchu. Další autoimunitní onemocnění, které však již nespadá do degenerativních onemocnění je například myasthenia gravis (Love a Webb, 2009).

V závěru můžeme říci, že se jedná o velmi rozsáhlou skupinu poruch, které se ve většině případů váží ke konkrétnímu typu dysartrie. Tento typ nejčastěji vychází z lokalizace léze, o které pojednává hned následující kapitola. Pro ucelenost a přehlednost textu si tak o jednotlivých degenerativních onemocněních povíme více v rámci charakteristiky jednotlivých typů dysartrie.

1.3 Klasifikace

V současné době existuje hned několik klasifikačních systémů získané dysartrie. Ty vychází buď z hlediska lokalizace mozkové léze či z pohledu hlavních symptomů. V této kapitole si představíme různé klasifikace, s kterými se můžeme v české i zahraniční literatuře setkat.

Jednou z nich je například klasifikace, kterou vytvořil Cséfalvay v roce 2002. Ten rozdělil dysartrie z hlediska lokalizace lézí do šesti hlavních typů. Konkrétně se jedná o dysartrie korové, pyramidové, extrapyramidové, bulbární, mozečkové a smíšené (Cséfalvay et al., 2013).

Dalším příkladem je jedno z nejznámějších a v zahraničí nejvíce uváděných dělení, které v rámci české literatury zmiňuje Neubauer (2018). Ten hovoří o dysartrii flakcidní, spastické, extrapyramidové (hypokinetické, hyperkinetické), cerebelární a smíšené. Dle některých autorů můžeme do základního dělení dysartrií přidat dysartrii po unilaterální lézi centrálního motoneuronu a dysartrii neznámé etiologie (Duffy in Atkinson-Clement et al., 2019). Každý z těchto typů dysartrie přitom odkazuje na poškození v jiné části centrální nebo periferní nervové soustavy (Weismer, 2023). Při vzniku smíšené dysartrie je pak typ dysartrie závislý na lokalizacích mozkových lézí (Freed, 2020). Toto dělení přehledně shrnuje následující tabulka č. 1.

Typ dysartrie	Místo léze nervového systému
<i>flacidní</i>	periferní motoneuron
<i>spastická</i>	centrální motoneuron
<i>hypokinetická</i>	bazální ganglia a jádra asociovaných nervových drah
<i>hyperkinetická</i>	bazální ganglia a jádra asociovaných nervových drah
<i>ataktická</i>	cerebellum nebo jeho propojení nervovými dráhami

Tabulka 1: Typy dysartrií a umístění lézí (Neubauer, 2018, str. 421)

1.3.1 Spastická dysartrie

Spastická dysartrie vzniká jako následek poškození horního motorického neuronu, který je součástí pyramidového a extrapyramidového systému. Pyramidový systém slouží k přenosu informací mezi motorickými oblastmi mozkové kůry a dolním motorickým neuronem (Freed, 2020). Existují zde dvě hlavní dráhy, a to dráha kortikobulbární (vede k hlavovým nervům) a kortikospinální (vede k míšním nervům) (Love a Webb, 2009). Poškození pyramidového systému je tedy typické právě slabostí svalů a latencí v provedení pohybů. Extrapyramidový systém má na starosti zejména udržení postury, svalového tonu a regulaci reflexů. Důsledkem jsou abnormální svalové reflexy a zvýšený svalový tonus, který má za následek vznik spasticity. Je ovšem potřeba mít na paměti, že spastický sval je výrazně oslaben (Freed, 2020).

Mezi hlavní příčiny vzniku řadíme cévní mozkové příhody, traumatická poranění hlavy, degenerativní onemocnění, tumory mozkového kmene či virové nebo bakteriální infekce mozkové tkáně. Jelikož je pyramidový a extrapyramidový systém velice blízký, s největší pravděpodobností dojde při poranění jednoho systému zároveň k poruše systému druhého. Poškození je přitom vždy bilaterální. V případě cévní mozkové příhody musí dojít k jejímu vzniku v mozkovém kmene. Pokud vznikne CMP v jedné či druhé hemisféře a pacient před tím neprodělal jinou CMP či jiné poranění, je pravděpodobnost vzniku spastického typu dysartrie minimální a spíše budeme hovořit o dysartrii po unilaterální lézi centrálního motoneuronu. Pokud by však u pacienta došlo v minulosti k poškození pyramidového a extrapyramidového systému jedné hemisféry a CMP by poškodila tyto systémy v hemisféře druhé, dojde s největší pravděpodobností ke vzniku tohoto typu dysartrie (Freed, 2020).

Spastickou dysartrii můžeme najít v literatuře také ve spojení s pojmem pseudobulbární paralýza, která je typická výskytem hned několika projevů. Jedná se zejména o dysartrii, dysfagii, dysfonii, zvýšený masseterový reflex, spasticitu jazyka a absenci atrofií a fascikulací

jazyka (Love a Webb, 2009; Eggenberger a Clark, 2014). Často se k paralýze přidá i pseudobulbární afekt, který má za následek nekontrolovatelný spastický smích a pláč. Ten je způsoben poškozením oblasti, která má na starost inhibici emocí (Eggenberger a Clark, 2014; Freed, 2020).

V řeči pacienta je nejčastějším problémem nepřesná artikulace a špatné tvoření samohlásek (Freed, 2020).

Zasažena je také prozódie projevu. Ten se může jevit jako monotónní, a to z důvodu zvýšeného tonu laryngeálních svalů. Tonus dále ovlivní schopnost aktivace a uvolnění jednotlivých svalů, což má za následek deficity v práci s frekvencí hlasu. Dalším problémem je zpomalené tempo projevu způsobené oslabením a omezením hybnosti mluvidel (Freed, 2020). K tomu, aby vzduch prošel hyperadduktivními hlasivkami, je potřeba vynaložit veliké úsilí, proto dochází také ke vzniku tlačené fonace. Zároveň se zkracuje délka jednotlivých výpovědí (Cséfalvay et al., 2013).

Typická je také hypernazalita způsobená spasmem velárních svalů, které omezují pohyby měkkého patra (Freed, 2020). Problémem je tak kontrola velofaryngeálního uzávěru (Neubauer, 2018). V tomto typu dysartrie se ovšem nevyskytují na rozdíl od dysartrie flakcidní nasální emise (Love a Webb, 2009).

Respirační obtíže se u pacientů ve většině případů neobjevují, můžeme však pozorovat určité abnormální pohyby dýchacích svalů. Ty mohou mít za následek snížení vitální kapacity plic nebo nepravidelné a těžko koordinované dýchání (Darley in Freed, 2020).

Hlas je nejčastěji tlačенý, přiškrčený a drsný. Mnoho typických charakteristik hlasu je způsobeno již výše zmíněnou hyperaddukcí hlasivek, která vzniká na základě zvýšeného svalového tonu (Freed, 2020). Hlas bývá častěji hlubší a v projevu se může objevit nevhodné umístění přízvuku (Love a Webb, 2009).

Dalším typickým projevem je drooling, který je možno vysvětlit narušením orální kontroly polykání. Druhým možným vysvětlením je nižší frekvence polykání slin. (Freed, 2020). S tím souvisí i častý výskyt hypersalivace (Cséfalvay et al., 2013). Z výzkumů vyplývá, že zhruba u poloviny osob dochází k poruchám polykání nejčastěji spojených s aspirací (Love a Webb, 2009).

1.3.2 Dysartrie při unilaterální lézi centrálního motoneuronu

Do centra pozornosti se tento typ dostal až v 80. letech minulého století, i když se o něm vědělo již mnohem dříve. Jedním z možných vysvětlení je to, že jeho důsledky nejsou oproti

jiným typům dysartrie natolik závažné. Samotná lehká dysartrie může být mnohdy jedinou známkou proběhlé CMP (Freed, 2020). Dalším vysvětlením může být častý výskyt komorbidit, který mnohdy ztěžoval samotný výzkum. Posledním vysvětlením je pak fakt, že v mnoha případech dojde ke spontánnímu vymizení poruchy bez nutnosti logopedické intervence (Duffy in Freed, 2020).

Tento typ dysartrie vzniká jako následek unilaterálního poškození centrálního motoneuronu kterékoli hemisféry, a to nejčastěji v důsledku cévní mozkové příhody (Love a Webb, 2009). Dalším možnou příčinou vzniku jsou nádory, které přímo zasahují horní motorický neuron nebo ho utlačují či jejich expanzí omezují prokrvení, které má negativní vliv na jeho správné fungování (Freed, 2020).

Pokud dojde ke vzniku léze v levé hemisféře, mohou se k dysartrii často přidružit afázie nebo apraxie. V případě poškození pravé hemisféry dochází mnohdy k přidružení kognitivních či zrakových poruch. Poruchy se vzhledem k unilaterální lokalizaci projeví nejčastěji na kontralaterální straně vůči mozkové lézi (Freed, 2020). Výjimkou jsou však jazyk a dolní část obličeje, a to vzhledem k unilaterální inervaci těchto struktur (Cséfalvay et al., 2013). V nejhorším případě dojde v této oblasti ke vzniku parézy, mnohem častěji se ovšem setkáme s oslabením a omezením rozsahu pohybu daných struktur (Freed, 2020).

Symptomatologie tohoto typu dysartrie je velice podobná symptomatologii spastické dysartrie, jelikož dochází v obou případech k poškození centrálního motoneuronu. Symptomy přitom nebývají tak závažné, a to zejména díky kompenzaci, kterou poskytuje nepostížená strana (Cséfalvay et al., 2013).

Nejvýraznějším symptomem je především narušená artikulace, obzvláště se jedná o nepřesné tvoření konsonantů (Love a Webb, 2009). Dále je v tomto typu dysartrie typicky narušena diadochokinéza (v anglické terminologii známá pod pojmem alternating motion rate) (Freed, 2020).

Nazalita projevu bývá nejčastěji zvýšená. Jedním z hlavních vysvětlení je pravděpodobné unilaterální oslabení měkkého patra (Freed, 2020).

V rámci fonace je hlas nejčastěji popisován jako drsný. To může být zapříčiněno například deficitem v hlasivkovém uzávěru, spasticitou hlasivek nebo dysfonií, která je u starších lidí poměrně běžná (ibid).

Freed (2020) uvádí, že respirace a prozódie zůstává v tomto typu dysartrie nejčastěji bez poškození. Duffy in Freed (2020) ovšem upozorňuje, že prozódie může být narušena zpomaleným tempem projevu.

I v tomto typu dysartrie může dojít ke vzniku poruch polykání, a to zejména v orální fázi. Toto poškození je typické pro osoby s levohemisférovou lézí. U osob s lézí v pravé hemisféře pak častěji dochází k penetraci či dokonce aspiraci (Love a Webb, 2009).

1.3.3 Flacidní dysartrie

Flacidní dysartrie vzniká jako následek poškození periferního (distálního, dolního) motoneuronu. Dochází tedy k poškození jader hlavových nervů, které jsou důležité pro řečovou produkci či spinálních nervů, které mohou ovlivnit například proces fonace (Neubauer, 2018; Freed, 2020). V důsledku tohoto poškození je typickým příznakem hypotonie a s ní spojené oslabení svalstva (Singh and Kent in Freed, 2020).

V souvislosti s tímto typem dysartrie můžeme v literatuře narazit na pojem bulbární paralýza, jehož součástí je právě dysartrie, dysfagie a dysfonie. Hlavním rozlišovacím kritériem od pseudobulbární paralýzy, která je součástí spastické dysartrie, je výskyt atrofií a fascikulací a snížení reflexů svalů, které jsou zapojeny do řečové produkce (Eggenberger a Clark, 2014; Dworkin in Freed, 2020). Love a Webb (2009, str. 344) zároveň uvádějí, že se jedná o „onemocnění způsobené postižením jader posledních čtyř nebo pěti hlavových nervů.“

Pro správnou řečovou produkci popisujeme pět základních hlavových nervů (Love a Webb, 2009). Jejich funkci přehledně shrnuje následující tabulka.

Hlavový nerv	Funkce
<i>V. nervus trigeminus</i>	žvýkání, elevace a laterální pohyby čelisti, čítí v obličeji a přední částí jazyka, otevírání Eustachovy trubice
<i>VII. nervus facialis</i>	inervace mimického svalstva, chuť z předních 2/3 jazyka a patra
<i>IX. nervus glossopharyngeus</i>	elevace hltanu a hrtanu, salivace, chuť a čítí zadní 1/3 jazyka a horní části hltanu
<i>X. nervus vagus</i>	pohyby patra, inervace svalstva hrtanu, hlasivek, měkkého patra
<i>XII. nervus hypoglossus</i>	pohyby jazyka, elevace jazylky

Tabulka 2: Hlavové nervy podílející se na řečové produkci (Love a Webb, 2009, str. 190)

Freed (2020) hovoří v této souvislosti o poruše šesti hlavových nervů, přičemž přidává nervus accessorius. Ten společně s nervus vagus vytváří plexus pharyngeus, který inervuje uvulu, musculus levator veli palatini, musculus palatoglossus a musculus palatopharyngeus (Čihák, 2013). Poškození jednoho z nich se tak automaticky projeví i na nervu druhém (Love a Webb, 2009; Freed, 2020).

Mezi nejčastější příčiny vzniku řadíme cévní mozkové příhody, nádory, poranění hlavy a krku (zejména při autonehodách) či nervosvalová onemocnění (myasthenia gravis, polyradikuloneuritida). K poruše hlavových nervů může také dojít neúmyslně, a to například při chirurgických zákrocích jako je karotická endarterektomie či operace štítné žlázy. Další možností je výskyt nádoru v oblasti mozkového kmene (Cséfalvay et al., 2013; Freed, 2020).

Z hlediska artikulace je typická nepřesná výslovnost samohlásek i souhlásek. Konkrétní artikulační chyby a míra jejich závažnosti je vždy závislá na míře poškození jednotlivých hlavových nervů. Při poškození nervus hypoglossus bude narušena artikulace hlásek vyžadujících elevaci jazyka. Poškození nervus facialis dále například ovlivní pohyby rtů, což bude mít za následek problém při artikulaci bilabiálních a labiodentálních hlásek (Cséfalvay et al., 2013; Freed, 2020).

Také prozódie projevu je narušena. Zejména se pak jedná o monotónii, které je způsobena oslabením hrtanových svalů (Love a Webb, 2009; Freed, 2020).

Nejtypičtějším symptomem je hypernazalita, vzniklá v důsledku velofaryngeální dysfunkce. Dále je oslaben intraorální tlak vzduchu, který je zároveň spojen s přítomností nasálních emisí (Freed, 2020).

Narušení respirace je dále přímo vázáno na poškození míšních nervů, které inervují dýchací svaly. Častým symptomem je nedostatečný tlak vzduchu v subglotickém traktu či častější nádechy (ibid).

Nedomykavost hlasivek je dalším velice významným symptomem, který ovlivní proces fonace (Freed, 2020). Může se stát, že dojde pouze k jednostranné paréze hlasivek. V tomto případě je charakteristika hlasu přímo závislá na paretické pozici hlasivky (addukce, abdukce, paramediální pozice) (Love a Webb, 2009). Obecně je v tomto typu dysartrie hlas chraptivý a dyšný. V některých případech se u pacientů může vyskytovat také šepot. Dochází ke zkrácení délky výdechové mluvní fráze a častější je také výskyt úplné afonie (Freed, 2020).

1.3.4 Hypokinetická dysartrie

Hypokinetická dysartrie se manifestuje v různé míře ve všech modalitách motorické realizace řeči, tedy v respiraci, fonaci, rezonanci a artikulaci. Nejvíce ovšem postihuje hlas, artikulaci a prozódii mluvního projevu (Duffy in Freed, 2020).

Neubauer (2018) uvádí, že z výzkumů provedených v zahraničí, do kterých bylo zapojeno celkem 6000 osob vyplývá, že hypokinetická dysartrie se vyskytuje přibližně v 8% případů diagnózy motorická řečová porucha.

Z etiologického hlediska dochází k poškození extrapyramidového systému, konkrétně bazálních ganglií, která jsou součástí šedé hmoty a hrají důležitou roli v řízení pohybu (Freed, 2020). Jsou tvořena nucleus caudatus a putamen (souhrně označované jako striatum) a globus pallidus (palidum). Funkčně mezi ně můžeme zařadit i nucleus subthalamicus, nucleus pedunculopontinus a substantia nigra (Koukolík, 2012). V oblasti bazálních ganglií existuje řada mediátorů. Jedním z nich je například dopamin, který se nalézá zejména v substantia nigra a má inhibiční povahu, další je acetylcholin, který má naopak excitační charakter a nalezneme ho zejména ve striatu (Seidl, 2023).

Hypokinetická dysartrie bývá nejčastěji spojena s parkinsonismem, který je přímo spojen s nedostatkem dopaminu. Nadbytek acetylcholinu způsobuje rigiditu či bradykinezi, které patří mezi hlavní symptomy tohoto onemocnění. Důležitý je také výskyt Lewyho tělísek v oblasti substantia nigra. Příčin vzniku hypokinetické dysartrie však existuje více. Mezi další můžeme zařadit traumatické poškození mozku, kdy dojde vlivem jednorázového traumatu či opakovanými zraněními k poškození bazálních ganglií nebo substantia nigra. Dále se může jednat o cévní mozkovou příhodu či o otravu kovy (měď) nebo farmaky (Neubauer, 2018; Freed, 2020; Seidl, 2023).

Hlavním symptomem bývá často zrychlené tempo mluvního projevu, které se nevyskytuje u žádného jiného typu dysartrie (Freed, 2020). V řeči se často mohou vyskytnout dysfluence. Konkrétně se jedná o repetici hlásek na začátku výpovědi či po pauze. (Duffy in Freed, 2020). Dalším typem dysfluencí jsou palilálie (Cséfalvay et al., 2013; Freed, 2020).

Mezi typicky se vyskytující symptomy řadíme také oslabení orálního svalstva. Pohyby jazyka, rtů či měkkého patra jsou zpomalené a mají omezený rozsah. To se nejvíce projeví při vyšetření diadochokinézy. (Love a Webb, 2009).

Z hlediska artikulace dochází častěji ke změně způsobu tvoření hlásky při zachovaném správném místě tvoření (ibid).

Rezonance bývá nejčastěji narušena ve formě hypernazality mírného stupně (Freed, 2020).

Z hlediska respiračních obtíží hovoří Freed (2020) o narušené koordinaci svalů, které se podílí na dýchání. Zároveň je omezen rozsah pohybu těchto svalů. To ovlivní charakter nádechů, které jsou mělké a časté.

Fonace bývá velmi často narušena. Nejčastěji se jedná o nedostatečné uzavření hlasivkové štěrbině během fonace, které má za následek únik vzduchu, a to do takové míry, že hlas může znít jako šepot (Freed, 2020). Problémem je koordinace fonace s respirací. Dynamický i frekvenční rozsah hlasu bývá omezen. U pacientů s Parkinsonovou chorobou je hlas často zastřený, drsný, tichý a monotónní (Zamišková et al., 2010). Dalším častým symptomem bývá laryngeální dysfunkce, která je doprovázena chrapotem (Love a Webb, 2009).

Hypokinetická dysartrie je zároveň v mnoha případech doprovázena i dysfagií. Polykání je přitom narušeno ve všech jeho fázích. Největším rizikem je zejména tichá aspirace, kdy se tekutina či strava dostává do dýchacích cest bez jakékoli reflexní response těla (Love a Webb, 2009).

1.3.5 Hyperkinetická dysartrie

Tento typ dysartrie bývá ve většině případů spojen s jiným druhem onemocnění, které zasahuje bazální ganglia. Jedním z těchto onemocnění může být Huntingtonova choroba. Hlavním projevem je zvýšená míra pohybu, kterou jedinec není schopen kontrolovat (Freed, 2020). Jedná se o tzv. mimovolní pohyby označované jako dyskineze (Seidl, 2023). Konkrétně do této kategorie spadá chorea², myoklonus³, tiky, dystonie či tremor jinak označovaný jako třes. Mimovolní pohyby mohou mít různou závažnost. Některé jsou mírné a zasahují pouze jeden sval, jiné mohou ovlivnit pohyby celého těla (Freed, 2020). Při bližším pozorování pacienta jde tento typ dysartrie vzhledem k vyskytujícím se mimovolním pohybům dobře poznat (Duffy in Freed, 2020).

Stále není jasné, jaká je přesná příčina vzniku mimovolných pohybů. Jedna z teorií říká, že možnou příčinou by mohl být nepoměr mezi dopaminem a acetylcholinem ve prospěch dopaminu. Toto tvrzení potvrzuje výzkum, během kterého byla pacientům s Parkinsonovou

² Choreatické pohyby jsou takové pohyby, které jsou rychlé a trhavé s predilekcí na horních končetinách (Seidl, 2023).

³ Myoklonus je krátký a rychlý svalový záškub (Seidl, 2023).

chorobou podána L-dopa⁴, která zapříčinila vznik mimovolných pohybů u účastníků studie (Wiederholt in Freed, 2020). Mnoho odborníků se ovšem domnívá, že skutečná příčina bude pravděpodobně mnohem složitější.

Již v úvodu kapitoly bylo zmíněno, že hlavním důvodem vzniku tohoto typu dysartrie jsou jiná onemocnění. V literatuře byly ovšem popsány i případy, kdy se na vzniku dysartrie podílela cévní mozková příhoda nebo kraniotraumata (Freed, 2020).

V rámci artikulace se nejčastěji můžeme setkat s nepřesnou artikulací, chybným tvořením hlásek či jejich prolongovanou výslovností. Tyto chyby se objevují ve chvílích dyskineze. Pokud tedy osoba v danou chvíli nemá žádný mimovolný pohyb, bude artikulace výrazně lepší (Freed, 2020). Cséfalvay et al. (2013) dále uvádějí, že mezi typické symptomy můžeme zařadit také artikulační kolapsy nepravidelného rázu.

Z hlediska prozódie mohou být nejvýraznějším symptomem tiché pauzy. Vznikají nejčastěji na základě dystonie svalů, které se podílejí na tvorbě hlasu (Freed, 2020). Prozódie je dále narušena omezeným frekvenčním a dynamickým rozsahem hlasu (Cséfalvay et al., 2013).

Poruchy rezonance jsou i v tomto případě lehčího charakteru. Nejčastěji se jedná o hypernazalitu (Freed, 2020).

Mimovolní pohyby mohou ovlivnit také respirační svaly. Deficitní je pak spojení respirace a fonace, které často vyústí v přerušovanou fonaci. U pacientů s dystonií je hlas nejčastěji popisován jako drsný. Pokud se u pacienta objeví spasmus hrtanu, hlas může být až přiškrčený (Freed, 2020). U chorey je hlas drsný nebo přiškrčený a může dojít ke kolísání hlasitosti mluvního projevu. Častý je také výskyt spastické dysfonie (Love a Webb, 2009).

1.3.6 Ataktická dysartrie

V tomto případě dochází k poškození mozečku (cerebella) a jeho drah. Cerebellum má na starost zejména rovnováhu a svalový tonus. Dále zpracovává senzorké informace z celého těla a integruje je do provedení konkrétních pohybů. V neposlední řadě má na starosti koordinaci, vhodné načasování a zpřesnění pohybů (Ambler, 2011; Freed, 2020; Seidl, 2023). Cerebellum je tvořeno centrálně uloženým vermisem cerebelli a dvěma hemisférami (Seidl, 2023). Pro správné fungování jsou také důležité tři hlavní dráhy, které souhrnně označujeme

⁴ Levodopa, známá také pod pojmem L-dopa je látka, jenž se využívá k léčbě Parkinsonovy nemoci. V mozku se z tohoto preparátu vytváří právě tolik potřebný dopamin (Seidl, 2023).

jako pedunculus cerebellaris. Prvním z nich je pedunculus cerebellaris inferior, který přenáší do mozečku senzorycké informace z celého těla. Dále se jedná o pedunculus cerebellaris medius, který přenáší do mozečku informace z mozkové kůry. Jedná se o předběžné informace o plánovaných pohybech, které musí mozeček dále zkoordinovat. Posledním z nich je pedunculus cerebellaris superior, který naopak předává informace mozkové kůře a extrapyramidovému systému (Freed, 2020).

Příčinou vzniku tohoto typu dysartrie mohou být například různá neurodegenerativní onemocnění (např. Friedrichova ataxie), cévní mozkové příhody, intoxikace (nejčastěji alkoholové, ale mohou být způsobené i otravou olovem), kraniotraumata, tumory či hypotyreóza. Mezi další, méně časté příčiny, řadíme infekce (tyfus, syfilis) či bakteriální abscesy (Love a Webb, 2009; Cséfalvay et al., 2013; Freed, 2020).

Ataktická dysartrie je pojmenovaná právě podle svého hlavního symptomu, tedy ataxie. Tu můžeme definovat jako „*poruchu koordinace pohybů, danou nesprávným zpracováním senzoryckých informací do motorického výstupu*“ (Love a Webb, 2009, str. 211).

Deficity řečových schopností se projeví zejména narušením artikulace a prozódie. Osoby mají problém s koordinací artikulačních pohybů, je narušena výslovnost všech hlásek a řeč má často ráz opilosti (Freed, 2020). Typický je výskyt artikulačních kolapsů (Love a Webb, 2009). Časté je zpomalené tempo projevu, prolongace fonémů a prodloužení pauz mezi jednotlivými hláskami. Dalším symptomem je také nadměrný a nepřírozený důraz na nepřízvučných slabikách a slovech (Freed, 2020). Cséfalvay et al. (2013) uvádí, že důraz je naopak na každé slabice stejný. V souvislosti s tímto typem dysartrie se často setkáváme s pojmem skandovaná řeč, jelikož po vyslovení každé slabiky dochází ke krátké pauze a řeč zní skandovaně (Love a Webb, 2009).

Narušení rezonance nepatří mezi prominentní symptomy. V literatuře můžeme nalézt informace zejména o výskytu hypernazality (Freed, 2020). Duffy (in Freed, 2020) ovšem upozorňuje i na výskyt hyponazality, která může být způsobena problémy s načasováním pohybů měkkého patra a ostatních svalů, které se podílejí na artikulaci.

Hlas jeví ve většině případů známky drsnosti, která je pravděpodobně způsobena sníženým svalovým tonem v oblasti laryngu (Freed, 2020). Dále se může u osob s ataktickou dysartrií objevit hlasový tremor (Cséfalvay et al., 2013). Kolísání hlasové síly může být dalším ze symptomů (Love a Webb, 2009).

V rámci poškození mozečku může dojít k problémům při koordinaci svalů podílejících se na dýchání (Freed, 2020).

1.3.7 Smíšená dysartrie

O smíšené dysartrii hovoříme tehdy, dojde-li ke kombinaci dvou či více typů dysartrie (Singh and Kent in Freed, 2020). Neurologická poškození totiž ne vždy zasáhnou pouze jednu anatomickou strukturu, mnohdy tak dochází ke vzniku rozsáhlejšího poškození. Ačkoli mohou být symptomy kvalitativně velice podobné, u každého pacienta může mít smíšená dysartrie jiné následky s celkově jinými dominujícími symptomy. Také může často docházet k převládání jednoho typu dysartrie nad druhým (Freed, 2020).

Nejčastější příčinou jsou zejména CMP či degenerativní onemocnění (Neubauer, 2018). Dále se jedná o nádory, traumatická poranění mozku či infekce. Typickým příkladem může být cévní mozková příhoda vzniklá v mozkovém kmeni, která mnohdy způsobí poškození horního i dolního motorického neuronu, čímž dojde ke vzniku spasticko-flakcidní dysartrie (Freed, 2020). Ta se dále může objevit i u amyotrofické laterální sklerózy (ALS), též označované jako Lou Gehrigovu choroba (Love a Webb, 2009; Neubauer, 2018). ALS je typická tím, že v první řadě dochází k poškození dolního motorického neuronu (vzniká flakcidní dysartrie), s postupnou progresí onemocnění je zasažen i horní motorický neuron (vzniká spastická dysartrie). Traumatické poškození mozku může dále poškodit mozeček a hlavové nervy, což vede ke vzniku atakticko-flakcidní dysartrie (Freed, 2020). Spasticko-atakticko-hypokinetickou dysartrii můžeme vidět u Wilsonovy nemoci a hypokineticko-spasticko-ataktickou u progresivní supranukleární paralýzy. Atakticko-spastická dysartrie se typicky objevuje u roztroušené sklerózy (Hedánek and Roubíčková in Neubauer, 2018). Více zasažené struktury budou ve všech případech symptomatologicky převládat (Freed, 2020).

1.4 Diagnostika

V rámci diagnostiky dysartrií je momentálně v České republice nejvíce rozšířený **Test 3F – dysartrický profil**. Ten byl vytvořen dvojicí autorů Hedánek a Roubíčková v roce 1997. Vyšetřovány jsou tři hlavní oblasti – faciokineze, fonorespirace a fonetika. Faciokineze je dále rozdělena do podoblastí, které se zaměřují na rty, čelist, jazyk, měkké patro, diadochokinézu bez fonace, diadochokinézu s fonací. Fonorespirace je dělena na respiraci, fonaci a respiraci při fonaci. Artikulaci, prozódii a srozumitelnost můžeme nalézt v oblasti fonetiky. V každé podoblasti může osoba získat 10 bodů, takže maximální bodový zisk této verze testu odpovídá 120 bodům (Hedánek a Roubíčková, 1997). Jeho výhodou je, že není založen pouze na

kvantitativním hodnocení, ale umožňuje co nejpřesněji popsat silné a slabé stránky pacienta (Neubauer, 2018). V současné době existuje již třetí verze tohoto testu, která vznikla v roce 2011 kolektivem autorů Hedánek, Roubíčková, Straník. Test zůstává i nadále rozdělen do tří hlavních oblastí, maximální bodový zisk je však snížen na 90 bodů (Roubíčková et al., 2011).

Kromě Testu – 3F můžeme v rámci českého prostředí zmínit například **Metodiku vyšetření dysartrie**, kterou vytvořil Cséfalvay v roce 2002. Ta je obdobně jako jiné zahraniční materiály, o kterých se zmíníme následovně, rozdělena na hodnocení respirace, artikulace, rezonance, fonace a souvislého řečového projevu (Cséfalvay et al., 2013).

Vyšetření získaných neurogenních poruch řečové komunikace od Neubauera z roku 2007 je dalším diagnostickým materiálem, který usnadňuje diferenciální diagnostiku mezi jednotlivými typy narušené komunikační schopnosti u dospělých osob (ibid).

Hallowell (2017) dále uvádí výčet nejčastěji využívaných diagnostických materiálů, se kterými se můžeme setkat v zahraničí, zejména pak ve Spojených státech. Mezi ně patří například **Quick Assessment for Dysarthria (QAD)**. Tento test byl vytvořen v roce 1999 Tannerem a Culbertsonem a zaměřuje se na respiraci, fonaci, artikulaci, rezonanci a prozódii. Zároveň je součástí baterie, která nese název Quick Assessment for Neurogenic Communication Disorders, v níž nalezneme také testy na afázii, apraxii a dysfagii. Dalším takovým testem je **Frenchay Dysarthria Assessment-Second Edition (FDA-2)**. Tento test je v současné době jedním z nejvíce využívaných diagnostických materiálů. Autory jsou Enderby a Palmer, přičemž druhá verze tohoto testu pochází z roku 2008. Má celkem osm hlavních částí, jejichž cílem je zjistit silné a slabé stránky jedince a v návaznosti na to určit i konkrétní typ dysartrie. Pro hodnocení srozumitelnosti je hojně využíván test, který nese název **Assessment of the Intelligibility of Dysarthric Speech (AIDS)**. Test byl vytvořen v roce 1984 Yorkstonem a Beukelmanem a slouží k hodnocení srozumitelnosti projevu na úrovni slov a vět.

Robertson Dysarthria profile, který byl vytvořen již v roce 1982, je jeden z dalších možných využitelných materiálů. V roce 1995 přitom prošel tento test revizí, kterou provedl Pert. Obecně je rozdělen do několika oblastí, které se zabývají respirací, fonací, obličejovými svaly, diadochokinézou, artikulací a srozumitelností, komunikační kompetencí a příjmem potravy a polykáním (Pert, 1995).

V návaznosti na naši práci uvádíme také příklady testů, které se zabývají kvalitou života nebo dopadem dysartrie na osobu. Právě tyto testy v sobě velmi často obsahují otázky, které blíže zkoumají sebepojetí osob s dysartrií. V zahraničí jsou tyto diagnostické testy běžnou praxí klinických logopedů.

Do této skupiny testů můžeme konkrétně zařadit **Dysarthria Impact Profile**, který byl vytvořen ve Velké Británii v roce 2009 a slouží k možnosti kvantifikace psychosociálního dopadu získané dysartrie z pohledu samotných osob (Walshe et al., 2009).

Dalším takovým testem je **QOL – DyS (Quality of Life in the Dysarthric Speaker)**. Ten byl vytvořen na základě testu Dysarthria from the Point of View of the Dysarthric Patient. Tento původní test z roku 1994 obsahuje 100 položek, a proto došlo v nově vzniklém testu k jeho zkrácení a úpravě. Výsledkem je nový test, který se zaměřuje na kvalitu života osob s dysartrií, a to celkem ve čtyřiceti položkách (Piacentini et al., 2011).

Ve Švédsku byl také vytvořen dotazník, který nese název **Living with Neurologically Based Speech Difficulties (Living with Dysarthria)**. Jeho cílem je zjistit, jak jedinci vnímají sami sebe, své řečové obtíže a jak jsou schopni se přizpůsobit své situaci (Hartelius et al., 2008).

Quality of Communication Life scale (ASHA QCL) je další test, jehož užívání doporučuje přímo American Speech-Language-Hearing Association (ASHA). Test je určen dospělým osobám s řečovými i jazykovými obtížemi, jako je například afázie, dysartrie nebo kognitivně komunikační porucha. Cílem tohoto testu je poskytnout informace o psychosociálním dopadu poruchy na člověka, zejména v návaznosti na komunikaci (Kavya et al., 2022).

Kromě percepčního hodnocení hlasu bychom v dnešní době neměli opomíjet také jeho akustické hodnocení, které vychází z objektivních metod. Může se tak jednat například o spektrální analýzu hlasu, jejímž výsledkem je spektrogram či měření hlasového pole (Cséfalvay et al., 2013). Mezi dostupné softwary v ČR můžeme zařadit například software pro vizualizaci dysartrické řeči (dysarthric speech visualization tool) či software pro kvantifikaci dysartrické řeči (dysarthric speech quantification tool), které vznikly pod hlavičkou Vysokého učení technického v Brně (Galáž et al., 2015; Galáž et al., 2016).

1.5 Intervence

V rámci teoretického vymezení dysartrie se ještě ve zkratce pozastavíme u intervenčních přístupů. Ty se mohou velmi lišit v návaznosti na konkrétním typu dysartrie. Ten musíme společně se samotným věkem osob brát v potaz při stanovení vhodných intervenčních postupů (Neubauer, 2011).

V rámci získaných dysartrií se v literatuře dočteme zejména o dělení terapeutických přístupů v návaznosti na konkrétní motorické modality řeči, tedy respiraci, fonaci, rezonanci a artikulaci, přičemž nesmíme opomíjet také prozódii (Freed, 2020). Dále bychom měli naše působení cílit na zlepšení svalového tonu a práci s orofaciálním systémem. Velký důraz by měl být kladen též na rytmus. Terapie by v tomto případě měla být zahájena co nejdříve po jejím vzniku, aby se maximalizovala pravděpodobnost jejího úspěchu. Specifickou kategorií jsou degenerativní onemocnění, kdy je naším cílem spíše zpomalit progresi onemocnění. V rámci terapie můžeme využívat také velké množství pomůcek, a to technického i netechnického původu. Existuje i několik počítačových programů či aplikací. V případě anartrie můžeme v rámci terapie pracovat též se systémy alternativní a augmentativní komunikace. Velice užitečná se také jeví skupinová forma terapie (Neubauer, 2011). Toto tvrzení podporuje výzkum od Whillans et al. (2020), z jehož závěrů vyplývá, že skupinová terapie může být účinným prostředkem ke zlepšení produkce řeči. Prostřednictvím sociálních kontaktů může dojít ke zlepšení celkového well-beingu osob. Základem každé intervence by přitom mělo být vytvoření terapeutického plánu, který bere v potaz individuální charakteristiky jedince. Zejména důležité je pracovat s motivací a působit i na psychickou složku jedince (Neubauer, 2011). V konečném důsledku bychom pomocí logopedické intervence měli zlepšovat kvalitu života osob se získanou dysartrií (ASHA, 2016).

U osob s vývojovou dysartrií je potřeba pracovat s jedinci již od raného věku. Mezi základní terapeutické koncepty můžeme zařadit Bobath koncept, metodu reflexní lokomoce podle profesora Vojty, Kabatovu metodiku, metodu Castillo-Morales či myofunkční terapii. Své místo mají u těchto dětí bezesporu také přístupy využívané v terapii dysfagie (Neubauer, 2011). Korkalainen et al. (2023) uvádějí, že v zahraničí patří mezi nejvíce využívané přístupy u dětí zejména Lee Silverman Voice Treatment (LSVT), Phonetic Placement Therapy (PPT), Prompts for Restructuring Oral Musculature Phonetic Targets (PROMPT) či Speech Intelligibility Treatment (SIT).

2 Sebepojetí

Druhá hlavní kapitola diplomové práce pojednává o problematice sebepojetí. V úvodu se zaměříme na její terminologické vymezení a dále nahlédneme do historie, kde si v krátkosti představíme některé autory, kteří se touto problematikou zabývali. V návaznosti na historii plynule navážeme na aktuální pohled na sebepojetí. Dále si představíme hlavní determinanty jeho vývoje. Následně se zaměříme na výčet dopadů nízkého sebepojetí do života člověka. Na závěr nás čeká také pohled na problematiku kvality života v návaznosti na sebepojetí. Součástí bude taktéž nahlédnutí na sebepojetí u osob se zdravotním postižením či osob s narušenou komunikační schopností.

2.1 Terminologické vymezení sebepojetí

Sebepojetí je poměrně složitou problematikou, kterou můžeme zařadit do tzv. „self psychologie“. Definici sebepojetí (self-concept) můžeme nalézt například v Psychologickém slovníku od Hartla a Hartlové (2015, str. 524), kteří ho definují jako „*představu o sobě, to, jak jedinec vidí sám sebe*“. Jednu ze starších definic uvádí Van der Werff (in Blatný, 2010, str. 108), který tvrdí, že „*sebepojetí (self-concept) může být snadno definován jako vidění nebo mentální reprezentace sebe*.“ Balcar (1991) mluví o sebepojetí jako o obrazu sebe, který je součástí každého z nás. Ne vždy však tento obraz musí odpovídat realitě a představy tak mohou být do určité míry zkreslené. Blatný (2010, str. 107) dále uvádí, že pod pojmem sebepojetí si můžeme představit „*souhrn představ a hodnotících soudů, které člověk o sobě chová*.“ Důležitá je připomínka od Shavelsona, Hubnera a Stantonova (in Blatný a Plháková, 2003, str. 92), kteří tvrdí, že sebepojetí je „*spíše hypotetický konstrukt, vysvětlující chování a prožívání člověka než reálně existující psychická entita*.“ Shavelson (in Konečná, 2010) poukazuje na to, že sebepojetí může být vnímáno v širším slova smyslu také jako sebepercepce, která vzniká během sociálních interakcí jedince s jeho okolím a je ovlivněna získanými zkušenostmi v těchto interakcích. V nejvíce obecné rovině je sebepojetí spojeno s vnímáním sebe sama a představou o sobě (Blatný a Plháková, 2003).

V literatuře se zároveň můžeme setkat s několika pojmy, které můžeme považovat za synonyma tohoto termínu. Mezi ně patří například sebesystém, Já, Self nebo Jáství (Blatný, 2010; Pugnerová, 2019). Macek (2019) však upozorňuje na nejednotnost termínu a odlišnosti v jeho pojmání v rámci jednotlivých autorů. V rámci současné literatury můžeme odlišit dva

hlavní proudy vnímání sebepojetí. Jeden z proudů bere sebepojetí v synonymním výrazu k pojmu sebesystém. Jedná se tedy o koncepci, která pracuje s termínem sebepojetí v širším slova smyslu. Obsahuje složku kognitivní (poznávací), afektivní (emocionální) i konativní (behaviorální), obdobně jako je tomu u postojů. Sebeпоjetí totiž může být definováno také jako postoj, který jedinec zaujímá sám k sobě. Druhý proud vnímá sebepojetí jako podsložku sebesystému či jáského systému. Konkrétně ji uvádí do synonymního výrazu s kognitivní neboli percepční složkou, emocionální složka je uváděna pod pojmem sebehodnocení, zatímco složka behaviorální je označena pojmem seberegulace. Sebesystém by v tomto pojetí měl být výsledkem tzv. sebereflexe, tedy určitého procesu, který nás vede k vytvoření sebepojetí, sebehodnocení a seberegulace (Konečná, 2010; Blatný, 2010; Macek, 2019). Hartl a Hartlová (2015) však pojem sebereflexe používají v synonymní konotaci s výrazem sebepojetí. Problematika terminologického vymezení je tak velmi nejasná a nepřehledná.

Zároveň je potřeba zdůraznit, že sebepojetí se během života vyvíjí, a je tak ovlivněno zkušenostmi, které člověk postupem času získává, čímž dochází k jeho změnám či úpravám (Pugnerová, 2019). Tím se zcela liší od dřívějšího náhledu na tento pojem, který zdůrazňoval, že sebepojetí je v návaznosti na různé situace i vývoj v čase neměnné (Konečná, 2010). Největší vliv na formování sebepojetí mají pak sociální kontakty. Právě interakce s lidmi okolo nás má tak nezpochybnitelný dopad na tuto složku (Pugnerová, 2019).

2.2 Náhled do historie

Jeden z prvních autorů, který začal zkoumat sebepojetí byl William James, kterého můžeme zařadit do biologického přístupu psychologie (Konečná, 2010). Ve své práci vycházel především z Charlese Darwina, který zdůrazňoval nativismus, tedy názor, že určité vzorce chování jsou nám do jisté míry vrozené. Sám James pak zdůrazňuje zejména vliv instinktů (Plháková, 2004).

James zároveň přišel s velmi zajímavým konceptem sebepojetí, který přetrvává dodnes a nese název dvojakost jáství. Jedná se vlastně o jakousi dualitu sebereflexe, kdy na jedné straně stojí „já“ jako subjekt, který je spojen právě s tím, že jsem to já, kdo ví, kdo jsem. Na druhé straně je to „já“ jako objekt, který je spojen s představou o sobě. Obě složky dohromady vytváří tzv. „self“ (Macek, 2019). Tento koncept lze tedy jednoduše shrnout větou „já, jsem si vědom sám sebe“ (James in Macek, 2019, str. 75).

Mezi jeho žáky patřili například Charles H. Cooley nebo George H. Mead. Cooley je autorem konceptu, který nese název „zrcadlové já“ (looking glass self). Základem tohoto konceptu je přitom náhled na vlastní osobu očima druhých. Jedinec si tak vytváří mínění o vlastní osobě na základě představ o tom, co si o něm druzí myslí. Základem teorie je pak internalizace těchto mínění. Jeho teorie byla dále rozpracována Meadem (Konečná, 2010). Ten hovoří o tzv. významných druhých. Mínění o nás samotných bychom si dle této teorie vytvářeli na základě internalizovaných představ druhých osob, které jsou pro nás nějakým způsobem důležité. V dětském věku by se tedy jednalo zejména o rodiče, v adolescenci se jedná například o referenční skupinu vrstevníků (Obereignerů, 2017).

O sebepojetí se však zajímaly i jiné psychologické školy. Pro zmínku si tedy v první řadě můžeme uvést například Carla Rogerse, představitele humanistické psychologie. Ten ve své práci velmi často operuje s pojmem „self“, který užívá v synonymním výrazu k pojmu sebepojetí (Obereignerů, 2017). To „*představuje základ všech myšlenek, vjemů a hodnot, které utváří já*“ (Hartl a Hartlová, 2015, str. 528). Díky tomu dokáže člověk odpovědět na otázky, které se týkají toho, co jsem a co vlastně dokáži. V pojetí Rogerse je vývoj sebepojetí celoživotním dynamickým procesem, který je ovlivněn zkušenostmi (Obereignerů, 2017).

Další autor, který se ve velké míře zabýval sebepojetím byl například Albert Bandura. Právě Bandura je jedním z představitelů tzv. sociálně kognitivní psychologie, která nabízí jeden z možných přístupů ke zkoumání sebepojetí (ibid).

2.3 Pohled na sebepojetí

Shevelson (in Konečná, 2010) se svými kolegy stanovil sedm základních charakteristik sebepojetí, které vyplývají z jejich hierarchického zobrazení sebepojetí. Podle nich se na vrcholu hierarchie nachází tzv. generalizované sebepojetí, které se dále dělí na sebepojetí akademické a neakademické. V rámci naší práce je mnohem důležitější neakademická větev, která se dále dělí na sebepojetí sociální, emocionální a fyzické. Sebeпоjetí, které se nachází na vrcholku hierarchie je poměrně stabilní, hierarchicky nižší formy sebepojetí jsou již dle Shevelsona více ovlivněny aktuální situací.

V současné době je sebepojetí typicky popisováno jako „*multifacetová, hierarchicky uspořádaná struktura a dynamika fungování v závislosti jak na tzv. Já-motivech, tak na situačním kontextu*“ (Blatný, 2010, str. 111). Multifacetové sebepojetí odkazuje k faktu, že neexistuje jedno sebepojetí, ale naopak je složeno z několika mentálních reprezentací Já.

Hierarchické sebepojetí nás zase informuje, že dochází k jakémusi hierarchickému třídění znalostí od konkrétních po abstraktní. Tyto znalosti či poznatky o sobě si tvoříme pomocí zkušeností, které zažíváme v reálných situacích. Dynamická stránka sebepojetí nás informuje o faktu, že v návaznosti na situaci může převládnout jakákoliv reprezentace Já, která se v danou chvíli stává hlavní strukturou sebepojetí (Blatný, 2010).

2.3.1 Sebepojetí jako podsložka sebesystému

V rámci tohoto pojetí je tedy sebepojetí vnímáno jako kognitivní složka sebesystému. Pokud se vrátíme ke konceptu dvojakosti jáství, pohybujeme se momentálně v rovině „já“ jako objekt. Ačkoliv pracujeme na úrovni poznávací složky, nesmíme zapomínat, že právě ta je bezpochyby spojena se složkou emocionální (Macek, 2019). Kognitivní stránka osobnosti bývá velmi často spojena s určitými myšlenkami či představami o sobě. Ty ale mnohdy vznikají na základě sebehodnocení, kdy dochází ke konfrontaci našich představ s představami druhých osob (Macek in Tyrlik et al., 2010). V návaznosti na tuto problematiku můžeme zmínit například model obsahu sebepojetí, který má tvar pravoúhlého trojúhelníku (Macek, 2019).

2.3.2 Sebepojetí jako synonymum „já jako objekt“

O sebepojetí v širším slova smyslu hovoří například Pugnerová (2019, str. 126), která zmiňuje, že „*sebepojetí v sobě zahrnuje představy, myšlenky, postoje, přání, pocity.*“ V jeho souvislosti hovoříme o několika složkách, které jsou jeho součástí. Mezi ně můžeme zařadit například **sebeúctu**, **sebehodnocení**, **sebedůvěru**, **sebevědomí**, **self-efficacy** či **reálné** nebo **ideální já**, typicky ukazující na vnitřní konflikt mezi tím, kým jsem a kým bych být chtěl (Pugnerová, 2019).

Sebedůvěra (self-reliance) vyjadřuje míru víry v sebe sama. Ta je ovlivněna například obtížností úkolů, které má člověk plnit. V případě lehčích úkolů, které jsou spojeny s úspěchem, dochází k posilování sebedůvěry. Obtížné úkoly, které není osoba schopna dokončit, jsou často spojeny s negativními emocemi, které doprovázejí neúspěch. Ten pak následně ovlivní míru důvěry ve vlastní osobu. Právě plnění různých úkolů a výkony, které během našeho života podáváme, mají rozhodující vliv na utváření této složky (Hartl a Hartlová, 2015; Pugnerová, 2019).

Sebevědomí (self-confidence) je nejvíce spojeno s vědomím své vlastní hodnoty. Existuje hned několik druhů sebevědomí. Mezi ně můžeme zařadit například sebevědomí nízké, které je velmi často spojeno s pocity méněcennosti a podceňováním se. Dále se jedná o sebevědomí hypertrofované neboli nadměrně zvýšené. Hartl a Hartlová (2015) v této souvislosti zmiňují tzv. syndrom kachního peří. Ten se typicky vyskytuje u osob, jenž mají tak silné sebevědomí, že nereagují na jakkoliv závažnou kritiku vůči jejich osobě. Za nejideálnější je považováno sebevědomí zdravé, které se vyznačuje optimální mírou sebevědomí, která pomáhá v životě udržet rovnováhu. Osoby se nebojí zkoušet nové věci, snadněji si hledají přátelé a mají vyšší míru psychické resilience. (Hartl a Hartlová, 2015; Pugnerová, 2019).

Sebehodnocení (self-evaluation) je hlavní složkou sebepojetí. Jedná se o „*vědomé prožívání vlastní sociální pozice*“ (Hartl a Hartlová, 2015. str. 523). Vliv na formulování této složky má zejména rodina, jakožto primární socializační činitel. Dále také osoby, se kterými přichází osoba do styku v rámci sekundární socializace (spolužáci ve třídě, učitel apod.) a s tím spojené role, které osoba v daném kolektivu zastává. V rámci této složky zaujímá osoba postoj vůči sobě samému, který je typicky spojen s pocitem spokojenosti či nespokojenosti. Jeho součástí však mohou být i další emoce, jako je například pocit hanby či pýchy (Hartl a Hartlová, 2015; Pugnerová, 2019).

Sebeúcta (self-esteem) je úzce spojena s emocionální složkou. Jde převážně o to, jak moc si jedinec váží sám sebe. V literatuře se zároveň dočteme, že sebeúcta je do jisté míry stanovena rozdílem mezi reálným já a ideálním já (Hartl a Hartlová, 2015; Pugnerová, 2019).

Self-efficacy je pojem, jenž vymyslel Albert Bandura, který je nejčastěji spojován s teorií observačního učení. Do českého jazyka se tento termín příliš často nepřekládá. Jeho podstatou zůstává představa o vlastní výkonnosti. Osoby s vysokým self-efficacy si v životě často vybírají složitější cestu, jelikož jsou si jisti, že ji dokáží zvládnout. Osoby s nízkým self-efficacy mají v životě mnohdy problém čelit vlastním problémům, jelikož mají pocit, že je nedokáží zvládnout a jejich obranný mechanismus pak spočívá v rezignaci nad konkrétní situací (Plháková, 2004).

Orel et al. (2016) dále poukazují na komplexnost sebepojetí a zmiňují i další termíny, které s touto problematikou souvisí. Jedná se například o **sebeopozorování**, které můžeme využít v synonymním výrazu k pojmu introspekce, **sebeatribuci**, jenž se snaží vysvětlit chování jedince v daných situacích, **sebemonitorování**, které je do jisté míry spojeno se sebeopozorováním, jelikož jedinec odvrací pozornost do sebe a zkoumá své psychické procesy, **sebeklam**, jenž je typický tím, že jedinec není schopen zaujmout vůči sobě reálný postoj

a raději využívá klam, **sebeupřijímání**, kdy je jedinec schopný přijmout své reálné já nebo **sebekritičnost**, jejímž cílem je co nejobjektivněji zhodnotit sebe (Hartl a Hartlová, 2015; Orel et al., 2016).

2.4 Determinanty vývoje sebepojetí

V nejvíce obecné rovině můžeme říci, že se na utváření sebepojetí podílejí všechny faktory, které zároveň ovlivňují vývoj jako takový. Hovoříme o determinantech biologických, psychologických a sociálních (Orel et al., 2016). Některé z nich jsou endogenní (vnitřní), jelikož vychází přímo z nás. Do jisté míry jsou nám vrozené a podmíněné dědičností. Jiné jsou naopak exogenní (vnější). Ty získáváme v průběhu našeho života, v reálných situacích, pomocí kterých získáváme nové zkušenosti, jenž nám dávají možnost se rozvíjet (Dolejš et al., 2021).

2.4.1 Exogenní faktory

Jedním z nejdůležitějších determinantů je naše sociální okolí, protože právě prostřednictvím sociálních interakcí dochází k rozvoji sebepojetí. Zejména rodiče (popřípadě jiné pečující osoby, jako jsou prarodiče či pěstouni atd.) jsou klíčovými osobami v životě dítěte, jelikož jejich postoje a hodnocení dítěte postupem času přijímá za své pomocí procesu interiorace. V rámci rodinného prostředí je pro vývoj sebepojetí klíčový zejména styl výchovy. Rodina by měla dále vytvářet podpůrné prostředí, které dítěti nabízí prostor plný bezpečí a jistoty. Důležitá je také celková atmosféra rodiny, její emoční ladění, komunikační styl v rodině a způsob řešení konfliktních situací, který je právě s onou komunikací a emočním laděním velmi úzce spojen. Kromě rodičů si musíme v rámci rodinného prostředí zdůraznit i vliv sourozenců, kteří mohou mít bezesporu také vliv na utváření sebepojetí (Dolejš et al., 2021).

V druhé řadě je to zcela jistě širší sociální okolí ve formě různých sociálních skupin, do kterých dítě v průběhu života přichází (třída v mateřské škole atd.). V sociálních skupinách různého typu dítě získává sociální role, které jsou spojené s určitou pozicí a statusem. Dítě si zde zároveň také osvojuje skupinové normy. Právě pomocí různých sociálních skupin dochází k postupnému budování osobnosti dítěte. V tomto ohledu je zcela zásadní základní škola, kdy je potřeba, aby se dítě setkal s úspěchem, který je klíčový pro rozvoj správného sebepojetí (Dolejš et al., 2021). Na toto téma pak hojně navazuje velké množství výzkumů, z jejichž

výsledků vyplývá snížená úroveň sebepojetí u dětí se specifickými poruchami učení (Yakut a Akgul, 2019).

Vždy bychom měli brát v potaz také aktuální věk osob. Sebepojetí totiž prochází postupnými stádii vývoje a každé stádium se od předchozího liší. Zejména důležitý je v prvních letech vývoj kognitivních funkcí. V návaznosti na věk by se měl i vhodně volit diagnostický nástroj, pomocí kterého sebepojetí zkoumáme (Vágnerová a Lisá, 2021; Dolejš et al., 2021).

V rámci exogenních faktorů si musíme zmínit skutečnost, že na vývoji sebepojetí se mohou podílet také kulturní specifika širšího společenského okolí jedince. Ty jsou pak zcela jistě spojena s určitými tradicemi či zvyky (Shaffer in Dolejš et al., 2021).

2.4.2 Endogenní faktory

Sebepojetí je samozřejmě velmi úzce spojeno s celkovou osobností člověka. Některé její vlastnosti jsou vrozené a jiné získané. Thorová (2015) uvádí, že pro rozvoj sebepojetí jsou klíčové vlastnosti osobnosti daného jedince, jeho emoční prožívání či typ temperamentu. Blatný (2010) uvádí, že osoby, které z hlediska temperamentu považujeme za stabilní extroverty, mají vyšší míru sebehodnocení. Mezi další rysy osobnosti, které jsou spojeny se sebepojetím, patří naše emoční ladění či určitá míra resilience neboli psychické odolnosti, která je zcela jistě spojena i s mírou frustrační tolerance. Neméně zajímavé je působení obranných mechanismů, které mají za cíl ochránit naše sebepojetí. Právě obrana sebepojetí se dle Balcara (1991) aktivuje zejména ve chvílích, kdy je naše postavení vůči okolnímu světu nějakým způsobem narušeno a dochází ke změnám hodnot v našem životě. Takový stav je typicky spojen se ztrátou jistoty a bezpečí ve světě kolem nás. Toho dosahujeme například ve chvíli sdělení nepříznivé diagnózy. V návaznosti na téma naší diplomové práce to tak může být například diagnostika Parkinsonovy choroby apod. Mezi základní dva obranné mechanismy, které se v tuto chvíli aktivují, řadíme vytěsnění a popření. Ačkoliv mohou oba tyto pojmy znít totožně, není tomu ve skutečnosti tak. Vágnerová (2004) uvádí, že pojem vytěsnění spočívá v odsunutí nepříjemných myšlenek a pocitů do nevědomí. Problémy, které byly odsunuty do nevědomí, však i nadále ovlivňují život člověka. Popření odkazuje k popírání jakýchkoliv problému, které člověk subjektivně hodnotí jako ohrožující. Opět se můžeme v rámci konkrétního příkladu odkázat k diagnostice chronického postižení, kdy bude pacient svou diagnózu popírat a chovat se, jako by byl zdravý.

Poměrně hojně diskutovaným tématem je vliv pohlaví a genderu na úroveň a vývoj sebepojetí. Na toto téma byla provedena řada výzkumů, výsledky se však velmi liší. Některé

studie potvrzují vliv pohlaví, jiné ho naopak úplně potlačují. Část výzkumů také zmiňuje rozdílnosti mezi pohlavími v rámci jednotlivých domén sebepojetí, jako je například fyzický zjev (Dolejš et al., 2021).

Z výše zmíněného textu jednoznačně docházíme k závěru, že celkový vývoj sebepojetí je ovlivněn třemi hlavními skupinami faktorů, tedy faktory sociálními, psychologickými a biologickými. Pro výzkumy naší práce je však klíčové zmínit, že sebepojetí může být nějakým způsobem ovlivněno i v průběhu života, jelikož stále dochází k jeho úpravám a změnám. Jednotlivec se totiž postupem času setkává s novými rolemi, nabývá nové zkušenosti a zažívá spousty změn, které ovlivňují jeho život. Mezi takovou změnu můžeme dle Walshe (2011) zařadit i vznik motorické řečové poruchy. Dle jejího výzkumu totiž tato životní změna může změnit sebepojetí člověka. Charmaz (in Walshe, 2011) v návaznosti na motorické řečové poruchy také upozorňuje na skutečnost, že sebepojetí se může měnit k lepšímu i v průběhu času, a to z důvodu postupného přijetí vlastního stavu.

2.5 Dopady snížené úrovně sebepojetí

Snížené sebepojetí může mít různé projevy a symptomy, které odrážejí negativní vnímání sebe samého a nízkou míru sebehodnocení. V první řadě může být oslaben výkon osob. Pokud mají osoby nízkou míru sebehodnocení, nebudou si dostatečně věřit při plnění různých úkolů. Celý proces je samozřejmě doprovázen negativními emocemi, zvyšuje se úzkost a osoba může mít zvýšené obavy z plnění úkolu. Kromě úzkosti se u jedinců může vyskytnout také deprese. V nejhorším případě se osoby dostávají až do stádia tzv. naučené bezmocnosti, která je typická výskytem apatie a rezignace. Osoby automaticky predikují své vlastní selhání, a tím pádem se ani nesnaží úkol dokončit. Dochází tak ke snížení iniciace, která je způsobena sníženou motivací. Lidé, kteří mají nízkou sebeúctu, mají dále například tendence prožívat své vlastní neúspěchy zveličenou formou (Walshe, 2011; Orel et al., 2016).

Vše výše zmíněné můžeme zařadit do tzv. primárních dopadů sníženého sebepojetí. Ty však samozřejmě nejsou jedinou stránkou, na které sebepojetí působí. Sekundárně může docházet například k narušení sociálních vztahů jedince (Orel et al., 2016).

Pokud mluvíme o osobách s narušenou komunikační schopností, hovoří Walshe (2011) zejména o snížené důvěře v sebe a svou komunikaci. Tyto osoby se budou mnohem častěji vyhýbat sociálním interakcím, během rozhovoru budou spíše zaujímat postavení posluchače

a v případě vlastní produkce budou sdělení omezena na krátkou větu. Toto narušené chování je samozřejmě doprovázeno také negativními emocemi. Ty se mohou vztahovat buď k samotné řečové či jazykové poruše (např. strach z promluvy, zlost z neschopnosti vyslovit dané slovo, bezmoc z důvodu nepochopení), ke komunikační situaci (např. strach z reakcí druhých, nervozita z komunikační situace) nebo k dopadům řečové či jazykové poruchy, které mohou v konečném důsledku ovlivňovat kvalitu života jedince (depresivita, osamělost a sociální izolace, ztráta nezávislosti). Orel et al. (2016) dále potvrzují, že právě poruchy řeči mohou být velmi často doprovázeny narušeným sebepojetím, konkrétně se jedná zejména o sníženou sebedůvěru a nízké sebehodnocení.

V konečném důsledku má úroveň sebepojetí zásadní vliv na celkový život jedince, jelikož určuje v nejvíce obecné míře, zda je osoba ve svém životě spokojená či nikoliv (Walshe, 2011).

2.6 Kvalita života a sebepojetí

Výše zmíněnou větou se přesouváme k jednomu z nejdůležitějších témat, které má své opodstatněné místo i v rámci logopedické intervence, a tím je propojenost sebepojetí a kvality života.

Definovat pojem kvalita života je poměrně náročné, protože neexistuje žádná univerzálně přijímaná definice. Například Světová zdravotnická organizace (WHO) definovala již v roce 1996 kvalitu života jako vnímání životního postavení jedince v kontextu kultury a hodnotového systému, ve kterém žije. Důležité je přitom brát v potaz také jeho cíle, očekávání, normy a obavy (Ludíková, 2013). Hnilcová (in Payne et al., 2005) tvrdí, že kvalita života je určena hned několika faktory, které spolu vzájemně interagují. Mezi ony faktory patří faktory sociální, zdravotní, ekonomické a environmentální. Některé zdroje hovoří o tom, že pojem kvalita života můžeme uvádět v synonymním výrazu k pojmu psychosociální dopad či v anglicky mluvících zemích velmi používaný well-being (Walshe, 2011). Pro potřeby naší práce je důležité si vymezit pojem kvalita života související se zdravím (health-related quality of life). Ta doplňuje obecnější koncept kvality života tím, že se konkrétně ptá na dopady nemoci či postižení na fyzickou a psychickou oblast životní pohody (Neumann et al., 2019).

Obecně je kvalita života multidimenzionální koncept, který je obecně vymezen dvěma hlavními rovinami, a to rovinou subjektivní a objektivní. Objektívni rovina vychází z přesných a ověřených informací. Jedná se o objektivní posouzení zdravotního stavu jedince či ověření

jeho skutečné ekonomické zdatnosti. Subjektivní faktory pak vychází přímo z jedince. Je to tedy ona spokojenost či smysluplnost vlastního života, která je zcela jistě spojena i s problematikou sebepojetí (Ludíková, 2013; Neumann et al., 2019).

Rámec kvality života je vymezen dvěma hlavními skupinami faktorů – faktory psychologickými, které mají dopad na samotného člověka a faktory sociálními, jenž ovlivňují jeho životní styl. Mezi sociální faktory řadíme zaměstnanost, volnočasové aktivity, sociální kontakty, sociální exkluzi a různé sociální bariéry. Psychologické faktory jsou zejména depresivita a úzkostnost, změny ve vztazích, změny v rolích a sebepojetí člověka. Ačkoliv je sebepojetí pouze jeden z faktorů, který může ovlivnit kvalitu života, je velmi důležitý (Walshe, 2011). Brumfitt (2010) v této souvislosti dodává, že zatímco fyzické a sociální zdraví jsou nesporně důležité pro kvalitu života, bývá to právě subjektivní spokojenost a štěstí ve vlastním životě, které má klíčový dopad na kvalitu života.

Použití přístupu, který je založen na hodnocení kvality života, podporuje schopnost logopedů porozumět, měřit a předvídat individuální potřeby a schopnosti jedince. Jedinci se v tomto přístupu mohou podílet na spoluvytváření cílů logopedické péče, čímž dochází ke zvýšení pravděpodobnosti jejich naplnění z důvodu vnitřní motivace samotných osob. Testování kvality života má tak v logopedické intervenci nezastupitelnou roli (Neumann et al., 2019).

O důležitosti tohoto konstruktů informuje také ASHA ve svém Scope of practice in speech-language pathology (2016), které zmiňuje, že zlepšování kvality života je jedním z hlavních úkolů logopedů.

2.7 Sebeпоjetí v návaznosti na vybrané aspekty zdravotního postižení

Zdravotní postižení můžeme definovat jako „*narušení běžné každodenní činnosti, včetně osobní péče z důvodu tělesné či duševní poruchy*“ (Valenta et al., 2015, str. 145). Obecně bývá zdravotní postižení děleno do několika kategorií dle několika kritérií. Některá postižení jsou vrozená, jiná mohou být naopak získaná. Zda má či nemá postižení vliv na sebepojetí osob, je předmětem mnoha výzkumů. Určité výzkumy tato tvrzení podporují, jiná ho naopak vyvracejí. Pojdme se nyní společně podívat na některé z nich.

V prvé řadě si můžeme zmínit zajímavý výzkum, jehož cílem bylo objasnit rozdíly v sebepojetí osob se získaným a vrozeným postižením. Z výsledků výzkumu vyplývá, že vyšší úroveň sebepojetí, které bylo zároveň spojeno s vyšší spokojeností v životě, dosahovaly osoby

s kongenitálním typem zdravotního postižení (Bogart, 2014). K opačným výsledkům došli ve své práci Scarpa a Palumbo (2017), kteří se zaměřili pouze na fyzickou složku pojetí sebe sama u osob s motorickým postižením. Z jejich výzkumu vyplývá, že osoby s vrozeným typem postižení mají tuto složku sebepojetí mnohem více narušenou než osoby s postižením získaným.

V návaznosti na tuto problematiku si také zmíníme zajímavou studii, která se zabývala problematikou sebepojetí v návaznosti na „body image“, tedy vnímání vlastního těla. To je do určité míry zcela jistě ovlivněné sociálním okolím, ale také médií a kulturou. Cílem studie bylo zjistit, jaký je rozdíl v sebepojetí osob s viditelným fyzickým postižením a postižením, které není na první pohled vidět (porucha pozornosti s hyperaktivitou, poruchy učení apod.). Z dřívějších studií totiž vyplývá, že u obou kategorií byla ve většině studií prokázána snížená míra sebepojetí. Při porovnávání obou kategorií najednou však ze studie vyplynulo, že sebepojetí u osob s postižením, které není na první pohled vidět, je více narušeno než u osob s postižením viditelným. Míra sebepojetí je dle tohoto výzkumu také asociována s rodinným statutem, genderem a mírou závažnosti konkrétního postižení (Shpigelman a HaGani, 2019). Fernández et al. (2007) již dříve upozornili na nutnost brát v potaz i jednotlivé složky sebepojetí. Dle jejich výzkumu mají totiž osoby s viditelným postižením mnohem více narušenou tu složku sebepojetí, která se týká fyzického vzhledu.

Pokud se máme zaměřit na konkrétní typy zdravotního postižení, můžeme si v návaznosti na problematiku dysartrie zmínit například systematické review provedené Shields et al. v roce 2006, které hodnotí sebepojetí u osob s mozkovou obrnou. Důležité je samozřejmě ujasnit si, že ne vždy je toto postižení spojeno s dysartriemi, ale dle výzkumu Mei et. al. (2020) tomu tak bývá až v 78 %. Výsledky review nás informují o tom, že nemůžeme s jistotou říci, že všechny tyto osoby mají nižší míru sebepojetí. Některé studie ho totiž hodnotí dokonce jako nadměrně vysoké. Dle review však existují určité oblasti, které jsou mnohem více zasaženy. Konkrétně se jedná zejména o sociální akceptaci a fyzický zjev. Zmíněna je také rozdílnost mezi pohlavími, kdy obecně více ohrožené jsou dle této studie právě ženy (Shields et al., 2006).

V návaznosti na téma práce zde zároveň zmíníme ještě jedno systematické review, které se týká dopadu traumatického postižení mozku na sebepojetí. Opět se vracíme k první části diplomové práce, kde je jasně vymezeno, že i traumatické postižení mozku může způsobit vznik dysartrie. Z výsledků vyplývá, že u účastníků výzkumů jasně dochází k negativním změnám v sebepojetí. Musíme však zmínit, že tyto změny často doprovází i jiné životní události.

Konkrétně se jedná například o jiná poškození mozku, ale i o silně stresovou situaci měnící život jedince, kterou může být i nabytí rodičovské role (Beadle et al., 2016).

2.8 Sebepojetí v kontextu osob s narušenou komunikační schopností

Pokud se zaměříme na výzkumy, které soustředí svou pozornost na osoby s logopedickou diagnózou, a to ať dětského či dospělého věku, můžeme si v první řadě zmínit výzkum od Al-Bdoura et al. (2022). Ti zkoumali sebeúctu u osob s poruchami fluence, s poruchami hlasu a s artikulačními poruchami. Výsledky ukázaly, že úroveň sebeúcty u jedinců s narušenou komunikační schopností byla průměrná. Typ poruchy byl však nejvlivnějším faktorem, přičemž osoby s artikulační poruchou a poruchou hlasu měli vyšší sebeúctu ve srovnání s osobami s poruchami plynulosti (koktavostí). Výsledky také naznačily, že jedinci do 18 let vykazují vyšší sebeúctu než jedinci nad 18 let. Posledním zajímavým zjištěním byl fakt, že osoby s lehkými a středně těžkými poruchami měly vyšší sebeúctu než osoby s těžkými a velmi těžkými poruchami.

Vzhledem k symptomům, kterými se manifestuje koktavost, bývá mnoho výzkumů soustředěno na tuto problematiku. Mnoho z nich pochází již z 20. let (blíže Green, 1999). Novější výzkum byl proveden například Nang et al. (2018). Z jejich výsledků vyplývá, že u žen s koktavostí dochází ke snížení sebepojetí, které v konečném důsledku zhoršuje kvalitu jejich života.

Několik starších výzkumů na toto téma bylo provedeno také u osob s vývojovou poruchou jazyka, přičemž tyto výzkumy odhalily rozdíly v závislosti na věku účastníků. Zatímco u dětí ve věku 6 až 9 let nebyly zjištěny signifikantní rozdíly, ve věkové skupině 10 až 13 byly výrazné rozdíly ve vnímání sebe sama, a to zejména v návaznosti na školní výkon a sociální akceptaci (Jerome et al., 2002).

Sníženou kvalitu života u osob s palatolálií potvrzuje studie provedené Yusofem a Ibrahimem (2023), kteří zdůrazňují, že u této skupiny osob je narušena zejména jejich psychika. Proti tomu však stojí systematické review od Branson et al. (2022), z jehož výsledků vyplývá, že celkové psychické výsledky dětí narozených s rozštěpem i bez něj jsou podobné, nicméně některé příznaky, jako je úzkost a deprese, se u dětí s rozštěpem rtu a/nebo patra vyskytují častěji.

V rámci dospělého věku si zde můžeme zmínit výzkum od autorů, kteří se zaměřovali na kvalitu života osob s Brocovou afázií. Právě sekce sebepojetí a sebedůvěry byla u účastníku výzkumu hodnocena jako podprůměrná (Pallavi et al., 2018).

V závěru můžeme vidět, že problematika sebepojetí v rámci logopedických diagnóz je velmi širokým tématem, na které vzniklo za posledních třicet let velké množství výzkumů. Jejich výsledky se však různí, a tak nemůžeme přijmout jedno univerzální tvrzení, které by platilo pro všechny osoby s narušenou komunikační schopností. V případě bližšího zkoumání konkrétního typu bychom tedy nikdy neměli opomíjet studium literatury, které je zcela jistě jeho nezbytnou součástí.

II PRAKTICKÁ ČÁST

V praktické části diplomové práce se zabýváme sebepojetím u osob se získanou dysartrií. V první části nás čeká uvedení do problematiky, po kterém následuje představení metodologie výzkumu. Následně se budeme zabývat analýzou získaných dat a vyhodnocením výzkumných otázek. V závěru práce nás čeká komparace našich výsledků vzhledem k existujícím studiím, uvedení limitů práce a přehled doporučení do praxe.

3 Úvod do problematiky

Pro potřeby diplomové práce jsme vypracovali rešerši, jejímž cílem bylo zjistit úroveň sebepojetí u osob se získanou dysartrií. Vyhledávání bylo provedeno v relevantních databázích. Základním cílem bylo stanovit cíl rešerše, na jehož základě byla vytvořena rešeršní otázka. Dále došlo ke stanovení inkluzivních a exkluzivních kritérií a vytvoření klíčových slov, které byly použity při vyhledávání. Tato klíčová slova byla dále díky booleovským operátorům konkretizována, aby došlo k co nejpřesnějším výsledkům vyhledávání. Dalším důležitým faktorem pro vyhledávání dat bylo použití VPN (virtual private network), které umožnilo lepší dostupnost článků. K vyhledávání došlo v rámci multivyhledávače EBSCO Discovery Service, Web of science, ProQuest a Google Scholar. V pozdější fázi byla rešerše doplněna o vyhledávání v EBSCO eBook Collection.

Naši hlavní rešeršní otázkou bylo zjistit, jaké existují dostupné texty o sebepojetí u osob se získanou dysartrií. Pro konkretizaci rešerše a vzhledem k potřebám práce byla dále zvolena inkluzivní a exkluzivní kritéria. Inkluzivním kritériem bylo omezení věku osob se získanou dysartrií, a to od 21 do 65 let. Exkluzivní kritéria byla stanovena dvě. Z rešerše tak musely být vyloučeny texty, které se zabývaly osobami bez získané dysartrie nebo osoby, které měly kromě získané dysartrie jiný typ narušené komunikační schopnosti (například afázií). V rámci zpřesňování dat došlo k ohraničení období od roku 2003 do roku 2023. Rozmezí bylo nastaveno poměrně široce, a to vzhledem k nedostatku publikovaných textů v této oblasti v rámci posledních pěti až deseti let. Ačkoliv se naše rešerše nesoustředila pouze na aktuální poznatky, pro získání relevantních dat bylo toto ohraničení nezbytné. V rámci typu dokumentů nedošlo ke specifikování konkrétní kategorie. Všechny dostupné texty byly vyhledávány v anglickém jazyce.

Klíčová slova upravená pomocí booleovských operátorů v angličtině:

(selfconcept OR self-concept OR "self concept") AND "acquired dysarthria"

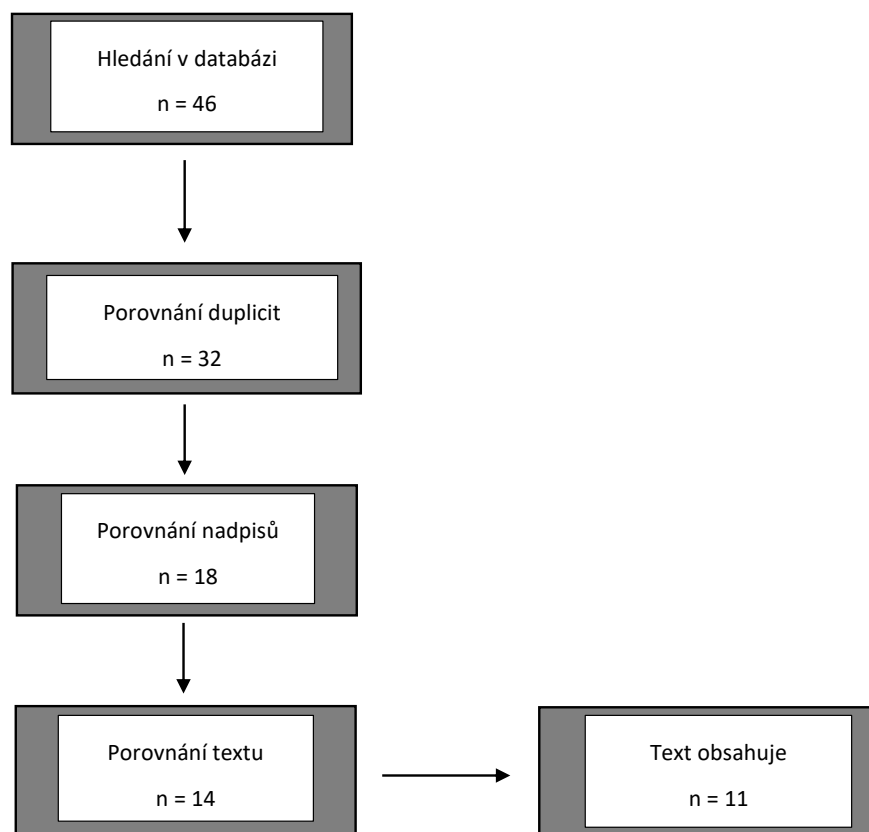
(selfconcept OR self-concept OR "self concept") AND "acquired dysarthria" NOT child*

"self concept questionnaire" AND "acquired dysarthria"

V první fázi došlo k vyhledávání dle základních klíčových slov. To ovšem přineslo velké množství nerelevantních zdrojů. Booleovský operátor NOT child* musel tak být do klíčových slov zařazen z důvodu konkretizace vyhledávání. I přes požadavek hledání dat obsahujících pojem získaná dysartrie docházelo k nálezům velkého množství článků, které se zabývaly vývojovou dysartrií a dětmi s mozkovou obrnou. Zároveň jsme vždy vycházeli ze specifík dané databáze. Při vyhledávání v databázi Web of science byly například odstraněny uvozovky, které vyhledávání narušovaly. Dále bylo zjištěno, že při použití slova selfconcept multivyhledávač EBSCO automaticky nachází i jiné formy slova (self-concept, self concept). V tomto vyhledávacím tedy nebylo třeba využívat booleovský operátor OR. Rešeršní dotaz zněl následovně: selfconcept AND "acquired dysarthria" NOT child*

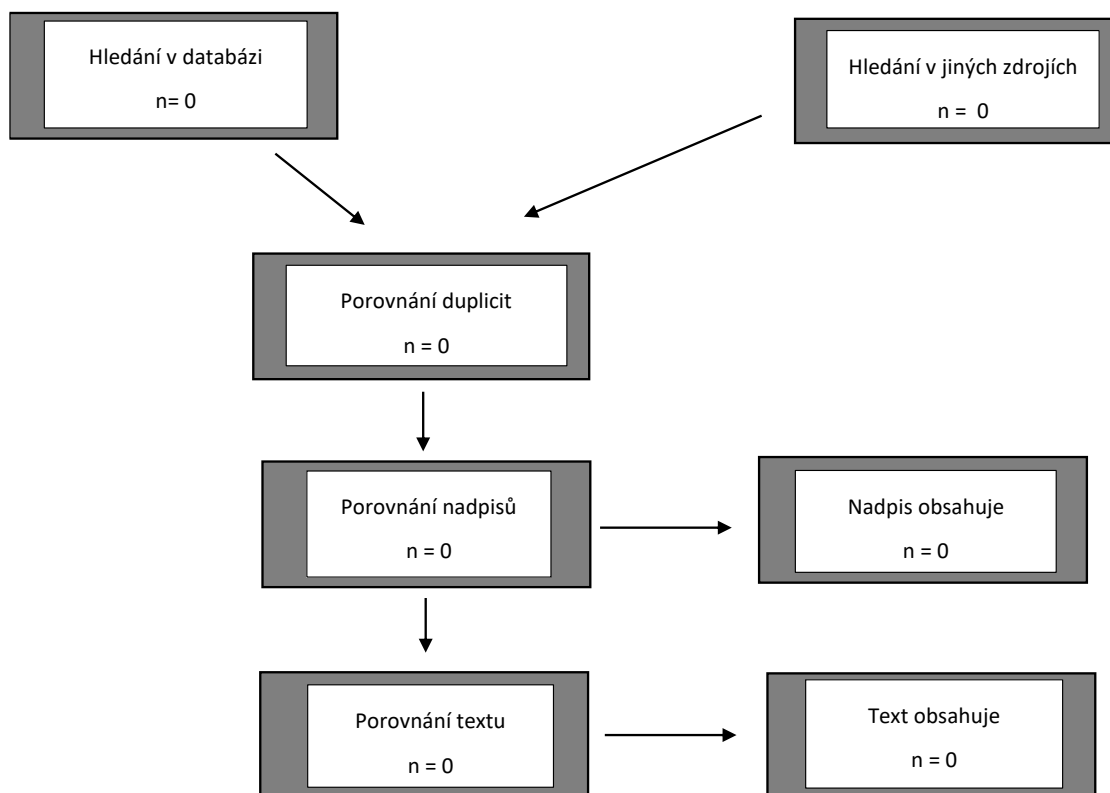
	Populace	Intervence	Intervence	Výsledky 1	Výsledky 2	Výsledky 3
	"acquired dysarthria"	selfconcept OR self-concept OR "self concept"	"self concept questionnaire"	(selfconcept OR self-concept OR "self concept") AND "acquired dysarthria"	(selfconcept OR self-concept OR "self concept") AND "acquired dysarthria" NOT child*	"self concept questionnaire" AND "acquired dysarthria"
multivyhledávač EBSCO Discovery Service	857	510 511	2 507	62	25	0
ProQuest	141	117 391	496	17	0	0
Google Scholar	699	19 200	3 530	30	20	0
Web of science	233	14 078	7 640	1	1	0

Tabulka 3: Postup vyhledávání v relevantních databázích



Obrázek 1: Postupový diagram pro výsledky 2

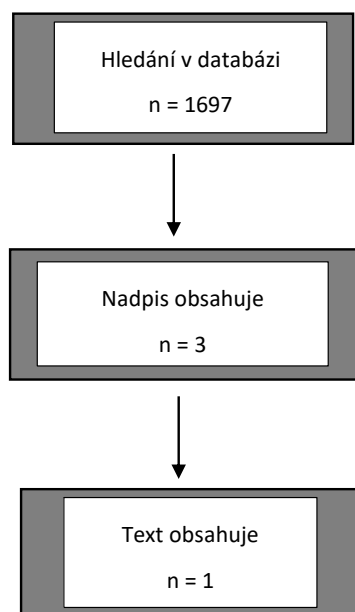
Z provedené rešerše zjišťujeme, že v současně publikovaných vědeckých člancích existuje 11 studií, které obsahují informace týkající se problematiky sebepojetí v návaznosti na osoby se získanou dysartrií. V úvodu došlo k určení inkluzivního kritéria, při kterém by měla být naplněna podmínka věkové hranice účastníků. Mnoho z těchto výzkumů ovšem neobsahuje informace o věku respondentů. Z tohoto důvodu nemůžeme přesně určit, jak daná problematika zasahuje tyto osoby a věková hranice při analýze výsledků nebyla brána v potaz. Na základě předběžného vyhledávání v domácí literatuře jsme taktéž zjistili, že neexistují české studie zkoumající uvedený koncept.



Obrázek 2: Postupový diagram pro výsledky 3

Výsledkem provedené rešerše je zjištění, že v mezinárodně publikované literatuře neexistuje studie, která by zjišťovala vztah mezi získanou dysartrií a dotazníkem sebepojetí.

Pro doplnění rešerše došlo také k vyhledávání zdrojů pomocí EBSCO eBook Collection. Cílem bylo zjistit, zda existuje kapitola v knize, která by se danou problematikou zabývala. Hlavním rešeršním dotazem nebylo v tomto případě pouze vyhledávání problematiky sebepojetí a získané dysartrie, ale došlo k rozšíření hledání na „motor speech disorder“, pod které spadají i získané dysartrie. Po přečtení textů bylo dále autorkou textu vyhodnoceno, zda v této oblasti existují relevantní odkazy k problematice sebepojetí.



Obrázek 3: Postupový diagram pro vyhledávání knih v databázi EBSCO eBook Collection

V rámci kompletní rešerše bylo zjištěno, že v současné literatuře existuje jedenáct článků a jedna kapitola v knize, které se určitým způsobem dotýkají problematiky sebepojetí v kontextu osob se získanou dysartrií.

Walshe (2003) uvádí jedinou studii, která se přímo zabývá vztahem mezi konceptem sebepojetí a osobami se získanou dysartrií. Výzkumu se celkem účastnilo 31 osob se získanou dysartrií. Sebepečetí bylo hodnoceno za pomoci Head Injury Semantic Differential Scale. Účastníci vyplňovali tento dotazník dvakrát. Jednou hodnotili sebe sama 6 měsíců před vznikem poruchy, podruhé hodnotili své současné já. Většina respondentů hodnotila své nynější já negativněji a celkový rozdíl mezi minulým a současným sebepečetím byl statisticky významný. Autorka textu ovšem sama uvádí, že výzkum měl mnoho limit.

Walshe ve spolupráci s Millerem (2011) provedli kvalitativně provedené výzkumné šetření, které shrnuje poznatky, jenž pochází z rozhovorů s 11 osobami s různými typy získané dysartrie. Obecně se díky této práci dostáváme k šesti základním oblastem, které osoby považují v rámci psychologického dopadu za nejvíce problémové – dysartrie je pouze část komplexnější poruchy, komunikace se změnila, lidé se ke mně chovají jinak, dysartrie vede k negativní emocím, objevují se překážky v komunikaci, život je nyní jiný. Studie se sice přímo nezaobírá problematikou sebepojetí, z výpovědí jednotlivců ovšem vyplývá, že i u nich

můžeme nalézt změny v oblasti vnímání sebe sama před a po vzniku poruchy, a to zejména v pasážích týkající se poslední zkoumané oblasti.

V zahraničí vznikl v roce 2009 dotazník Dysarthria impact profile, a to zejména kvůli možnosti kvantifikace psychosociálního dopadu získané dysartrie z pohledu samotných osob. Tento dotazník má celkem čtyři části. Pro potřeby naší práce je nejdůležitější sekce A, která hodnotí efekt dysartrie na mluvčího jako osobu. Více se zaměřuje přímo na sebevnímání, sebepojetí a sebevědomí. Další sekce hodnotí přijetí dysartrie, vnímání reakcí druhých lidí na NKS a jak dysartrie ovlivňuje komunikaci s druhými. Součástí původní verze je také sekce E, která hodnotí dysarthrii ve vztahu k obavám a problémům. Tato část obsahuje i otevřené otázky a je tak náročnější na vyhodnocení. Studie se účastnilo celkem 31 osob, u kterých byl průměrný bodový výsledek na 144,9 z 225 možných. Z článku je zřejmé, že pro ověření validity tohoto dotazníku byl využit již výše zmíněný Head Injury Semantic Differential Scale (HISD II). Ve studii se přímo dočteme, že získaná dysartrie má negativní vliv na sebepojetí (Walshe et al., 2009).

Vzhledem k rozmachu v té době nově vzniklého diagnostického materiálu Dysarthria Impact Profile, mělo dojít k jeho přeložení do francouzštiny. Letanneux et al. (2013) tak vytvořili předvýzkum, který byl zaměřen pouze na 10 osob s parkinsonismem. Kontrolní skupinu tvořilo 10 osob bez jakéhokoliv zdravotního postižení ve stejné věkové skupině. Zatímco u kontrolní skupiny byl průměrný bodový výsledek testu 194,1, u skupiny osob s hypokinetickou dysarthrií kleslo toto číslo na 148,8. Psychosociální dopad poruchy je tak zřejmý.

V roce 2019 došlo k rozšíření výzkumu, který se zabýval aplikací Dysarthria Impact Profile u francouzsky mluvícího obyvatelstva. Výzkumu se celkově účastnilo 105 osob s různými typy dysartrie (hypokinetická, hyperkinetická, ataktická, smíšená) a 15 osob bez dysartrie. Průměrné skóre v kontrolní skupině bylo 204,5, zatímco u osob se získanou dysarthrií byl tento průměr na 149,3 bodech. Nejmenší dopad přitom měla dysartrie hypokinetická, největší dysartrie smíšená. Zajímavým poznatkem je zjištění nezávislosti mezi mírou dysartrie a psychosociálními důsledky. Autoři textu se proto domnívají, že vlastní náhled na poruchu je také velmi důležitým kritériem, které ovlivní celkový stav pacienta (Atkinson-Clement et al., 2019).

V roce 2018 vznikla také portugalská adaptace tohoto testu. Ta se opět zaměřila pouze na osoby s hypokinetickou dysarthrií. Průměrné bodové skóre bylo v tomto případě vyšší než v předešlých výzkumech a činilo 170 bodů. Tato studie zároveň brala v potaz i míru závažnosti poruchy. S rostoucí mírou se závažnost zvyšovala, ale osoby s nejtěžší formou dysartrie

překvapivě hodnotili své obtíže lépe než osoby s těžkou formou dysartrie. V tomto případě ale musíme zmínit nedostatky studie, jelikož v jednotlivých skupinách nedošlo k rovnoměrnému rozložení respondentů. Dalším důležitým faktorem může být kulturní odlišnost (Cardoso et al., 2018).

Další dotazník, který stojí za to v rámci řešerše dané problematiky zmínit, je QOL-DyS (Quality of Life in the Dysarthric Speaker). Cílem tohoto 40položkového dotazníku je vyhodnotit kvalitu života osob s dysartrií, a to na základě otázek týkajících se čtyř hlavních kategorií – charakteristika projevu osoby, situační náročnost, kompenzační strategie a reakce druhých. Výzkum sice nebyl přímo zaměřen na sebepojetí, ale v rámci jednotlivých otázek testu se opět dotýkáme problematiky vnímání sebe sama. Studie se účastnilo celkem 50 osob se spastickou, flakcidní, hypokinetickou, ataktickou a smíšenou dysartrií. Kontrolní skupinu tvořilo 30 osob. Zatímco kontrolní skupina dosáhla v průměru na 28,4 bodů, osoby z dysartrií měly v průměru bodů 86,8 (skóre 0 značí nejlepší kvalitu života). Použití QOL-DyS u různých skupin pacientů s dysartrií ukázalo rozdílné skóre. Například pacienti s hypokinetickou dysartrií dosáhli v průměru vyššího skóre, zatímco pacienti s flakcidní dysartrií dosáhli nižšího skóre (Piacentini et al., 2011). Tímto nám vzniká zajímavá situace, kdy pacienti s hypokinetickou dysartrií v rámci této studie hodnotí svou kvalitu života nejhůře ze všech, v předem zmíněném výzkumu zabývajícím se psychosociálním dopadem této poruchy, který provedl kolektiv autorů Atkinson-Clement et al. (2019), ale tato skupina osob vychází jako nejméně zasažená.

I v případě tohoto testu došlo ke vzniku jeho portugalské verze. V rámci výzkumu byla použita 40položková verze, která byla ale vzhledem ke kulturním a jazykovým odlišnostem poté zkrácena na 33položkovou. Vyšetřovací skupinu tvořilo 105 osob s dysartrií s finálním průměrným výsledkem 78,4. V kontrolní skupině bylo 103 osob bez dysartrie s finálním průměrným výsledkem 28. Nejvyšších výsledků dosahovala skupina osob se spastickou a ataktickou dysartrií, nejnižší výsledky měly osoby s unilaterální lézí centrálního motoneuronu. Velice zajímavou pasáží této studie byla část zabývající se vztahem mezi závažností dysartrie určenou standardizovaným testem a subjektivním vnímáním vlastního projevu. Na tyto dvě jednoty je potřeba nahlížet odděleně a při plánování terapie brát obě v potaz. Studie se zároveň snažil zaměřit i na vliv pohlaví, věku a úrovně vzdělání. V rámci hypotéz ale nebyla citlivost na tyto položky prokázána (Nogueiraa et al., 2019).

Další studie, při které byl využit dotazník Living with dysarthria (LwD), byla provedena Harteliusem et al. (2008). Cílem této studie bylo zjistit, jak jedinci s dysartrií vnímají sami sebe, zejména v návaznosti na svou narušenou komunikační schopnost a jak se přizpůsobují konkrétním situacím. Studie se celkem účastnilo 55 osob, které měly za úkol vyplnit výše zmíněný dotazník. Ten je rozdělen do 10 základních okruhů a opět v něm můžeme najít otázky týkající se sebepojetí. Ze závěru studie vyplývá, že právě sebepojetí bylo jednou z nejvíce negativně hodnocených položek tohoto dotazníku. Výzkum zároveň potvrzuje domněnky vycházející z jiných studií týkající se závažnosti subjektivního pocitu vnímání vlastních obtíží. Věk, pohlaví, závažnost a doba trvání nemoci neměly žádný signifikantní vliv na sebevnímání.

Miller et al. (2008) provedli výzkum sebepojetí u 104 pacientů s parkinsonismem v návaznosti na komunikaci s druhými lidmi. Z výzkumu vyplývá, že osoby s hypokinetickou dysartrií vnímají sami sebe jako komunikačního partnera mnohem negativněji než před nástupem poruchy. Dalším zjištěním byl fakt, že i přes veškeré negativní sebepojetí se lidé stále vnímali jako přátelští, starostliví a hodnotní.

Poslední článek, který si zde v rámci rešerše zmíníme, se zabývá dopadem narušené komunikační schopnosti na kvalitu života za pomoci dotazníku Quality of Communication Life scale (ASHA QCL). Výzkumu se účastnilo celkem 30 osob (15 bez dysartrie a 15 s dysartrií hypokinetickou). Škála se skládá z 18 položek, z nichž 17 je rozděleno do tří hlavních oblastí – socializace a aktivity, sebedůvěra a sebepojetí, role a schopnosti. Právě sekce zabývající se sebepojetím obsahuje 6 dotazníkových položek, které konkrétněji řeší sebedůvěru, sebelásku a vnímání sebe sama v návaznosti na komunikaci s druhými. Ve výsledku byla míra sebepojetí u osob s hypokinetickou dysartrií nižší než u osob bez dysartrie (Kavya et al., 2022).

V rámci doplňkové rešerše byla nalezena také kapitola v publikaci věnující se psychosociálnímu dopadu motorických řečových poruch. Speciální část této kapitoly je věnována samotné problematice sebepojetí u této skupiny osob, neboť právě to má v konečném důsledku výrazný vliv na kvalitu života osob. Autorka v textu shrnuje dosavadní poznatky a zmiňuje mnohé studie, které jsou k dohledání i v naší rešerši. Ze závěru je jasné, že motorické řečové poruchy, včetně dysartrie, mohou být důvodem ke snížené míře sebepojetí (Walshe, 2011).

Z provedené rešerše v závěru zjišťujeme, že v současně publikované literatuře neexistuje novodobý článek, který by pomocí dotazníku hodnotil pouze aktuální úroveň sebepojetí u osob se získanou dysartrií. Mezi hlavní odborníky zabývající se touto problematikou patří především Margaret Walshe, která provedla na toto téma mnoho výzkumů. Z výsledků zároveň vyplývá,

že existuje více dotazníků, jejichž součástí jsou i otázky, které se touto problematikou zabývají. Výzkumy, které na toto téma proběhly sice potvrzují sníženou úroveň sebepojetí u osob se získanou dysartrií, mají ale značné limity. Mnoho výzkumů je dále zaměřeno pouze na osoby s parkinsonismem a zabývají se tak pouze hypokinetickou dysartrií. V rámci typů dysartrie existují také velmi rozdílné výsledky. V některých studiích jsou právě osoby s hypokinetickou dysartrií hodnoceny jako nejvíce zasažené, v jiné naopak nejméně. Největší dopad má dle jiných studií dysartrie smíšená, ataktická či spastická. Na druhé straně se nachází flacidní dysartrie či dysartrie po unilaterální lézi centrálního motoneuronu. Výsledky jsou zcela jistě ovlivněny odlišnými diagnostickými nástroji, ale také kulturními a sociálními odlišnostmi respondentů. Většina studií je navíc více jak 10 let stará a nezaobírá se danou problematikou do hloubky. V závěru můžeme konstatovat, že u osob se získanou dysartrií se vyskytuje snížená úroveň sebepojetí, bližší a aktuální výzkumné šetření této problematiky však stále schází.

4 Metodologie výzkumu

Diplomová práce má design kvantitativního neexperimentálního deskriptivního výzkumu. Hlavní výzkumnou metodou je dotazníkové šetření, které bylo provedeno za pomoci standardizovaného Dotazníku sebepojetí (DOS-36).

4.1 Cíle práce, formulace výzkumných otázek

Hlavním cílem diplomové práce je zjistit úroveň sebepojetí u osob se získanou dysartrií ve věku od 21-65 let za pomoci Dotazníku sebepojetí (DOS-36). Tento dotazník poskytuje informace o několika oblastech, které mají klíčový význam pro utváření sebepojetí jedince. Naším cílem je tedy zároveň zjistit, jakých výsledků dosahují osoby se získanou dysartrií ve věku od 21-65 let v těchto subškálách DOS-36. Dalším dílčím cílem je porovnání výsledků vzhledem k typu dysartrie a pohlaví.

V rámci úvodu práce jsme si nadefinovali několik výzkumných otázek, na které se pokusíme odpovědět.

- Jaké je v průměru celkové skóre osob se získanou dysartrií ve věku od 21 do 65 let v DOS-36?
- Jakého průměrného skóre dosahují osoby se získanou dysartrií ve věku od 21 do 65 let v jednotlivých subškálách DOS-36?
- Jaká je relativní četnost respondentů, kteří v celkovém skóre DOS-36 dosahují nízkého skóre?
- Jaká je relativní četnost respondentů, kteří v jednotlivých subškálách DOS-36 dosahují nízkého skóre?
- Dosahují osoby s různými typy získané dysartrie ve věku od 21 do 65 let v průměrném celkovém skóre DOS-36 podobných výsledků?
- Jaké subškály hodnotí osoby s různými typy získané dysartrie ve věku od 21 do 65 let v průměru nejhůře?
- Jaké subškály hodnotí osoby s různými typy získané dysartrie ve věku od 21 do 65 let v průměru nejlépe?
- Dosahují ženy a muži se získanou dysartrií ve věku od 21 do 65 let v průměrném celkovém skóre DOS-36 podobných výsledků?

- Jaké subškály hodnotí ženy se získanou dysartrií ve věku od 21 do 65 let v průměru nejhůře?
- Jaké subškály hodnotí muži se získanou dysartrií ve věku od 21 do 65 let v průměru nejlépe?

4.2 Představení diagnostického materiálu DOS

Diagnostický materiál Dotazník sebepojetí (DOS) byl vytvořen na katedře psychologie, která je součástí filozofické fakulty Univerzity Palackého v Olomouci. Dotazník byl vytvořen v roce 2021 kolektivem autorů Dolejš, Dostál, Obereignerů, Orel a Kňážek. K našemu výzkumu byl použit dotazník obsahující celkem 36 položek, které jsou rozděleny do 6 hlavních subškál, jenž mají vliv na utváření sebepojetí jedince. Mezi tyto subškály řadíme sociální přizpůsobivost, práci a studium, fyzický zjev, odolnost vůči úzkosti, oblíbenost v kolektivu, smysl a seberealizaci. Kromě výše zmíněných subškál je cílem dotazníku zjistit také celkovou úroveň sebepojetí, která je dle autorů nejvíce reliabilní. V současné době existuje také zkrácená verze tohoto testu, která má celkem 18 položek. Úkolem jedince je pak na čtyřstupňové škále označit, jak moc s daným výrokiem souhlasí či nikoliv. Konkrétně má na výběr mezi rozhodně souhlasím, souhlasím, nesouhlasím a rozhodně nesouhlasím. Dotazník vykazuje velmi dobrou validitu a reliabilitu. Zároveň byl standardizován, a to na celkovém vzorku 3 246 osob ve věku od 12 do 78 let. V současné době jsou tedy k dispozici jeho normy, které jsou rozděleny do dvou věkových skupin z důvodu vývojových odlišností. První normy jsou určeny adolescentům ve věku od 15 do 20 let, do druhé skupiny pak patří osoby od 21 do 65 let (Dolejš et al., 2021).

Škály	Položky inventáře
Sociální přizpůsobivost	1 Ostatním doma vadí, jak se chovám.*
	7 Nemám potíže vycházet s lidmi.
	13 Často se dostávám do potíží.*
	19 Mám často problém akceptovat názor druhého.*
	25 Často ve vztazích vydržím jen chvíli.*
	31 Často se dostávám do konfliktů s druhými.*
Práce a studium	2 V zaměstnání / ve škole jsem úspěšný/á.
	8 Pracovní/školní povinnosti se mi daří plnit.
	14 Jsem dobrý zaměstnanec/student.
	20 V pracovním kolektivu mám důležitou roli.
	26 V práci jsem pomalý/á.*

	32 Ve své práci/škole se cítím jistý/á.
Fyzický zjev	3 Vadí mi, jak vypadám.*
	9 Vypadám fyzicky dobře.
	15 Chtěl bych mít jiné tělo.*
	21 Jsem v dobré fyzické kondici.
	27 Mám docela hezký obličej.
	33 Často si říkám, že bych měl/a se svým tělem něco dělat.*
Odolnost vůči úzkosti	4 Dělán si často starosti.*
	10 Bývám nervózní.*
	16 Často mám obavy, ale nevím proč.*
	22 Často jsem smutný/á.*
	28 Jsem vyrovnaný člověk.
	34 Často cítím úzkost.*
Oblíbenost v kolektivu	5 Cítím se vyčleněný/á z kolektivu.*
	11 Jsem spíše neoblíbený/á.*
	17 Bývám poslední, koho někdo pozvou.*
	23 Mám hodně přátel.
	29 Lidi mě uznávají.
	35 Obtížně hledám přátele.*
Smysl a seberealizace	6 Víím, kam by se měl ubírat můj život.
	12 Jednou po mně něco zůstane.
	18 Ve svém životě vidím smysl.
	24 Mám dobrou možnost seberealizace.
	30 Moje budoucnost je pozitivní.
	36 Daří se mi nacházet smysl.

Tabulka 4: Škály a položky inventáře DOS-36 (Dolejš et al., 2021, str. 30).

4.3 Sběr dat

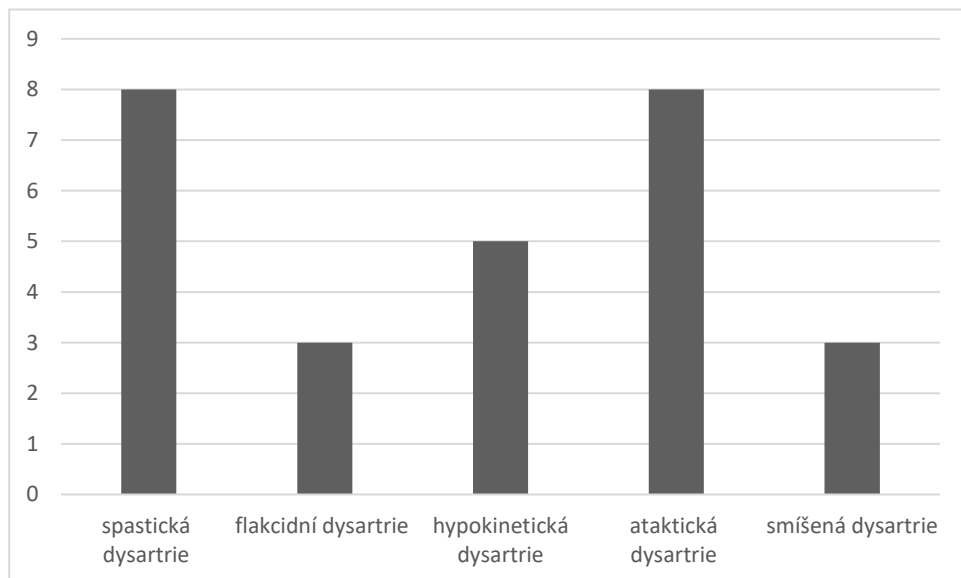
V rámci sběru dat byla v první řadě definována cílová skupina. Do této skupiny spadaly osoby ve věku 21 až 65 let se získanou dysartrií. Věk byl takto stanoven z důvodu existence norem pro tuto věkovou kategorii. Exkluzivním kritériem se kromě výše zmíněné věku stala také koexistence jiné narušené komunikační schopnosti, jako je například afázie nebo kognitivně komunikační porucha.

V rámci sběru dat bylo osloveno celkem patnáct zařízení, ve kterých se nachází pracoviště klinické logopedie, a to z důvodu splnění podmínky diagnostikované získané dysartrie a určení přesného typu. Konkrétně se jednalo o tři lázeňská zařízení, tři rehabilitační

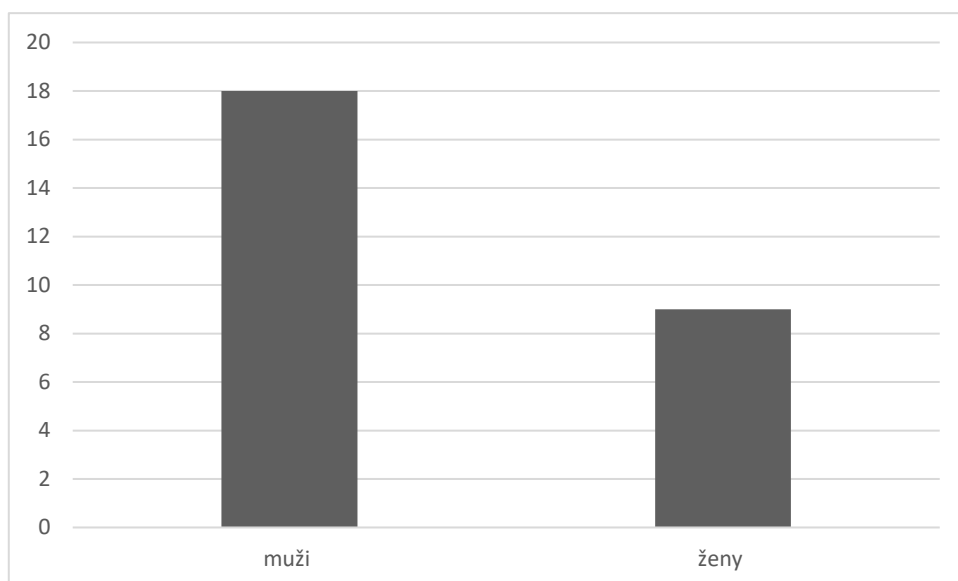
ústavy a devět nemocnic. Dlouhodobá spolupráce byla navázána se třemi zařízeními. Konkrétně se jednalo o jeden rehabilitační ústav, jedno lázeňské zařízení a jednu nemocnici. Sběr dat pak probíhal od srpna 2023 do března 2024 a byl prováděn autorkou práce nebo klinickým logopedem, se kterým byla navázána spolupráce. Tito logopedi byli zároveň patřičně seznámeni se způsobem zadávání dotazníku. Ten byl ve všech případech distribuován v papírové formě.

V závěru bylo nasbíráno celkem 36 dotazníků, z nichž musely být 3 vyřazeny z důvodu nesplnění kritérií cílové skupiny. Mezi tato kritéria tedy řadíme věk nad 65 let či souběžný výskyt jiné narušené komunikační schopnosti. Dalších 6 dotazníků bylo z výzkumu vyřazeno z důvodu nesplnění kritérií týkajících se samostatného vyplňování dotazníku. Mezi tato kritéria řadíme například nezodpovězení všech položek dotazníku či udávání nejasných nebo nepřehledných odpovědí.

Finální výzkumný soubor tvoří celkem 27 osob se získanou dysartrií ve věku od 24 do 65 let, ve kterém se nachází celkem devět žen a osmnáct mužů. Z hlediska typu dysartrie se ve výzkumném souboru nacházejí tři osoby s flacidní dysartrií, osm osob se spastickou dysartrií, osm osob s ataktickou dysartrií, pět osob s hypokinetickou dysartrií a tři osoby s dysartrií smíšenou. Výzkumný soubor bohužel neobsahuje ani jednoho respondenta s dysartrií hyperkinetickou a s dysartrií po unilaterální lézi centrálního motoneuronu.



Graf 1: Rozdělení respondentů podle typu dysartrie (n=27)



Graf 2: Rozdělení respondentů podle pohlaví (n=27)

4.4 Etické aspekty výzkumu

V rámci zachování etických aspektů výzkumu byli respondenti v úvodu obeznámeni s hlavním cílem výzkumu. Dále bylo již na jejich uvážení, zda chtějí být jeho součástí, či nikoliv. V případě svolení s účastí nedošlo k vyplňování informovaného souhlasu, jelikož součástí Dotazníku sebepojetí je zároveň udělení souhlasu se zpracováním osobních údajů, který respondent uděluje samotným vyplněním dotazníku. Přesné znění této věty je následující. „Souhlasím se zpracováním (tím se rozumí zejména shromažďování, analyzování, uchovávání, třídění, zpracování a předávání) svých osobních údajů dle nařízení Evropského parlamentu a Rady (EU) 2016/679 ze dne 27. dubna 2016, o ochraně fyzických osob v souvislosti se zpracováním osobních údajů a o volném pohybu těchto údajů a o zrušení směrnice 95/46/ES (obecné nařízení o ochraně osobních údajů). Všechny uvedené údaje jsou poskytovány dobrovolně“ (Dolejš et al., 2021, str. 47). Pokud respondenti odmítli účast na výzkumu, avšak dotazník již začali vyplňovat, došlo k jeho okamžitému skartování. Všechna data byla dále sbírána v anonymizované formě pod dohledem autorky práce či klinického logopeda, se kterým došlo v rámci sběru dat k navázání spolupráce. Respondenti zároveň neměli za vyplnění dotazníku nárok na jakoukoliv formu odměny.

5 Práce s daty a jejich následná analýza

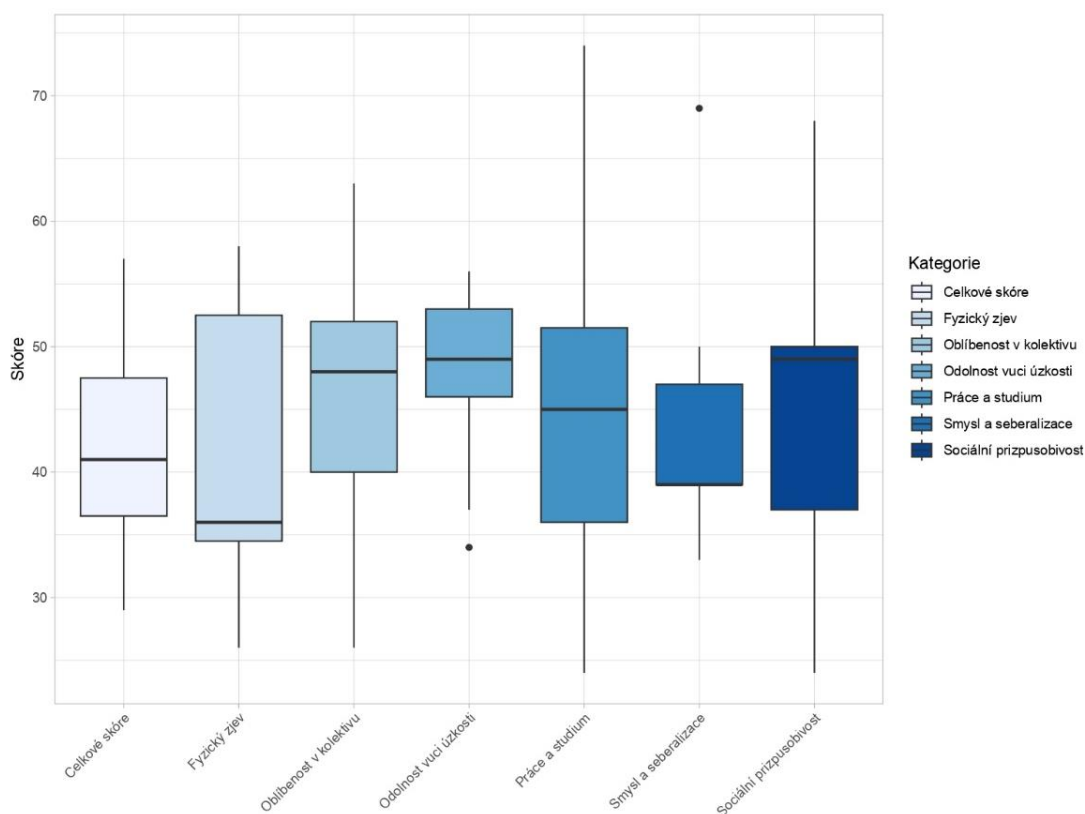
Všechny dotazníky získané v papírové podobě byly ručně vyhodnoceny autorkou práce. Nejprve bylo získáno dle vyhodnocovací šablony hrubé skóre, které bylo dále převedeno na T-skóre. Výsledky byly dále zaneseny do programu Microsoft Excel. Dále byla data analyzována pomocí programovacího jazyka R a programu Jamovi 2.3.28.

5.1 Deskriptivní statistika jednotlivých subškál a celkového skóre

Hlavní kvantitativní metodou zpracování práce se stala deskriptivní statistika. Nyní se společně zaměříme na jednotlivé subškály Dotazníku sebepojetí. Společně se podíváme vždy nejprve na deskriptivní statistiku subškály a následně si procentuálně rozdělíme respondenty na základě výsledků do tří skupin. Vždy se bude jednat skupiny označující nadprůměrné skóre, průměrné skóre a nízké skóre. Dále si představíme rozložení respondentů v rámci krabicových grafů, které si také blíže popíšeme. V závěru každé kapitoly se podíváme na tři respondenty s nejvyšším a nejnižším T-skóre. V rámci přehlednosti práce uvádíme v úvodu základní tabulku č. 5 s popisnou statistikou všech subškál a celkového skóre.

	N	Průměr	Medián	Modus	Směrodatná odchylka	Rozptyl	Minimum	Maximum	Variační rozpětí
Celkové skóre	27	41.8889	41	39	6.8799	47.3333	29	57	28
Sociální přizpůsobivost	27	45.3704	49	50	10.3335	106.780	24	68	44
Práce a studium	27	43.6667	45	45	11.5326	133.000	24	74	50
Fyzický zjev	27	41.8519	36	36	10.9358	119.593	26	58	32
Odolnost vůči úzkosti	27	48.2963	49	53	6.4559	41.6781	34	56	22
Oblíbenost v kolektivu	27	45.8889	48	48	9.0610	82.1026	26	63	37
Smysl a seberealizace	27	42.4815	39	39	7.4337	55.2592	33	69	36

Tabulka 5: Deskriptivní statistiky subškál a celkového skóre DOS-36 (n=27)



Graf 3: Grafické znázornění výsledků jednotlivých subškál a celkového skóre

5.1.1 Celkové skóre

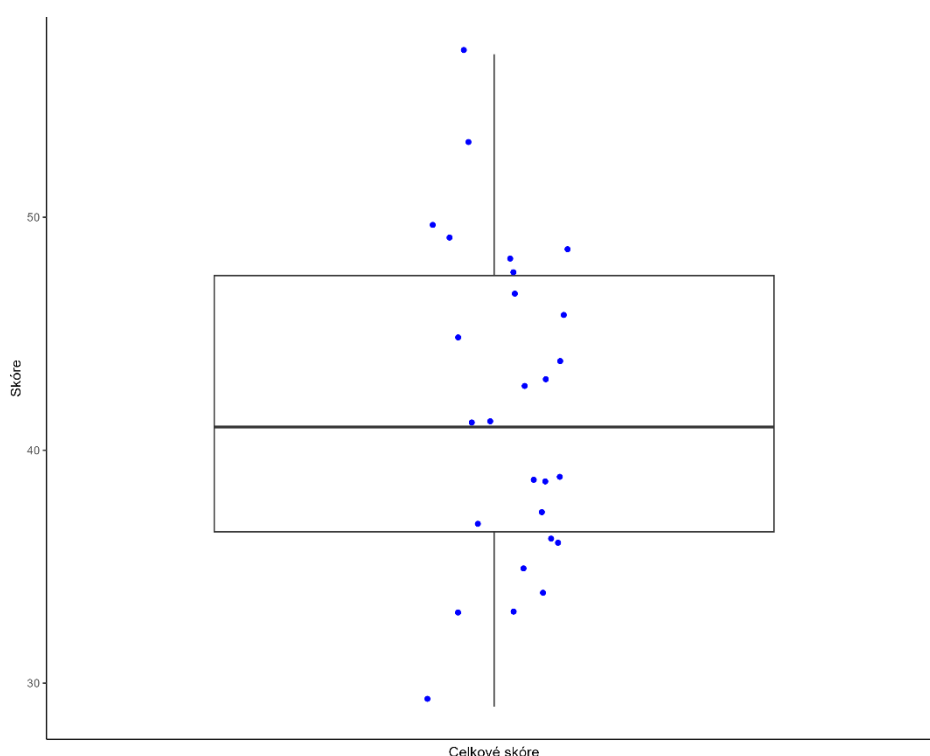
Celkové skóre můžeme dle autorů DOS-36 považovat za nejspolehlivější ukazatel. Průměrné T-skóre odpovídá v této kategorii 41,89. Nacházíme se tedy ve spodní části průměru. Prostřední hodnotou je skóre 41. Nejčastěji zastoupenou odpovědí respondentů je skóre 39, které samo o sobě leží v pásmu podprůměru. Směrodatná odchylka je 6,88.

V rámci bližšího zkoumání dat uvádíme v práci také tabulku č. 6, která shrnuje počet respondentů, jejichž celkové skóre se nachází v pásmu nadprůměru, průměru a podprůměru. Z této tabulky je jasné, že 44,44 % (n=12) hodnotilo své celkové sebepojetí jako podprůměrné.

	Absolutní četnost	Relativní četnost
Celkové skóre		
nadprůměrné skóre (> 60 T)	0	0 %
průměrné skóre (40-60 T)	15	55,56 %
nízké skóre (<40 T)	12	44,44 %

Tabulka 6: Výsledky škály celkové skóre DOS-36 (n=27)

Graf č. 4 dále přehledně zobrazuje výsledky této škály. Horní hranice grafu přitom označuje horní kvartil, spodní hranice dolní kvartil. Čára uprostřed grafu nám vyobrazuje medián. Na základě vzdálenosti mezi 1. a 3. kvantilem, která byla vynásobena standardizovanou hodnotou 1,5, byly vytvořeny vousy. Do grafu byla přitom vyobrazena všechna získaná data.



Graf 4: Výsledky škály celkové skóre DOS-36 (n=27)

Tabulka č. 7 shrnuje vždy tři respondenty, kteří dosáhli v této škále nejvyšších a nejnižších výsledků. Z tabulky je patrné také variační rozpětí, které odpovídá 28.

	Pořadí	Respondent	T-skóre	Typ dysartrie	Věk	Pohlaví
Nejvyšší	1.	2	57	smíšená	63	muž
	2.	9	53	hypokinetická	49	žena
	3.	26	50	spastická	64	muž
Nejnižší	1.	27	29	spastická	53	žena
	2.-3.	17	33	smíšená	62	muž
	2.-3.	24	33	atactická	38	žena

Tabulka 7: Nejvyšší a nejnižší výsledky ve škále celkové skóre DOS-36

5.1.2 Sociální přizpůsobivost

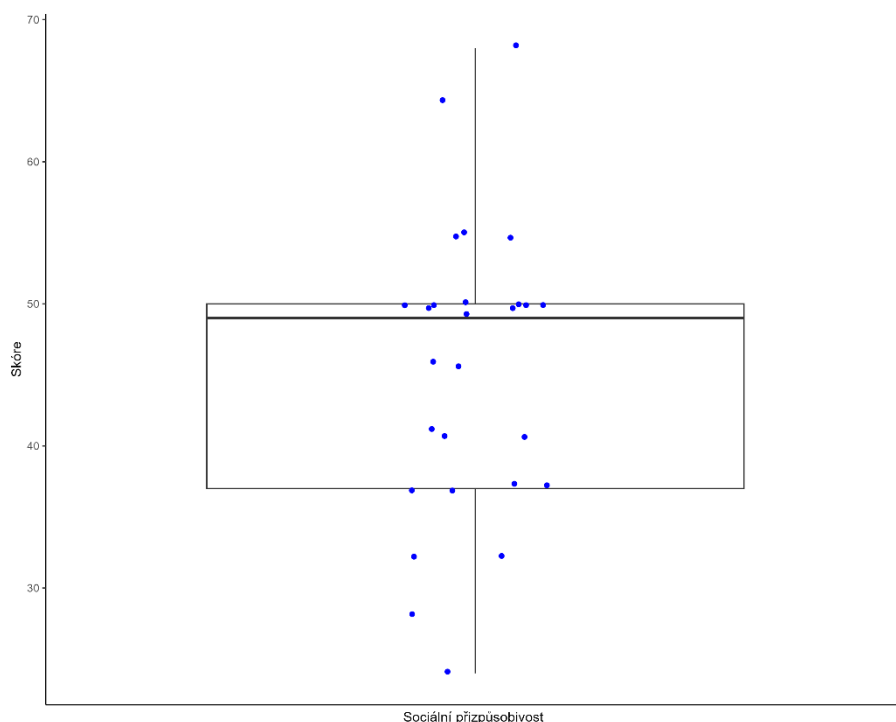
První subškálou, na kterou se společně podíváme je sociální přizpůsobivost. Průměrné skóre v této subškále odpovídá 45,37. Z výsledků je tak zřejmé, že se jedná v průměru o třetí nejlépe hodnocenou subškálu. Medián je 49 a nejčastěji udávané skóre je 50. Směrodatná odchylka odpovídá hodnotě 10,33.

Tabulka č. 8 nás informuje o tom, zda jsou výsledky respondentů v této subškále podprůměrné, průměrné nebo nízké. Z výsledků vyplývá, že podprůměrného skóre dosáhlo v této subškále pouze necelých 30 % respondentů. Zajímavý je také fakt, že celkem 7,41 % respondentů hodnotilo své sebepojetí v oblasti sociální přizpůsobivosti jako nadprůměrné.

	Absolutní četnost	Relativní četnost
Sociální přizpůsobivost		
nadprůměrné skóre (> 60 T)	2	7,41 %
průměrné skóre (40-60 T)	17	62,96 %
nízké skóre (<40 T)	8	29,63 %

Tabulka 8: Výsledky subškály sociální přizpůsobivosti DOS-36 (n=27)

Graf č. 5 pak přehledně shrnuje výsledky všech respondentů v této subškále. Můžeme si povšimnout poměrně velkého variačního rozpětí, který svědčí o větší variabilitě odpovědí respondentů. Medián se zároveň nachází blíže k 75. percentilu.



Graf 5: Výsledky v subškále sociální přizpůsobivost DOS-36 (n=27)

Tabulka č. 9 udává přehled respondentů, kteří získali v této subškále nejvyšší a nejnižší T-skóre. Z důvodu sdílení 3. místa je tabulka rozšířena.

	Pořadí	Respondent	T-skóre	Typ dysartrie	Věk	Pohlaví
Nejvyšší	1.	8	68	spastická	64	muž
	2.	18	64	spastická	53	žena
	3.-5.	2	55	smíšená	62	muž
	3.-5.	13	55	ataktická	24	muž
	3.-5.	17	55	smíšená	63	muž
Nejnižší	1.	25	24	spastická	58	žena
	2.	15	28	spastická	64	muž
	3.-4.	7	32	spastická	53	žena
	3.-4.	27	32	hypokinetická	62	muž

Tabulka 9: Nejvyšší a nejnižší výsledky v subškále sociální přizpůsobivost DOS-36

5.1.3 Práce a studium

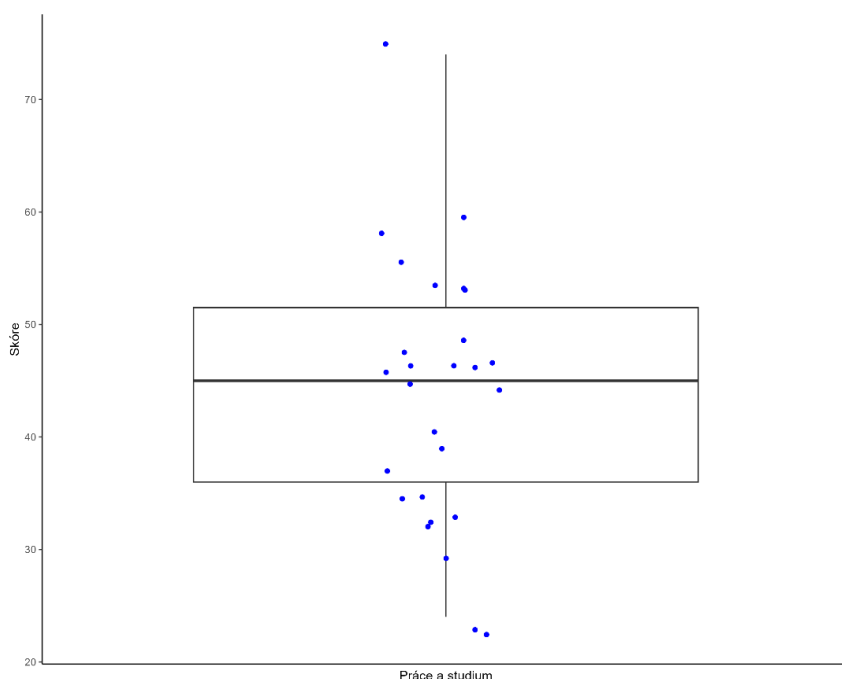
V rámci subškály práce a studium dosáhli respondenti v průměru T-skóre 43,67. Hodnota modu a mediánu odpovídající 45 je v tomto případě shodná. V této subškále můžeme pozorovat také nejvyšší směrodatnou odchylku i rozptyl. Ty pak jasně poukazují na velkou variabilitu odpovědí respondentů.

Tabulka č. 10 nás opět informuje o rozložení respondentů v rámci průměru jejich výsledků. V podprůměru se v rámci této subškály nachází celkem 33,33 % (n=9) respondentů. Jeden z respondentů je v rámci této kategorie v oblasti nadprůměru.

	Absolutní četnost	Relativní četnost
Práce a studium		
nadprůměrné skóre (> 60 T)	1	3,70 %
průměrné skóre (40-60 T)	17	62,96 %
nízké skóre (<40 T)	9	33,33 %

Tabulka 10: Výsledky subškály práce a studium DOS-36 (n=27)

V grafu č. 6 vidíme krabicový graf, ve kterém jsou zaznačeny výsledky všech respondentů. Vousy jsou v tomto případě poměrně dlouhé z důvodu výskytu extrémních hodnot tzv. outlierů.



Graf 6: Výsledky v subškále práce a studium DOS-36 (n=27)

Tabulka č. 11 opět zobrazuje respondenty s nejvyšším a nejnižším T-skóre. Variační rozpětí je v této subškále nejvyšší a odpovídá 50.

	Pořadí	Respondent	T-skóre	Typ dysartrie	Věk	Pohlaví
Nejvyšší	1.	18	74	spastická	53	žena
	2.-3.	8	58	spastická	64	muž
	2.-3.	19	58	flakcidní	59	žena
Nejnižší	1.-2.	10	24	hypokinetická	49	muž
	1.-2.	27	24	spastická	53	žena
	3.	7	28	hypokinetická	62	muž

Tabulka 11: Nejvyšší a nejnižší výsledky v subškále práce a studium DOS-36

5.1.4 Fyzický zjev

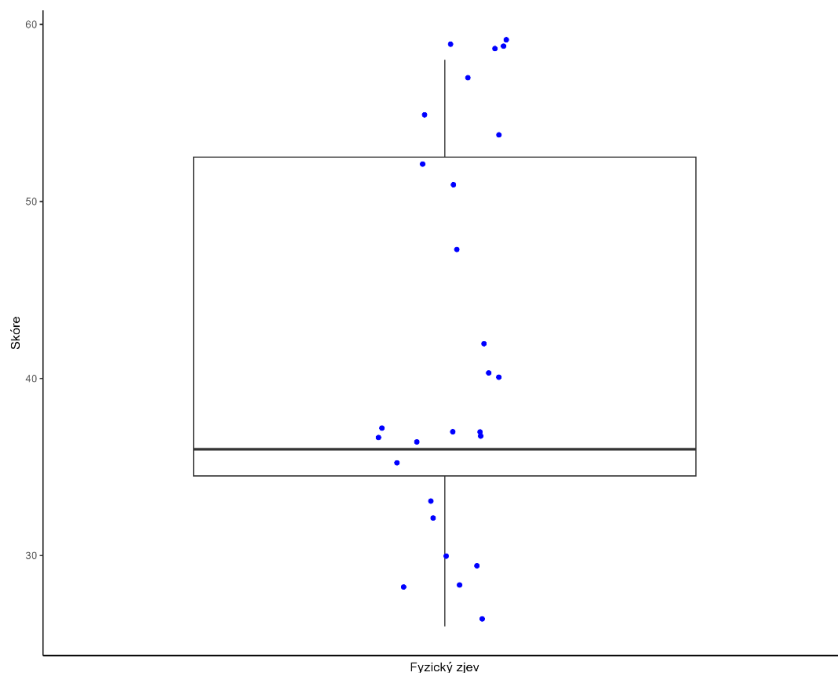
Fyzický zjev je v průměru nejhůře hodnocenou subškálou. Můžeme zde sledovat shodu v hodnotě modu a mediánu, která odpovídá 36. Tato hodnota je sama o sobě dle norem podprůměrná. V rámci této subškály můžeme sledovat také druhou největší směrodatnou odchylku, která odpovídá 10,94.

Jako podprůměrné hodnotilo své sebepojetí v oblasti fyzického zjevu dokonce 51,85 % respondentů, což je dokonce nadpoloviční většina. Zbylých 48,15 % respondentů se nachází v pásnu průměru.

	Absolutní četnost	Relativní četnost
Fyzický zjev		
nadprůměrné skóre (> 60 T)	0	0 %
průměrné skóre (40-60 T)	13	48,15 %
nízké skóre (<40 T)	14	51,85 %

Tabulka 12: Výsledky subškály fyzický zjev DOS-36 (n=27)

Graf č. 7 přehledně shrnuje výsledky všech respondentů v této subškále. Medián se nachází blízko 25. percentilu. Variační rozptyl odpovídá 32.



Graf 7: Výsledky v subškále fyzický zjev DOS-36 (n=27)

V závěru této kapitoly se opět podíváme na respondenty s nejvyšším a nejnižším T-skóre v této subškále. Tabulka musela být opět rozšířena z důvodu shody výsledků.

	Pořadí	Respondent	T-skóre	Typ dysartrie	Věk	Pohlaví
Nejvyšší	1.-5.	1	58	ataktická	48	žena
	1.-5.	2	58	smíšená	63	muž
	1.-5.	3	58	ataktická	25	muž
	1.-5.	12	58	spastická	48	muž
	1.-5.	26	58	spastická	64	muž
Nejnižší	1.	20	26	flakcidní	40	žena
	2.-5.	8	29	spastická	64	muž
	2.-5.	17	29	smíšená	62	muž
	2.-5.	18	29	spastická	53	žena
	2.-5.	19	29	flakcidní	59	žena

Tabulka 13: Nejvyšší a nejnižší výsledky v subškále fyzický zjev DOS-36

5.1.5 Odolnost vůči úzkosti

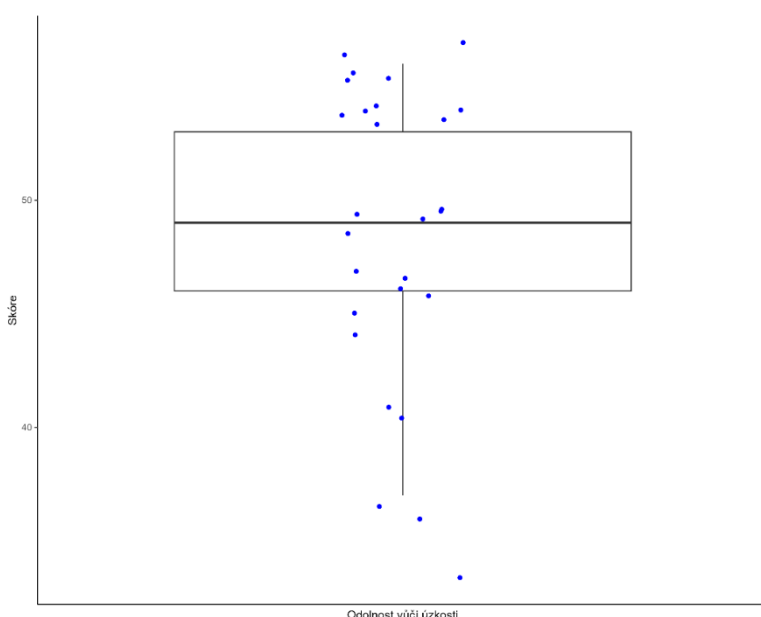
Průměrné skóre v této subškále odpovídá hodnotě 48,23. Jedná se tak v průměru o nejlépe hodnocenou subškálu. Medián je roven 49 a společně s mediánem subškály sociální přizpůsobivost sdílí první místo. Modus odpovídá 53 a jedná se tak o nejvyšší modus všech subškál. Směrodatná odchylka je nejmenší ze všech subškál a odpovídá 6,46.

Z výsledků vyplývá, že pouze tři respondenti hodnotili své sebepojetí v této oblasti jako podprůměrné. Zbylých dvacet čtyři respondentů se pak nachází v pásmu průměru. Výsledky přehledně shrnuje tabulka č. 14.

	Absolutní četnost	Relativní četnost
Odolnost vůči úzkosti		
nadprůměrné skóre (> 60 T)	0	0 %
průměrné skóre (40-60 T)	24	88,89 %
nízké skóre (<40 T)	3	11,11 %

Tabulka 14: Výsledky v subškále Odolnost vůči úzkosti DOS-36 (n=27)

V grafu č. 8 je viditelný dlouhý vous, který je způsoben výskytem outlierů. Zejména se pak jedná o tři respondenty s výrazně nízkým ziskem, jejichž T-skóre je k nalezení také v následující tabulce č. 15. Medián se nachází v 50. percentilu.



Graf 8: Výsledky v subškále odolnost vůči úzkosti DOS-36 (n=27)

V rámci nejvyšších a nejnižších T-skóre v subškále odolnost vůči úzkosti zjišťujeme nejmenší variační rozpětí, které odpovídá 22. Výsledky přehledně shrnuje tabulka č. 15. Zajímavostí je opět shoda ve výsledcích, kdy nejvyšší možné skóre, které se v našem výzkumném souboru objevilo, označilo hned pět respondentů. V této subškále je také zajímavé sledovat, že všichni respondenti, kteří mají vysokou odolnost vůči úzkosti jsou muži, naopak nejnižších výsledků dosahují v této kategorii ženy.

	Pořadí	Respondent	T-skóre	Typ dysartrie	Věk	Pohlaví
Nejvyšší	1.-5.	10	56	hypokinetická	49	muž
	1.-5.	16	56	smíšená	63	muž
	1.-5.	21	56	flakcidní	64	muž
	1.-5.	23	56	ataktická	44	muž
	1.-5.	26	56	spastická	64	muž
Nejnižší	1.	24	34	ataktická	38	žena
	2.-3.	20	37	flakcidní	40	žena
	2.-3.	27	37	spastická	53	žena

Tabulka 15: Nejvyšší a nejnižší výsledky v subškále odolnost vůči úzkosti DOS-36

5.1.6 Oblíbenost v kolektivu

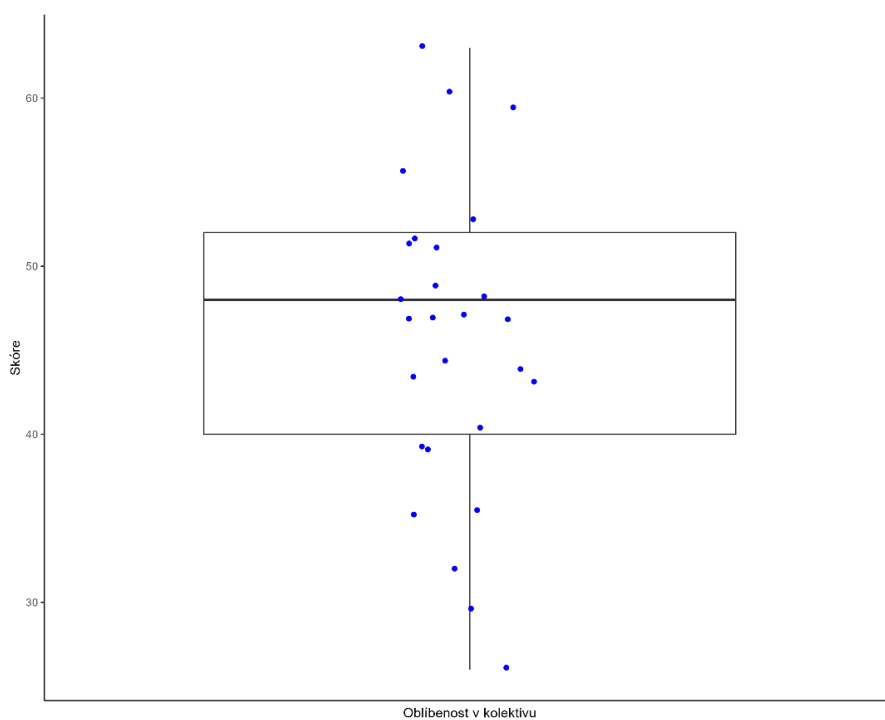
Oblíbenost v kolektivu je subškálou, v níž respondenti dosahují v průměru skóre 45,89. Modus i medián jsou si i v tomto případě rovny a odpovídají hodnotě 48. Směrodatná odchylka odpovídá 9,06.

V této subškále dosáhlo na nadprůměrné skóre celkem 11,11 % respondentů. Celkem 70,37 % z nich se drželo v pásmu průměru. Nízké skóre získalo v této subškále celkem pět respondentů. Výsledky shrnuje tabulka č. 16.

	Absolutní četnost	Relativní četnost
Oblíbenost v kolektivu		
nadprůměrné skóre (> 60 T)	3	11,11 %
průměrné skóre (40-60 T)	19	70,37 %
nízké skóre (<40 T)	5	18,52 %

Tabulka 16: Výsledky v subškále oblíbenost v kolektivu DOS-36 (n=27)

Následující graf č. 9 opět přehledně shrnuje rozložení respondentů. Z grafu je zřejmé také jejich normálové rozložení. Pro ověření této domněnky byl využit Shapirův-Wilkův test, který informaci ověřil.



Graf 9: Výsledky v subškále oblíbenost v kolektivu DOS-36 (n=27)

Variační rozpětí, které je zřejmé z tabulky č. 17 pak činí 37. Všichni respondenti, kteří dosáhli v této škále nejvyšších výsledků se zároveň nachází v pásmu nadprůměrného skóre, což je pro tuto subškálu jedinečné.

	Pořadí	Respondent	T-skóre	Typ dysartrie	Věk	Pohlaví
Nejvyšší	1.	20	63	flakcidní	40	žena
	2.-3.	2	60	smíšená	63	muž
	2.-3.	16	60	smíšená	63	muž
Nejnižší	1.	13	26	atatická	24	muž
	2.	27	29	spastická	53	žena
	3.	17	33	smíšená	62	muž

Tabulka 17: Nejvyšší a nejnižší výsledky v subškále oblíbenost v kolektivu DOS-36

5.1.7 Smysl a seberealizace

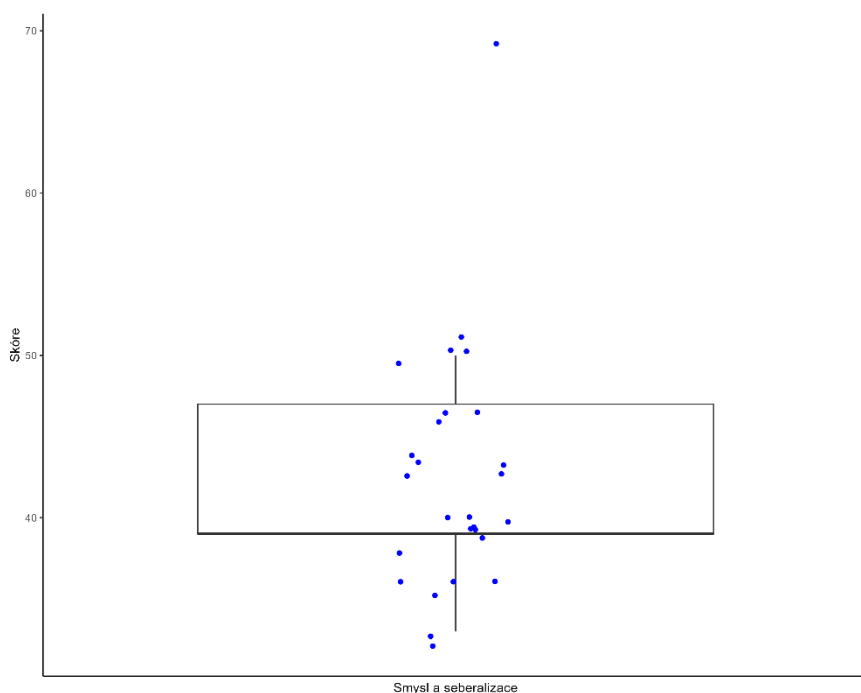
Smysl a seberealizace je v průměru druhou nejhůře hodnocenou subškálou, a to hned po subškále fyzický zjev. Modus i medián odpovídají skóre 39, které považujeme dle norem za nízké. Směrodatná odchylka odpovídá hodnotě 7,43.

V tabulce č. 18 můžeme vidět, že nadprůměrného skóre dosáhl pouze jeden respondent. Více jak 50 % respondentů (n=14) pak dosáhlo v této subškále na nízké skóre. Zbylých dvanáct respondentů se nachází v pásmu průměru.

	Absolutní četnost	Relativní četnost
Smysl a seberealizace		
nadprůměrné skóre (> 60 T)	1	3,70 %
průměrné skóre (40-60 T)	12	44,44 %
nízké skóre (<40 T)	14	51,85 %

Tabulka 18: Výsledky v subškále smysl a seberealizace DOS-36 (n=27)

Graf č. 10 je v tomto případě typický výskytem tzv. outliera, který se nachází na jeho horní hranici. Medián se nachází na 25. percentilu.



Graf 10: Výsledky v subškále smysl a seberealizace DOS-36 (n=27)

V tabulce č. 19 představující pořadí nejvyšších a nejnižších T-skóre můžeme vidět velmi časté shody. Z toho důvodu musela být tabulka rozšířena až do 6. místa. Velmi výrazné je v tomto případě nejvyšší skóre, které velmi převažuje nad ostatními. Zajímavé je také sledovat, že respondenti, kteří v této subškále dosahovali nejnižších výsledků, jsou muži.

	Pořadí	Respondent	T-skóre	Typ dysartrie	Věk	Pohlaví
Nejvyšší	1.	9	69	hypokinetická	49	žena
	2.-5.	5	50	ataktická	55	muž
	2.-5.	8	50	spastická	64	muž
	2.-5.	18	50	spastická	53	žena
	2.-5.	26	50	spastická	64	muž
Nejnižší	1.-2.	14	33	spastická	52	muž
	1.-2.	17	33	smíšená	62	muž
	3.-6.	4	36	ataktická	25	muž
	3.-6.	7	36	hypokinetická	62	muž
	3.-6.	12	36	spastická	48	muž
	3.-6.	16	36	smíšená	63	muž

Tabulka 19: Nejvyšší a nejnižší výsledky v subškále smysl a seberealizace DOS-36

5.2 Deskriptivní statistika vzhledem k typu dysartrie

Nyní se společně podíváme na porovnání výsledků vzhledem k jednotlivým typům dysartrie. U všech pěti typů se podíváme na popisnou statistiku všech šesti subškál a celkového skóre. Jelikož je dle autorů nejspolehlivějším ukazatelem právě ono celkové skóre, zaměříme se v závěru také u každého typu dysartrie na procentuální rozložení respondentů v rámci nadprůměrného, průměrného a nízkého skóre.

5.2.1 Spastická dysartrie

Pokud se podíváme na výsledky respondentů, kteří měli diagnostikovanou spastickou dysartrií zjišťujeme, že nejhorších výsledků dosahují v průměru shodně v subškále fyzický zjev a oblíbenost v kolektivu. Naopak nejlépe hodnocenou subškálou je v průměru odolnost vůči úzkosti. Celkové sebepojetí odpovídá v průměru skóre 40,625. Nacházíme se tedy na spodní hranici průměrného skóre. Zároveň můžeme konstatovat, že se jedná o nejnižší průměrnou hodnotu ze všech skupin dysartrie. Medián se dostává do pásma nízkého skóre v celkovém skóre a subškále fyzický zjev. Největší variační rozpětí s hodnotou 50 pak můžeme sledovat v subškále práce a studium.

	N	Průměr	Medián	Modus	Směrodatná odchylka	Minimum	Maximum
Celkové skóre	8	40.625	39	37	7.229651	29	50
Sociální přizpůsobivost	8	45.125	47.5	24	16.172618	24	68
Práce a studium	8	44.250	40.5	36	16.006695	24	74
Fyzický zjev	8	41.625	38	29	11.648881	29	58
Odolnost vůči úzkosti	8	46.625	47.5	49	6.435116	37	56
Oblíbenost v kolektivu	8	41.625	42	44	7.744814	29	56
Smysl a seberalizace	8	43.000	43.0	50	6.676184	33	50

Tabulka 20: Deskriptivní statistiky DOS-36 u respondentů se spastickou dysartrií ($n=8$)

5.2.2 Flakcidní dysartrie

Respondenti s flakcidní dysartrií dosahují v Dotazníku sebepojetí v průměru T-skóre 43,67. Nejhuře hodnocenou subškálou je rozhodně fyzický zjev, jehož průměrné skóre se nachází v pásmu nízkého skóre. Naopak nejlépe hodnocenou subškálou je oblíbenost v kolektivu. Průměrné skóre je v tomto případě dokonce vyšší než 50. Nejvyšší variační rozpětí s hodnotou 25 můžeme sledovat v subškále fyzický zjev. Největší nevýhodou této skupiny je přitom existence pouze tří respondentů.

	N	Průměr	Medián	Modus	Směrodatná odchylka	Minimum	Maximum
Celkové skóre	3	43.66667	43	39	5.033223	39	49
Sociální přizpůsobivost	3	48.66667	50	50	2.309401	46	50
Práce a studium	3	49.33333	45	45	7.505553	45	58
Fyzický zjev	3	35.33333	29	26	13.650397	26	51
Odolnost vůči úzkosti	3	47.33333	49	37	9.609024	37	56
Oblíbenost v kolektivu	3	54.33333	52	48	7.767453	48	63
Smysl a seberalizace	3	44.33333	47	47	4.618802	39	47

Tabulka 21: Deskriptivní statistiky DOS-36 u respondentů s flakcidní dysartrií (n=3)

5.2.3 Hypokinetická dysartrie

Celkové skóre v DOS-36 odpovídá u respondentů s hypokinetickou dysartrií skóre 41,2. Jedná se tak o druhé nejhorší průměrné celkové skóre. V pásmu nízkého skóre se nachází v průměru celkem dvě subškály. Konkrétně se jedná o subškálu práce a studium, která je hodnocena nejhuře, dále pak o subškálu sociální přizpůsobivost. Nejlépe hodnocenou subškálou je odolnost vůči úzkosti. Největší rozdíly v odpovědích respondentů se nachází v subškále smysl a seberealizace. Opět je však potřeba zmínit nedostatečný počet respondentů.

	N	Průměr	Medián	Modus	Směrodatná odchylka	Minimum	Maximum
Celkové skóre	5	41.2	39	35	7.293833	35	53
Sociální přizpůsobivost	5	39.4	37	37	6.730527	32	50
Práce a studium	5	39.0	40	24	12.961481	24	54
Fyzický zjev	5	40.4	36	36	8.443933	33	54
Odolnost vůči úzkosti	5	49.4	46	46	4.774935	46	56
Oblíbenost v kolektivu	5	48.0	48	48	4.898979	40	52
Smysl a seberalizace	5	46.0	43	43	13.190906	36	69

Tabulka 22: Deskriptivní statistiky DOS-36 u respondentů s hypokinetickou dysartrií (n=5)

5.2.4 Ataktická dysartrie

Jedinci s ataktickou dysartrií dosahují celkového skóre v průměru 41,375. Subškála, která byla respondenty hodnocena nejhůře je smysl a seberealizace. Nejlépe hodnocenou subškálou je odolnost vůči úzkosti. Průměrné výsledky žádné subškály se přitom nenachází v pásmu nízkého skóre.

	N	Průměr	Medián	Modus	Směrodatná odchylka	Minimum	Maximum
Celkové skóre	8	41.375	42.5	33	5.730557	33	49
Sociální přizpůsobivost	8	45.125	45.5	50	6.916595	37	55
Práce a studium	8	44.500	45	45	7.653197	32	54
Fyzický zjev	8	43.875	38	36	10.829028	33	58
Odolnost vůči úzkosti	8	48.375	51	53	7.558108	34	56
Oblíbenost v kolektivu	8	43.750	48	48	8.581542	26	52
Smysl a seberalizace	8	40.500	39	39	4.276180	36	50

Tabulka 23: Deskriptivní statistiky DOS-36 u respondentů s ataktickou dysartrií (n=8)

5.2.5 Smíšená dysartrie

Respondenti se smíšenou dysartrií dosahují při porovnání jednotlivých typů dysartrie v průměru nejvyššího skóre ve škále celkové skóre. Nejvíce zasaženou subškálou je smysl a seberealizace, která je v pásmu nízkého skóre, naopak nejlépe je na tom sociální přizpůsobivost. Z výsledků je zároveň jasně viditelné, že průměrné skóre 50 bylo u respondentů se smíšenou dysartrií pokořeno dokonce ve třech subškálách.

	N	Průměr	Medián	Modus	Směrodatná odchylka	Minimum	Maximum
Celkové skóre	3	46.00000	48	33	12.124356	33	57
Sociální přizpůsobivost	3	53.33333	55	55	2.886751	50	55
Práce a studium	3	42.00000	40	32	11.135529	32	54
Fyzický zjev	3	46.00000	51	29	15.132746	29	58
Odolnost vůči úzkosti	3	51.66667	53	46	5.131601	46	56
Oblíbenost v kolektivu	3	51.00000	60	60	15.588457	33	60
Smysl a seberalizace	3	38.66667	36	33	7.371115	33	47

Tabulka 24: Deskriptivní statistiky DOS-36 u respondentů se smíšenou dysartrií (n=3)

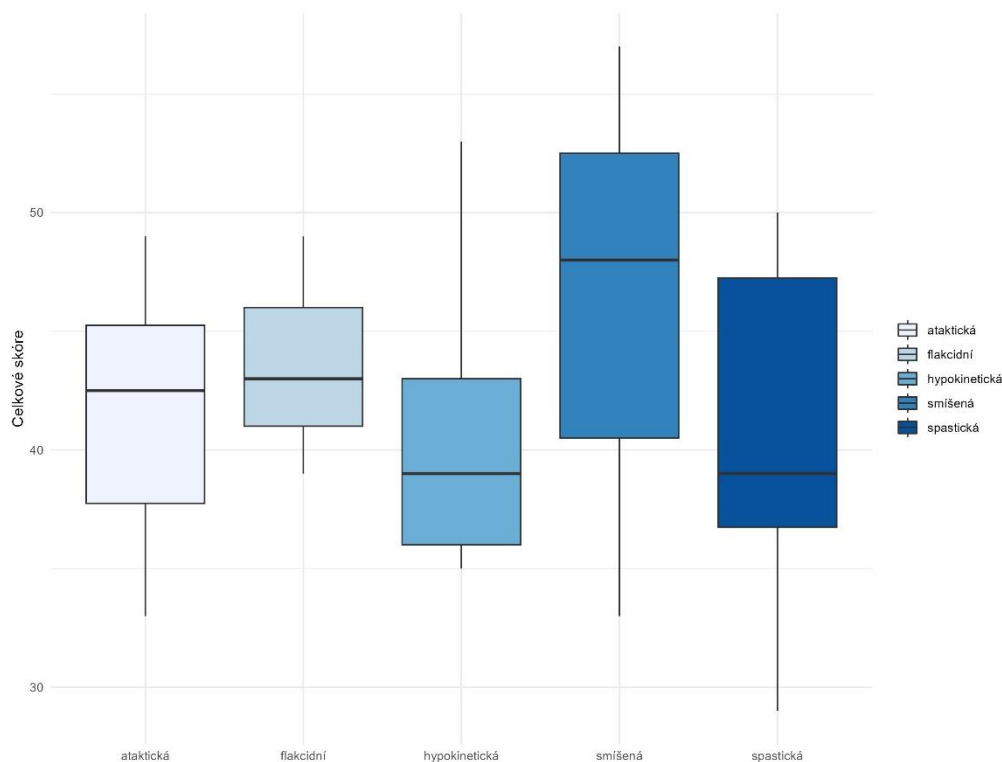
5.2.6 Závěrečné porovnání celkového skóre vzhledem k typu dysartrie

V rámci bližšího zkoumání našeho výzkumného souboru jsme však nezůstali pouze u průměrného skóre v jednotlivých subškálách a celkovém skóre. Velmi důležitou součástí je totiž podívat se také na procentuální rozložení respondentů, a to zejména ve škále celkové skóre, která je považována za nejspolehlivější ukazatel. Z výsledků vyplývá, že největší zastoupení respondentů, jejichž celkové skóre se nachází v pásmu nízkého skóre, patří do skupiny respondentů s hypokinetickou dysartrií. Druhou nejvíce zasaženou skupinou jsou respondenti s dysartrií spastickou. Nejlépe jsou na tom shodně respondenti se smíšenou a flakcidní dysartrií. Důležité je však brát v potaz nerovnoměrnou reprezentaci jednotlivých skupin. Výsledky přehledně shrnuje tabulka č. 25.

	Absolutní četnost	Relativní četnost
Spastická dysartrie (n=8)		
nadprůměrné skóre (> 60 T)	0	0 %
průměrné skóre (40-60 T)	4	50 %
nízké skóre (<40 T)	4	50 %
Flacidní dysartrie (n=3)		
nadprůměrné skóre (> 60 T)	0	0 %
průměrné skóre (40-60 T)	2	66,67 %
nízké skóre (<40 T)	1	33,33 %
Hypokinetická dysartrie (n=5)		
nadprůměrné skóre (> 60 T)	0	0 %
průměrné skóre (40-60 T)	2	40 %
nízké skóre (<40 T)	3	60 %
Ataktická dysartrie (n=8)		
nadprůměrné skóre (> 60 T)	0	0 %
průměrné skóre (40-60 T)	5	62,5 %
nízké skóre (<40 T)	3	37,5 %
Smišená dysartrie (n=3)		
nadprůměrné skóre (> 60 T)	0	0 %
průměrné skóre (40-60 T)	2	66,67 %
nízké skóre (<40 T)	1	33,33 %

Tabulka 25: Výsledky ve škále celkové skóre DOS-36 vzhledem k typu dysartrie (n=27)

Pro větší přehlednost uvádíme v rámci potřeb práce také graf č. 11 shrnující výsledky ve škále celkové skóre. Grafické znázornění zároveň koreluje s předešlými zjištěními, které nás informovaly o horších výsledcích ve skupině respondentů se spastickou a hypokinetickou dysartrií. Na druhé straně jsou to pak lepší výsledky ve skupině respondentů s dysartrií smíšenou.



Graf 11: Grafické znázornění výsledků škály celkové skóre v návaznosti na typ dysartrie

5.3 Deskriptivní statistika vzhledem k pohlaví

Jelikož se výzkumy na téma odlišností v sebepojetí u mužů a žen velmi liší, rozhodli jsme se nahlédnout v rámci našeho výzkumného souboru také na toto téma. K dispozici jsou tedy opět popisné statistiky obou skupin. Hned v úvodu je potřeba zmínit, že i v tomto případě musíme brát v potaz nerovnoměrnou reprezentaci jednotlivých skupin.

Jako první se tedy podíváme na výsledky žen se získanou dysartrií ve věku od 21 do 65 let, které můžeme vidět v tabulce č. 26. Z těch vyplývá, že ženy dosahují ve škále celkové skóre DOS-36 v průměru skóre 41,45. Nejhůře hodnocenou subškálou v průměru je fyzický zjev, naopak nejlépe je na tom subškála práce a studium. Všechny subškály a celkové skóre se v průměru nachází v pásmu průměrného skóre.

	N	Průměr	Medián	Modus	Směrodatná odchylka	Minimum	Maximum
Celkové skóre	9	41.44444	43	43	7.907451	29	53
Sociální přizpůsobivost	9	43.77778	46	50	11.798070	24	64
Práce a studium	9	46.88889	49	32	15.551884	24	74
Fyzický zjev	9	40.22222	40	29	11.355371	26	58
Odolnost vůči úzkosti	9	43.77778	46	37	6.495725	34	53
Oblíbenost v kolektivu	9	44.88889	48	36	10.505290	29	63
Smysl a seberalizace	9	45.77778	43	39	9.483904	39	69

Tabulka 26: Deskriptivní statistiky výsledků DOS-36 u žen se získanou dysartrií (n=9)

Muži oproti ženám dosahují v průměru lehce vyššího celkového skóre, které odpovídá hodnotě 42,12, což můžeme vidět v tabulce č. 27. Nejhuře hodnocenou subškálou je v průměru smysl a seberealizace, nejlépe je na tom odolnost vůči úzkosti. I v tomto případě se všechny subškály a celkové skóre nachází v pásmu průměrného skóre.

	N	Průměr	Medián	Modus	Směrodatná odchylka	Minimum	Maximum
Celkové skóre	18	42.11111	41	37	6.542970	33	57
Sociální přizpůsobivost	18	46.16667	49.5	50	9.787447	28	68
Práce a studium	18	42.05556	45	45	9.019405	24	58
Fyzický zjev	18	42.66667	36	36	10.959820	29	58
Odolnost vůči úzkosti	18	50.55556	53	53	5.260533	40	56
Oblíbenost v kolektivu	18	46.38889	48	48	8.534628	26	60
Smysl a seberalizace	18	40.83333	39	39	5.792998	33	50

Tabulka 27: Deskriptivní statistiky výsledků DOS-36 u mužů se získanou dysartrií (n=18)

Pro srovnání výsledků uvádíme i v tomto případě tabulku č. 28 obsahující relativní a absolutní četnost respondentů, kteří dosáhli v rámci kategorie celkové skóre na pásmo nízkého skóre, které značí nižší míru celkového sebezpojetí. Relativní četnost respondentů s celkovým skóre, které odpovídá podprůměru, je v obou skupinách totožná.

	Absolutní četnost	Relativní četnost
Ženy se získanou dysartrií (n=9)		
nadprůměrné skóre (> 60 T)	0	0 %
průměrné skóre (40-60 T)	5	55,56 %
nízké skóre (<40 T)	4	44,44 %
Muži se získanou dysartrií (n=18)		
nadprůměrné skóre (> 60 T)	0	0 %
průměrné skóre (40-60 T)	10	55,56 %
nízké skóre (<40 T)	8	44,44 %

Tabulka 28: Výsledky ve škále celkové skóre DOS-36 vzhledem k pohlaví (n=27)

V rámci grafického znázornění opět přikládáme krabicový graf č. 12, který znázorňuje výsledky obou skupin ve škále celkové skóre.



Graf 12: Grafické znázornění výsledků škály celkové skóre v návaznosti na pohlaví

6 Diskuse

Pokud se podíváme na jednotlivé subškály DOS-36, zjišťujeme, že respondenti se získanou dysartrií ve věku od 21-65 let dosahovali v průměru ve všech subškálách a v celkovém skóre výsledků, které stále spadají do pásma normy.

Nejhorších výsledků přitom v průměru dosahovali respondenti v subškále fyzický zjev. Nízké skóre v tomto případě získalo 51,85 % respondentů. Jelikož je získaná dysartrie velmi často doprovázena také tělesným postižením, může být tato subškála negativně hodnocena zejména z tohoto důvodu. Toto tvrzení zároveň koreluje s výsledky výzkumu Fernández et al. (2007), kteří zjistili, že u osob s viditelným tělesným postižením je hodnocena škála fyzický zjev nejhůře. Fyzický zjev byl zároveň nejhůře hodnocenou škálou ve výzkumu, který provedli Shields et. al. (2006) u osob s mozkovou obrnou. U osob s parézou lícního nervu byly jasně znatelné také odchylky v položce „Mám docela hezký obličej“. V této subškále se zároveň žádný z respondentů nenacházel v pásmu nadprůměru.

Naopak nejlépe hodnocenou subškálou byla v průměru odolnost vůči úzkosti. Ačkoliv se žádný respondent ani v tomto případě nenacházel v pásmu nadprůměru, téměř 89 % respondentů získalo v této subškále průměrné skóre. U respondentů tak sice docházelo k výskytu některých negativních emocí jako je například úzkost či stres, stále se však nacházeli v mezích normy. U zbylých 11 % respondentů jsme mohli vidět podprůměrné skóre. I v našem výzkumném vzorku existovaly osoby, jejichž dysartrie je doprovázena negativními emocemi. Toto tvrzení je v korelaci s výzkumem, jenž byl proveden dvojicí autorů Walshe a Miller (2011), kteří tvrdí, že výskyt negativních emocí bývá taktéž uváděným doprovodným symptomem získané dysartrie.

V subškále smysl a seberealizace respondenti v průměru dosahovali druhých nejhorších výsledků, které se opět nachází na spodní hranici průměru. Nadpoloviční většina respondentů, tedy konkrétně 51,85 %, hodnotila i tuto subškálu nízkým skórem obdobně jako tomu bylo u výše zmíněné subškály fyzický zjev. Vznikem narušené komunikační schopnosti tak mohli tito respondenti ztratit plány či vize, které do budoucna měli. V jejich pohledu pro ně může být budoucnost plná negativních emocí, které mohou vyústit až v subjektivní pocit ztráty smysluplnosti vlastního bytí. Naopak v jednom případě odpovídaly výsledky respondenta nadprůměrnému skóre. Zbylých dvanáct respondentů se nacházelo v pásmu průměru.

Třetí nejhůře hodnocenou subškálou byla práce a studium. Nízkého skóre dosáhlo v této subškále celkem 33 % respondentů. Z důvodu získané dysartrie se jedinci mohou velmi snadno

dostávat do situací, kdy jim není vzhledem k narušené komunikační schopnosti umožněno vykonávat práci, kterou by si přáli. Deficity v této oblasti jsou zřejmé. U jednoho respondenta bylo dosaženo také nadprůměrné skóre, které odpovídalo maximálnímu bodovému zisku. Pro vhodnou interpretaci dat bylo vzhledem k dostupným anamnestickým údajům zjištěno, že tento respondent získal právě díky svému životnímu osudu možnost vykonávat práci, po které celý život toužil.

Subškála sociální přizpůsobivost byla v našem výzkumném souboru třetí nejlépe hodnocenou subškálou, ačkoliv 30 % respondentů hodnotilo tuto oblast jako podprůměrnou. U těchto respondentů se typicky mohou vyskytovat problémy v sociálním začlenění či ve vztazích s druhými lidmi. Naopak u necelých 8 % respondentů bylo v této oblasti zjištěno nadprůměrné skóre. Zbylých 63 % respondentů hodnotilo tuto oblast průměrně, což značí dobrou začleněnost do společnosti, která je pro osoby se získanou dysartrií velmi důležitá.

Poslední doposud nezmiňovanou subškálou je oblíbenost v kolektivu. I v tomto případě se obdobně jako v subškále odolnost vůči úzkosti většina respondentů pohybovala v pásmu průměrného skóre. Celkem se přitom jednalo o 70 % respondentů. Tito respondenti tak mají mnohdy navázané dobré přátelské vztahy. Celkem tři respondenti získali nadprůměrné skóre, nízké skóre pak získalo celkem pět respondentů. Právě ti mohou být ohroženi sociální izolací. Tyto výsledky jsou tedy v rozporu zejména s výzkumem, který provedli Shields et al. (2006). Z těch totiž vyplývá, že osoby s mozkovou obrnou, ke které bývá velmi často přidružena také dysartrie, hodnotí právě subškály týkající se sociálního začleňování, jako nejvíce deficitní. V našem výzkumném vzorku pak respondenti dosáhli opačných výsledků.

Průměrné celkové skóre respondentů se získanou dysartrií ve věku od 21-65 let se v závěru nacházelo na spodní hranici pásma průměru. Je však potřeba zmínit, že celkem 44,44 % respondentů hodnotilo své celkové sebepojetí jako podprůměrné. U těchto jedinců se tedy může ve větší míře vyskytovat pasivita či negativismus. Narušeno může být také sociální fungování jedince. I v našem výzkumném souboru se tedy vyskytovaly osoby se sníženým sebepojetím, což koreluje s výsledky hned několika výzkumů (Walshe, 2011).

Pokud mezi sebou porovnáváme jednotlivé typy dysartrie, zjišťujeme, že nejhorších výsledků dosahovali v průměrném celkovém skóre respondenti se spastickou dysartrií. Nogueiraa et al. (2019) přitom došli ve svém výzkumu ke stejným výsledkům. Medián byl však u skupiny respondentů se spastickou a hypokinetickou dysartrií stejný. V průměru nejlepších výsledků dosahovali respondenti s dysartrií smíšenou. Docházíme tak k odlišným výsledkům než Atkinson-Clement et al. (2019). Z jejich výzkumu totiž vyplývá, že právě osoby

se smíšenou dysartrií hodnotí své sebepojetí nejhůře. Pokud se podíváme na průměrné výsledky jednotlivých skupin respondentů v jednotlivých subškálách, zjišťujeme, že nejlépe hodnocenou subškálou byla u respondentů s dysartrií spastickou, hypokinetickou a ataktickou odolnost vůči úzkosti. U respondentů s flakcidní dysartrií to byla oblíbenost v kolektivu, zatímco u respondentů se smíšenou dysartrií to byla sociální přizpůsobivost. Z výsledků tedy vyplývá, že pacienti s flakcidní a smíšenou dysartrií nemají obtíže zejména v oblastech, které se týkají sociálních vztahů. Naopak respondenti s hypokinetickou dysartrií hodnotili subškálu sociální přizpůsobivost jako druhou nejvíce zasaženou. V tomto případě je potřeba zmínit, že průměrné skóre se nacházelo dokonce v pásmu nízkého skóre. V podprůměru se u těchto respondentů nacházela také subškála práce a studium. Tyto osoby tedy mohou mít větší problémy se sociálním začleňováním či pracovním uplatněním. Oblíbenost v kolektivu byla společně se subškálou fyzický zjev nejvíce narušena u respondentů se spastickou dysartrií. Problémy v sociální rovině mohou být patrné také v této skupině osob. Fyzický zjev byl také hodnocen nejhůře respondenty s flakcidní dysartrií, kde průměrné skóre skupiny opět padlo do pásma podprůměru, které nás upozorňuje na výrazné obtíže ve vnímání vlastní body image. U respondentů s ataktickou a smíšenou dysartrií byla v průměru nejhůře hodnocena subškála smysl a seberealizace, přičemž u respondentů se smíšenou dysartrií se výsledky této subškály nacházely v pásmu nízkého průměru. Tyto osoby tedy mohou mít v konečném důsledku potíže s nalezením smyslu svého života.

Ani v tomto případě však nezůstaneme u průměrných skóre v jednotlivých subškálách a podíváme se také na relativní četnost v celkovém skóre. Nejvíce respondentů, kteří získali v celkovém sebepojetí nízké skóre, se nacházelo ve skupině respondentů s hypokinetickou dysartrií. V tomto případě se dokonce jednalo o nadpoloviční většinu, konkrétně 60 %. Opět tedy docházíme k opačným výsledkům než Atkinson-Clement (2019). V jejich výzkumném vzorku měly právě osoby s hypokinetickou dysartrií nejlepší výsledky. Dle našich výsledků se tedy přikláníme k výzkumu, který provedli Piacentini et al. (2011), kde dosahovaly právě tyto osoby nejhorších výsledků. Celkem 50 % respondentů dosáhlo na nízké skóre ve skupině respondentů s dysartrií spastickou. Ve skupině osob s ataktickou dysartrií to bylo 37,5 %. Nejméně osob, jejichž celkové sebepojetí se nacházelo v pásmu nízkého skóre, konkrétně 33,33 %, spadá do skupiny respondentů s flakcidní a se smíšenou dysartrií, kde došlo ke shodě v relativní četnosti. Opět zde můžeme zmínit výzkum, který provedli Piacentini et al. (2011). I v něm měla skupina osob s flakcidní dysartrií nejméně narušené sebepojetí a naše výsledky jsou tedy v korelaci.

V rámci naší práce jsme se také zaměřili na porovnání výsledků vzhledem k pohlaví. Ačkoliv nám průměrné skóre v celkovém sebepojetí vycházelo lépe u mužů, relativní četnost nízkého skóre byla u obou skupin stejná a odpovídala 44,44 %. Přikláníme se tedy k výsledkům výzkumu provedeným Hartelius et al. (2008), kteří nezjistili u pacientů s dysartrií výrazné rozdíly v sebepojetí v návaznosti na pohlaví. U mužů byla v průměru nejhůře hodnocena subškála smysl a seberealizace, nejlépe skončila subškála odolnost vůči úzkosti. U žen byla pak v průměru nejhůře hodnocena subškála fyzický zjev, nejlepších výsledků dosahovaly ženy v subškále práce a studium. Docházíme tak ke stejným výsledkům, na které upozorňují Dolejš et al. (2021). V našem výzkumném vzorku tak nebyly zjištěny velké rozdíly mezi ženami a muži, rozdíl je však v subškálách, které jsou nejvíce narušeny.

7 Limity práce

Nyní se společně podíváme také na některé limity výzkumu. Zaměříme se převážně na limity na straně výzkumníka, účastníků výzkumů a prostředí a času.

Hlavním limitem celého výzkumu je nízký počet respondentů. Bohužel jsme se během sběru dat setkali s výraznou neochotou osob se získanou dysartrií dotazník vyplňovat. Pravděpodobně tomu tak mohlo být zejména kvůli výskytu položek, které mohou být pro jedince velmi intimní a jejich vyplnění jim mohlo být nepříjemné. I exkluzivní kritéria, která vyřazovala osoby nad 65 let či s komorbiditou jiných typů NKS velmi omezila množství osob, kterým mohl být dotazník směřován. Limitem mohla být na jedné straně také administrace testu ve stylu tužka papír a nevyužití online distribuce dotazníku.

Bohužel se nám dále nepodařilo navázat dlouhodobou spoluprací s více zařízeními, kde by ke sběru dat mohlo docházet. Ke spolupráci nedošlo pravděpodobně z důvodu velké vyčerpanosti jednotlivých zařízení a také vzhledem k nedostatku prostoru vyplňovat s pacienty dotazník během logopedické intervence. V rámci sběru dat mohlo být osloveno více zařízení. Ta však byla vybírána na základě geografické dostupnosti autorky výzkumu, aby mohlo docházet k pravidelným setkáním s klinickými logopedy. Rozšíření geografického rozsahu by tak bylo potencionálně spjato s vyšší časovou i finanční náročností.

Dalším limitem bylo zcela jistě nenaplnění podmínky rovnoměrného rozložení výzkumného souboru v návaznosti na typ dysartrie a pohlaví, které je však stále spojeno s nízkým počtem respondentů celkově. S tím souvisí také fakt, že se v našem výzkumném souboru bohužel nenachází osoby s hyperkinetickou dysartrií a dysartrií po unilaterální lézi centrálního motoneuronu.

Vzhledem k tomu, že je dotazník postaven na subjektivním hodnocení jednotlivých položek, nemůžeme se spoléhat na stoprocentní pravdivost výpovědí našich respondentů. V tomto ohledu tak může být limitem práce potencionální zkreslení získaných dat vzhledem k případným neupřímným odpovědím respondentů.

8 Doporučení do praxe

Ze závěrů naší práce vyplývá, že kliničtí logopedi a logopedi ve zdravotnictví se mohou setkávat s osobami, jejichž sebepojetí je podprůměrné. Proto se nyní společně podíváme na některá doporučení, která můžeme při práci a zejména při komunikaci s těmito klienty využít.

V první řadě si musíme opět zmínit jeden ze základních bodů celé logopedické terapie, a tou je zásada individuálního přístupu. V návaznosti na osoby se získanou dysartrií o ni hovoří zejména Neubauer (2011). Ke každému jedinci bychom měli přistupovat dle jeho aktuální úrovně schopností a dovedností, které musíme brát v potaz při samotném plánování terapie. V návaznosti na naši práci tato zásada cílí zejména na upozornění, že existují klienti, jejichž sebepojetí je výrazně narušeno, ale také ti, jejichž sebepojetí se nachází v pásmu normy

Právě samotný plán logopedické terapie je stěžejním bodem. Vždy musíme vycházet z realistických krátkodobých cílů, které mohou být vytvářeny za spoluúčasti klienta. Tím můžeme zvýšit jeho motivaci k práci, o čemž hovoří zejména Neumann et al. (2019). Cíle mohou být také pragmaticky orientovány vzhledem k oblastem, které sám klient označí za nejvíce deficitní. V návaznosti na tuto problematiku si hned v úvodu můžeme zmínit Solution-Focused Brief Therapy (SFBT), která může být využita i v rámci logopedické intervence. Jedná se o evidence based terapii, která je zaměřena na stanovení krátkodobých cílů. Obecně zvyšuje motivaci klienta a pomáhá mu najít jeho silné stránky (Walshe, 2011).

V případě osob se získanou dysartrií a sníženým sebepojetím se zdá být žádoucí zapojovat do logopedické intervence více úkolů, které jsou pro klienta splnitelné. Právě tento pocit vlastní kompetence dokončit úkol, posiluje důvěru ve vlastní osobu, na což ostatně upozorňuje Pugnerová (2019). V tomto případě také nesmíme zapomínat na dostatek pozitivní zpětné vazby.

Žádoucí se také zdá být sledovat progres osob (Neubauer, 2011). Nejde však o prosté vyjádření zlepšení, nýbrž o předložení důkazů. Progres může být sledován za pomoci pravidelné rediagnostiky, ale například také pomocí průběžných videonahrávek osob či postupného naplňování krátkodobých cílů terapie.

Úkolem logopedů by také mělo být vytváření bezpečného prostředí, kde nemusí mít klienti strach sdílet své myšlenky či pocity. Zároveň je důležité dopřát těmto osobám dostatek času pro jejich vyjádření a vždy reagovat s dostatečnou empatií a porozuměním. O bezpečném prostředí přitom hovoří také Neubauer (2011).

Do terapie můžeme také zakomponovat nácvik komunikace v různých sociálních situacích za pomoci hraní rolí. Dle Walshe (2011) mohou mít osoby se získanou dysartrií v této oblasti výrazné problémy. Přehrávání scénářů z reálného života může pomoci zlepšit komunikační dovednosti osob se získanou dysartrií v jejich sociálním prostředí, které má také vliv na utváření sebepojetí.

Vzhledem k výskytu negativních emocí, které dle Orla et al. (2016) často doprovází nízké sebepojetí, můžeme do terapie zařadit také některé druhy relaxačních technik. Za zmínku v tomto případě stojí například Jacobsonova progresivní svalová relaxace.

Jelikož je dle Dolejše et al. (2021) sociální okolí jeden z hlavních faktorů ovlivňující sebepojetí jedinců, zdá se velmi důležité zvyšovat informovanost odborné i laické veřejnosti o získané dysartrii. Zejména při kontaktu s širším sociálním okolím se totiž mohou tyto osoby setkat vzhledem ke komunikačním obtížím s jiným zacházením, které nemusí být vždy pozitivní. Tyto reakce mají zcela jistě negativní vliv na sebepojetí jedinců. Na tento fakt ostatně upozorňují také Walshe a Miller (2011), z jejichž rozhovorů s osobami se získanou dysartrií je zřejmé, že chování širšího okolí vůči těmto jedincům se po vzniku dysartrie změnilo.

Zároveň je potřeba se připravit na to, že tyto osoby mnohdy nemusí mít jinou osobu, se kterou by mohli sdílet své strasti. Logoped se tak může dostat do role, která do jisté míry saturuje náplň práce psychologa a je dobré být na takovou situaci připraven. V rámci této problematiky je tedy nesmírně důležitá multioborová spolupráce klinické psychologie a klinické logopedie.

Závěr

Diplomová práce obsahovala celkem dvě hlavní části. V první z nich jsme se zaměřili na teoretické vymezení dvou klíčových pojmů celé práce, jimiž jsou sebepojetí a dysartrie. Dále jsme také měli možnost nahlédnout na některé existující výzkumy, které se zabývají problematikou sebepojetí v návaznosti na vybrané aspekty zdravotního postižení, narušenou komunikační schopnost a samotnou získanou dysartrií. Zejména v návaznosti na poslední zmíněnou kapitolu byla provedena důkladná rešerše, z jejichž výsledků je zřejmé, že se u osob se získanou dysartrií může vyskytovat snížená míra sebepojetí, jenž může do jisté míry ovlivňovat logopedickou intervenci. Výsledky všech studií byly však značně variující. Sebepojetí bylo pak v mnoha případech součástí výzkumů zaměřených na kvalitu života či zkoumání psychosociálních dopadů poruch. Výzkum, jenž by využíval dotazník, který by se zaměřoval pouze na sebepojetí u osob se získanou dysartrií, pak stále scházel. Proto mělo naše výzkumné šetření charakter kvantitativního výzkumu za pomoci dotazníkového šetření, přičemž výzkumným nástrojem se stal Dotazník sebepojetí (DOS-36).

Z výsledků diplomové práce vyplývá, že se v rámci logopedické intervence můžeme setkat s osobami, jejichž sebepojetí je narušeno. Tento fakt bychom samozřejmě měli brát v potaz při plánování samotné terapie. V českém prostředí stále neexistuje dostatek testů, pomocí kterých bychom mohli zkoumat psychosociální dopady získané dysartrie, zejména v návaznosti na komunikaci. V zahraničí jsou přitom tyto testy běžnou součástí logopedické diagnostiky. Diplomová práce tak přináší odkazy na diagnostické nástroje, které jsou využívány v zahraničí. Konkrétně se jedná například o Dysarthria Impact Profile (DIS), Quality of Life in the Dysarthric Speaker (QOL – DyS) či Quality of Communication Life scale (ASHA QCL). Právě překlad těchto testů a jejich následné zavedení do praxe by zcela jistě mohlo zkvalitnit diagnostiku. Ačkoliv byl pro potřeby naší práce využit Dotazník sebepojetí (DOS-36), který i přes své psychologické zaměření mohou využívat speciální pedagogové, pro potřeby praxe by bylo žádoucí využít také testy, které se budou soustředit i na sociální dopad dané poruchy a v konečném důsledku řešit kvalitu života těchto osob, na což ostatně upozorňuje i ASHA (2016).

Následný výzkum v této oblasti by mohl být zaměřen na aplikaci psychologických metod, které by mohl provádět klinický logoped či logoped ve zdravotnictví během samotné logopedické terapie. Zejména by se pak mohlo jednat například o zjištění efektivity již výše

zmíněné evidence based terapie Solution-Focused Brief Therapy (SFBT). Ta má dle zahraničních výzkumů, které zmiňuje Walshe (2011), pozitivní efekt na sebepojetí jedinců.

Pokud se vrátíme k hlavnímu tématu naší diplomové práce, zdá se být vzhledem k nízkému počtu respondentů žádoucí rozšířit výzkumný soubor, a to při zachování podmínky rovnoměrného rozložení respondentů v jednotlivých kategoriích. Další možností je sledovat změny v sebepojetí v čase, které mohou být zapříčiněny postupným přijímáním vlastní poruchy.

Tato problematika tak bezpochyby nabízí hned několik oblastí pro další výzkumná šetření, která by přispěla k rozšíření a prohloubení aktuálních poznatků.

Seznam využité literatury

AARSLAND, Dag a KURZ, Martin W. (2010). *The Epidemiology of Dementia Associated with Parkinson's Disease*. Online. *Brain Pathology*, vol. 20, no. 3, s. 633-639. Dostupné z: <https://doi:10.1111/j.1750-3639.2009.00369.x>. [citováno 2023-12-30].

AL-BDOUR, Noor T.; AL-BUSTANJI, Murad A. a AL-DHAMIT, Yahya A. (2022). *Self-Esteem Among Individuals with Speech Disorders in Light of Some Variables*. Online. *International Education Studies*, vol. 15, no. 3, s. 26-38. Dostupné z: <https://doi.org/https://doi.org/10.5539/ies.v15n3p26>. [citováno 2024-02-16].

AMBLER, Zdeněk (2011). *Základy neurologie: [učebnice pro lékařské fakulty]*. 7. vydání. Praha: Galén. ISBN 978-80-7262-707-3.

AMERICAN SPEECH-LANGUAGE-HEARING ASSOCIATION (2016). *Scope of practice in speech-language pathology*. Online. Dostupné z: www.asha.org/policy. [citováno 2024-02-12].

ATKINSON-CLEMENT, Cyril; LETANNEUX, Alban; BAILLE, Guillaume; CUARTERO, Marie-Charlotte; VÉRON-DELOR, Lauriane et al. (2019). *Psychosocial Impact of Dysarthria: The Patient-Reported Outcome as Part of the Clinical Management*. Online. *Neurodegenerative Diseases*, vol. 19, no. 1, s. 12-21. Dostupné z: <https://doi:10.1159/000499627>. [citováno 2023-03-30].

BALCAR, Karel (1991). *Úvod do studia psychologie osobnosti*. 2. opr. vyd. Chrudim: MACH.

BEADLE, Elizabeth J.; OWNSWORTH, Tamara; FLEMING, Jennifer a SHUM, David (2016). *The Impact of Traumatic Brain Injury on Self-Identity: A Systematic Review of the Evidence for Self-Concept Changes*. Online. *The Journal of Head Trauma Rehabilitation*, vol. 31, no. 2, s. E12-E25. Dostupné z: <https://doi:10.1097/HTR.0000000000000158>. [citováno 2024-02-15].

BERKOVÁ, Marie a BERKA, Zdeněk (2018). *Pády: významná příčina morbidit a mortality seniorů*. Online. Vnitřní lékařství, roč. 64, č. 11, s. 1076–1083. Dostupné z: <http://doi:10.36290/vnl.2018.154>. [citováno 2023-12-30].

BLATNÝ, Marek (2010). *Psychologie osobnosti: hlavní témata, současné přístupy*. Psyché. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-247-3434-7.

BOGART, Kathleen R. (2014). *The Role of Disability Self-Concept in Adaptation to Congenital or Acquired Disability*. Online. Rehabilitation Psychology, vol. 59, no. 1, s. 107-115. Dostupné z: <https://doi:10.1037/a0035800>. [citováno 2024-02-15].

BRANSON, Emma K.; BRANSON, Victoria M.; MCGRATH, Roisin; RAUSA, Vanessa C.; KILPATRICK, Nicky et al. (2024). *Psychological and Peer Difficulties of Children with Cleft Lip and/or Palate: A Systematic Review and Meta-Analysis*. Online. The Cleft Palate Craniofacial Journal, vol. 61, no. 2, s. 258-270. ISSN 1055-6656. Dostupné z: <https://doi.org/10.1177/10556656221125377>. [citováno 2024-02-16].

BRUMFITT, Shelagh (2010). *Psychological Well-Being and Acquired Communication Impairments*. John Wiley & Sons Ltd publisher. ISBN 9780470749302.

CARDOSO, Rita; GUIMARÃES, Isabel; SANTOS, Helena; LOUREIRO, Rita; DOMINGOS, Josefa et al. (2018). *Psychosocial impact of Parkinson's disease-associated dysarthria: Cross-cultural adaptation and validation of the Dysarthria Impact Profile into European Portuguese*. Online. Geriatrics & Gerontology International, vol. 18, no. 5, s. 767-774. Dostupné z: <https://doi:10.1111/ggi.13255>. [citováno 2023-03-30].

COLLINS, Lacey K.; OFA, Sione A.; MISKIMIN, Cadence a MULCAHEY, Mary (2023). *Cognitive Deficits Following Concussion: A Systematic Review*. Online. Journal of Orthopaedic Experience & Innovation, s. 11. Dostupné z: <https://doi.org/https://doi.org/10.60118/001c.68393>. [citováno 2024-04-10].

CSÉFALVAY, Zsolt; MEKYSKA, Jiří a KOŠTÁLOVÁ, Milena (2013). Diagnostika dysartrie. In: CSÉFALVAY, Zsolt a LECHTA, Viktor. *Diagnostika narušené komunikační schopnosti u dospělých*. Praha: Portál, s. 117-143. ISBN 978-80-262-0364-3.

ČIHÁK, Radomír (2013). *Anatomie 2*. Třetí, upravené a doplněné vydání. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4788-0.

DOLEJŠ, Martin; DOSTÁL, Daniel; OBEREIGNERŮ, Radko; OREL, Miroslav a KŇAŽEK, Gabriel (2021). *Dotazník sebepojetí (DOS) - příručka pro praxi*. Univerzita Palackého v Olomouci. ISBN 978-80-244-5201-2.

EGGENBERGER, Eric R. a CLARK, David (2014). *Bulbar and pseudobulbar palsy*. Online. In: ETTINGER, Alan B. a Deborah M. WEISBROT (ed.). *Neurologic Differential Diagnosis*, Cambridge University Press, s. 82-83. ISBN 9781139028899. Dostupné z: <http://doi:10.1017/CBO9781139028899.013>, [paywall]. [citováno 2023-10-30].

EHLER, Edvard; KOPAL, Aleš; MANDYSOVÁ, Petra a LATTA, Ján (2011). *Komplikace ischemické cévní mozkové příhody*. Online. *Neurologie pro praxi*, roč. 12, č. 2, s. 129–134. Dostupné z: www.neurologiepropraxi.cz. [citováno 2023-12-30].

FERNÁNDEZ, Carolina; LÓPEZ-JUSTICIA, Dolores M. a POLO, Tamara M. (2007). *Discapacidad visible y no visible: Diferencias en el autoconcepto*. Online. *Estudios de Psicología*, vol. 28, no. 3, s. 359–368. Dostupné z: <https://doi.org/10.1174/021093907782506498>. [citováno 2024-02-12].

FREED, Donald B. (2020). *Motor Speech Disorders: Diagnosis and Treatment, Third Edition*. Online. Third edition. San Diego, CA: Plural Publishing. ISBN 9781635500950. Dostupné z: <https://eds.s.ebscohost.com/eds/ebookviewer/ebook/ZTAwMHh3d19fMTg4NTUzM19fQU41?sid=09329aa2-fc27-45f6-9245-d01993a8baed@redis&vid=0&hid=http://eds.s.ebscohost.com/&format=EB>, [paywall] [citováno 2023-12-30].

GALÁŽ, Zoltan; MEKYSKA, Jiří; MŽOUREK, Zdeněk a SMÉKAL, Zdeněk (2015). *Dysarthric speech visualization tool*. Online. Dostupné z: <http://splab.cz/en/download/software/software-pro-vizualizaci-dyzartricke-reci>. [citováno 2024-02-17].

GALÁŽ, Zoltán; MEKYSKA, Jiří a SMÉKAL, Zdeněk (2016). *Dysarthric speech quantification tool*. Online. Dostupné z: <http://splab.cz/en/download/software/software-pro-kvantifikaci-dyzartricke-reci>. [citováno 2024-02-17].

GOLDMAN, Jennifer G.; VERNALEO, Beth A.; CAMICIOLI, Richard; DAHODWALA, Nabila; DOBKIN, Roseanne D. et al. (2018). *Cognitive impairment in Parkinson's disease: a report from a multidisciplinary symposium on unmet needs and future directions to maintain cognitive health*. Online. Npj Parkinson's Disease, vol. 4, no. 19. Dostupné z: <https://doi.org/10.1038/s41531-018-0055-3>. [citováno 2023-12-20].

GREEN, Tom (1999). *The relationship of self-conception to perceived stuttering severity in children and adults who stutter*. Online. Journal of Fluency Disorders, vol. 24, no. 4, s. 281-292. Dostupné z: [https://doi.org/https://doi.org/10.1016/S0094-730X\(99\)00020-0](https://doi.org/https://doi.org/10.1016/S0094-730X(99)00020-0). [citováno 2024-02-16].

HALLOWELL, Brooke (2017). *Aphasia and other acquired neurogenic language disorders: A guide for clinical excellence*. Plural Publishing. ISBN 9781597564779.

HARTELIUS, Lena; ELMBERG, Marie; HOLM, Rebecca; LÖVBERG, Ann-Sofie a NIKOLAIDIS, Stilian (2008). *Living with Dysarthria: Evaluation of a Self-Report Questionnaire*. Online. Folia Phoniatica et Logopaedica, vol. 60, no. 1, s. 11-19. Dostupné z: <https://doi:10.1159/000111799>. [citováno 2023-03-30].

HARTL, Pavel a HARTLOVÁ, Helena (2015). *Psychologický slovník*. 3. vyd. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-0873-0.

HEDÁNEK, Jiří a ROUBÍČKOVÁ, Jaroslava (1997). *Dysartrický profil – Test 3F*. Praha: DeskTop Publishing Filozofické fakulty, Univerzity Karlovy.

JEROME, Annette C.; FUJIKI, Martin; BRINTON, Bonnie a JAMES, Shane L. (2002). *Self-esteem in children with specific language impairment*. Online. Journal of Speech, Language, and Hearing Research, vol. 45, no. 4, s. 700-714. Dostupné z: [https://doi.org/10.1044/1092-4388\(2002/056\)](https://doi.org/10.1044/1092-4388(2002/056)). [citováno 2024-02-16].

JULAYANONT, Parunyou; MCFARLAND, Nikolaus R. a HEILMAN, Kenneth M. (2020). *Mild cognitive impairment and dementia in motor manifest Huntington's disease: Classification and prevalence*. Online. Journal of the Neurological Sciences. Dostupné z: <https://doi.org/10.1016/j.jns.2019.116523>. [citováno 2023-12-20].

KAVYA, Srinivasaraghavan; VISWANATHAN, Pranav; PERUMAL, Radhakrishnan C.; CHARAN, Sharon M. P. (2022). *Impact of communication difficulty on the quality of life in individuals with Parkinson's disease*. Online. Annals of Movement Disorders, vol. 5, no. 1, s. 49-54. Dostupné z: http://doi:10.4103/AOMD.AOMD_45_21. [citováno 2023-03-30].

KLENKOVÁ, Jiřina (2006). *Logopedie: narušení komunikační schopnosti, logopedická prevence, logopedická intervence v ČR, příklady z praxe*. Praha: Grada. Pedagogika. ISBN 978-80-247-1110-2.

KONEČNÁ, Věra (2010). *Sebepojetí a sebehodnocení rozumově nadaných dětí*. Brno: Masarykova univerzita. ISBN 978-80-210-5325-0.

KORKALAINEN, Johanna; MCCABE, Patricia; SMIDT, Andy a MORGAN, Catherine (2023). *Motor Speech Interventions for Children With Cerebral Palsy: A Systematic Review*. Online. Journal of Speech, Language, and Hearing Research, vol. 66, s. 110-125. Dostupné z: https://doi.org/10.1044/2022_JSLHR-22-00375. [citováno 2024-02-15].

KOUKOLÍK, František (2012). *Lidský mozek: funkční systémy, norma a poruchy*. 3., přepracované a doplněné vydání. Praha: Galén, 400 s. ISBN 978-80-7262-771-4.

KRÁL, Michal et al. (2012). *Neurologie pro speciální pedagogy*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci. ISBN 978-80-244-3245-8.

KRAUS, Josef (2004). *Dětská mozková obrna*. Praha: Grada. ISBN 80-247-1018-8.

KRAUS, Josef (2011). *Dětská mozková obrna*. Online. Neurologie pro praxi, roč. 12, č. 4, s. 222-224. Dostupné z: www.neurologiepropraxi.cz. [citováno 2023-12-29].

LETANNEUX, Alban; WALSH, Margaret; VIALLET, François a PINTO, Serge (2013). *The Dysarthria Impact Profile: A Preliminary French Experience with Parkinson's Disease*. Online. *Parkinson's Disease*, s. 1-6. Dostupné z: <https://doi.org/10.1155/2013/403680>. [citováno 2023-03-30].

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

LUDÍKOVÁ, Libuše (2013). *Kvalita života osob se speciálními potřebami*. Monografie. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci. ISBN 978-80-244-3827-6.

MACEK, Petr (2019). *Sebereflexe a vztah k sobě samému (self)*. In: VÝROST, Jozef; SLAMĚNÍK, Ivan a SOLLÁROVÁ, Eva. *Sociální psychologie: teorie, metody, aplikace*. Praha: Grada, s. 74-87. ISBN 978-80-247-5775-9.

MEI, Cristina; REILLY, Sheena; BICKERTON, Molly; MENSAH, Fiona; TURNER, Samantha et al. (2020). *Speech in children with cerebral palsy*. Online. *Developmental Medicine & Child Neurology*, s. 1374–1382. Dostupné z: [doi: https://doi.org/10.1111/dmcn.14592](https://doi.org/10.1111/dmcn.14592). [citováno 2023-09-20].

MILLER, Nick; NOBLE, Emma; JONES, Diana; ALLCOCK, Liesl a BURN, David J. (2008). *How do I sound to me? Perceived changes in communication in Parkinson's disease*. Online. *Clinical Rehabilitation*, vol. 22, no. 1, s. 14-22. Dostupné z: <https://doi.org/10.1177/0269215507079096>. [citováno 2023-03-30].

MLČÁKOVÁ, Renata a VITÁSKOVÁ, Kateřina (2013). *Narušení artikulace a narušení vývoje mluvené řeči – vstup do problematiky*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, Studijní opory. ISBN 978-80-244-371-7.

NANG, Charn; HERSH, Deborah; MILTON, Katie a LAU, Su-Re (2018). *The Impact of Stuttering on Development of Self-Identity, Relationships, and Quality of Life in Women Who Stutter*. Online. *American Journal of Speech-Language Pathology*, vol. 27, no. 5, s. 1244–1258. Dostupné z: https://doi.org/10.1044/2018_AJSLP-ODC11-17-0201. [citováno 2024-02-16].

NEUBAUER, Karel (2011). Terapie dysartrie. In: LECHTA, Viktor. *Terapie narušené komunikační schopnosti*. 2. aktualizované vydání. Praha: Portál, s. 283-334. ISBN 978-80-7367-901-9.

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

NEUMANN, Sandra; QUINTING, Jana; ROSENKRANZ, Anna; BEER, Carola; JONAS, Kristina a STENNEKEN, Prisca (2019). *Quality of life in adults with neurogenic speech-language communication difficulties: A systematic review of existing measures*. Online. Journal of Communication Disorders, vol. 79, s. 24–45. Dostupné z: <https://doi.org/10.1016/j.jcomdis.2019.01.003>. [citováno 2024-02-12].

NOGUEIRA, Dalia; REIS, Elizabeth; FERREIRA, Pedro a SCHINDLER, Antonio (2019). *Measuring Quality of Life in the Speaker with Dysarthria: Reliability and Validity of the European Portuguese Version of the QoL-DyS*. Online. Folia Phoniatria et Logopaedica, vol. 71, no. 4, s. 176-190. Dostupné z: <https://doi.org/10.1159/000495564>. [citováno 2023-03-30].

OBEREIGNERŮ, Radko (2017). *Sebepojetí dětí a adolescentů*. Monografie. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci. ISBN 978-80-244-5201-2.

OREL, Miroslav; OBEREIGNERŮ, Radko a MENTEL, Andrej (2016). *Vybrané aspekty sebepojetí dětí a adolescentů*. Online. publisher: Univerzita Palackého v Olomouci. Dostupné z: <https://doi.org/10.5507/ff.16.24449913>. [citováno 2024-02-08].

PALLAVI, Jagadeesan; PERUMAL, Radhakrishnan Ch. a KRUPA, Murugesan (2018). *Quality of Communication Life in Individuals with Broca's Aphasia and Normal Individuals: A Comparative Study*. Online. Annals of Indian Academy of Neurology, vol. 21, no. 4, s. 285-289. Dostupné z: https://doi.org/10.4103/aian.AIAN_489_17. [citováno 2024-02-16].

PAYNE, Jan et al. (2005). *Kvalita života a zdraví*. V Praze: Triton. ISBN 80-7254-657-0.

PERT, Sean (1995). *An Evaluation of the Robertson Dysarthria Profile (Revised) with Reference to Cerebral Vascular Accident, Head Injury and Motor Neurone Disease Client Groups*. Online. Manchester Metropolitan University. Dostupné z: https://pure.manchester.ac.uk/ws/portalfiles/portal/208949132/1995SPertRDP_R.pdf [citováno 2024-02-09].

PIACENTINI, Valentina; ZUIN, Annalisa; CATTANEO, Davide a SCHINDLER, Antonio (2011). *Reliability and Validity of an Instrument to Measure Quality of Life in the Dysarthric Speaker*. Online. Folia Phoniatica et Logopaedica, vol. 63, no. 6, s. 289-295. Dostupné z: <https://doi:10.1159/000322800>. [citováno 2023-03-30].

PLHÁKOVÁ, Alena (2004). *Učebnice obecné psychologie*. Praha: Academia. ISBN 80-200-1086-6.

PLHÁKOVÁ, Alena a BLATNÝ, Marek (2003). *Temperament, inteligence, sebepojetí: nové pohledy na tradiční témata psychologického výzkumu*. Brno: Psychologický ústav AV ČR. ISBN 8086620050.

PUGNEROVÁ, Michaela (2019). *Psychologie: pro studenty pedagogických oborů*. Pedagogika. Praha: Grada. ISBN 978-80-271-0532-8.

ROUBÍČKOVÁ, Jaroslava; HEDÁNEK, Jiří a STRÁNIK, Adam (2011). *Dysartrický profil – Test 3F*. 3. vydání. Praha: Galén.

RUSINA, Robert a CSÉFALVAY, Zsolt (2023). *Jak vyšetřovat afázii v klinické praxi*. Online. Neurologie Pro Praxi, roč. 24, č. 1, s. 73-78. ISSN 12131814. Dostupné z: <http://doi:10.36290/neu.2022.071>. [citováno 2023-07-24].

SCARPA, Stefano a PALUMBO, Carmen (2017). *Physical Self-Concept in Athletes with Congenital versus Acquired Disabilities*. Online. Italian Journal of Sports Pedagogy, s. 1-15. Dostupné z: <https://doi.org/10.5281/zenodo.1172965>. [citováno 2024-02-15].

SEIDL, Zdeněk (2023). *Neurologie pro studium i praxi*. 3., zcela přepracované vydání. Praha: Grada. ISBN 978-80-271-3710-7.

SHIELDS, Nor; MURDOCH, Alison; LOY, Yijun; DODD, Karen J. a TAYLOR, Nicholas F. (2006). *A systematic review of the self-concept of children with cerebral palsy compared with children without disability*. Online. *Developmental Medicine & Child Neurology*, vol. 48, no. 2, s. 151–157. Dostupné z: <https://doi.org/10.1017/S0012162206000326>. [citováno 2024-02-15].

SHPIGELMAN, Carmit N. a HAGANI, Neta (2019). *The impact of disability type and visibility on self-concept and body image: Implications for mental health nursing*. Online. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, vol. 26, no. 3-4, s. 77-86. Dostupné z: <https://doi.org/10.1111/jpm.12513>. [citováno 2024-02-15]

THOROVÁ, Kateřina (2015). *Vývojová psychologie: proměny lidské psychiky od početí po smrt*. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-0714-6.

TYRLÍK, Mojmír; MACEK, Petr a ŠIRŮČEK, Jan (ed.) (2010). *Sebepojetí a identita v adolescenci: sociální a kulturní kontext*. Brno: Masarykova univerzita. ISBN 978-80-210-5107-2.

ÚSTAV ZDRAVOTNICKÝCH INFORMACÍ A STATISTIKY ČESKÉ REPUBLIKY (2023). *Novotvary 2019–2021 ČR*. Online. Dostupné z: <https://www.uzis.cz/res/f/008447/novotvary2019-2021.pdf>. [citováno 2023-12-27].

VÁGNEROVÁ, Marie (2004). *Psychopatologie pro pomáhající profese / Marie Vágnerová*. Vyd. 3., rozš. a přeprac. Praha: Portál. ISBN 80-717-8802-3.

VÁGNEROVÁ, Marie a LISÁ, Lidka (2021). *Vývojová psychologie: dětství a dospívání*. 3. vyd. Praha: Univerzita Karlova, nakladatelství Karolinum. ISBN 978-80-246-4961-0.

VAILLANT, Emma; GEYTENBEEK, Johanna J. M.; JANSMA, Elise P.; OOSTROM, Kim J.; VERMEULEN, Jeroen a BUIZER, Annemieke I. (2020). *Factors associated with spoken language comprehension in children with cerebral palsy: a systematic review*. Online. *Developmental Medicine & Child Neurology*, vol. 62, no. 12, s. 1363–1373. Dostupné z: <https://doi.org/10.1111/dmcn.14651>. [citováno 2023-09-20].

VALENTA, Milan (2015). *Slovník speciální pedagogiky*. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-0937-9.

WALSHE, Margaret (2003). *The Impact of Acquired Neurological Dysarthria on the Speaker's Self-Concept*. Online. Journal of Clinical Speech and Language Studies, vol. 12-13, no. 1, s. 9-33. Dostupné z: <https://doi:10.3233/ACS-2003-12-13104>. [citováno 2023-03-30].

WALSHE, Margaret; PEACH, Richard K. a MILLER, Nick (2009). *Dysarthria Impact Profile: development of a scale to measure psychosocial effects*. Online. International Journal of Language & Communication Disorders, vol. 44, no. 5, s. 693-715. Dostupné z: <https://doi:10.1080/13682820802317536>. [citováno 2023-03-30].

WALSHE, Margaret (2011). The Psychosocial Impact of Acquired Motor Speech Disorders. In: LOWIT, Anja. *Assessment of Motor Speech Disorders*. San Diego: Plural Publishing. s. 97-122. ISBN: 978-15-975-6740-4.

WALSHE, Margaret a MILLER, Nick (2011). *Living with acquired dysarthria: the speaker's perspective*. Online. Disability and Rehabilitation, vol. 33, no. 3, s. 195-203. Dostupné z: <https://doi:10.3109/09638288.2010.511685>. [citováno 2023-03-30].

WEISMER, Gary (2023). *Oromotor Nonverbal Performance and Speech Motor Control: Theory and Review of Empirical Evidence*. Online. Brain sciences, vol. 13, no. 5. Dostupné z: <http://doi:10.3390/brainsci13050768>. [citováno 2023-12-30].

WHILLANS, Chelsea; LAWRIE, Melissa; CARDELL, Elizabeth A.; KELLY, Crystal a WENKE, Rachel (2020). *A systematic review of group intervention for acquired dysarthria in adults*. Online. Disability and Rehabilitation, s. 3002-3018. Dostupné z: <https://doi.org/10.1080/09638288.2020.1859629>. [citováno 2024-02-15].

YAKUT, Ayse D. a AKGUL, Savas (2023). *A Systematic Literature Review: The Self-Concept of Students With Learning Disabilities*. Online. Learning Disability Quarterly. Dostupné z: <https://doi.org/10.1177/07319487231182407>. [citováno 2024-02-08].

YUSOF, Muhammad S. a IBRAHIM, Hasherah M. (2023). *The impact of cleft lip and palate on the quality of life of young children: A scoping review*. Online. Medical Journal of Malaysia, vol. 78, no 2. PMID 36988538. [citováno 2024-02-16].

ZAMIŠKOVÁ, Gabriela; RESSNER, Pavel; DLOUHÁ, Jana a ŠIGUTOVÁ, Dana (2010). *Poruchy řeči u Parkinsonovy nemoci*. Online. Neurologie pro praxi, roč. 11, č. 2, s. 112–116. Dostupné z: www.neurologiepropraxi.cz. [citováno 2023-07-28].

Seznam tabulek

Tabulka 1: Typy dysartrií a umístění lézí (Neubauer, 2018, str. 421)	16
Tabulka 2: Hlavové nervy podílející se na řečové produkci (Love a Webb, 2009, str. 190)... 19	
Tabulka 3: Postup vyhledávání v relevantních databázích	43
Tabulka 4: Škály a položky inventáře DOS-36 (Dolejš et al., 2021, str. 30).....	53
Tabulka 5: Deskriptivní statistiky subškál a celkového skóre DOS-36 (n=27)	56
Tabulka 6: Výsledky škály celkové skóre DOS-36 (n=27).....	58
Tabulka 7: Nejvyšší a nejnižší výsledky ve škále celkové skóre DOS-36.....	59
Tabulka 8: Výsledky subškály sociální přizpůsobivost DOS-36 (n=27)	59
Tabulka 9: Nejvyšší a nejnižší výsledky v subškále sociální přizpůsobivost DOS-36.....	60
Tabulka 10: Výsledky subškály práce a studium DOS-36 (n=27).....	61
Tabulka 11: Nejvyšší a nejnižší výsledky v subškále práce a studium DOS-36.....	62
Tabulka 12: Výsledky subškály fyzický zjev DOS-36 (n=27)	62
Tabulka 13: Nejvyšší a nejnižší výsledky v subškále fyzický zjev DOS-36	63
Tabulka 14: Výsledky v subškále Odolnost vůči úzkosti DOS-36 (n=27)	64
Tabulka 15: Nejvyšší a nejnižší výsledky v subškále odolnost vůči úzkosti DOS-36.....	65
Tabulka 16: Výsledky v subškále oblíbenost v kolektivu DOS-36 (n=27).....	66
Tabulka 17: Nejvyšší a nejnižší výsledky v subškále oblíbenost v kolektivu DOS-36	67
Tabulka 18: Výsledky v subškále smysl a seberealizace DOS-36 (n=27).....	67
Tabulka 19: Nejvyšší a nejnižší výsledky v subškále smysl a seberealizace DOS-36	68
Tabulka 20: Deskriptivní statistiky DOS-36 u respondentů se spastickou dysartrií (n=8).....	69
Tabulka 21: Deskriptivní statistiky DOS-36 u respondentů s flakcidní dysartrií (n=3)	70
Tabulka 22: Deskriptivní statistiky DOS-36 u respondentů s hypokinetickou dysartrií (n=5) 71	
Tabulka 23: Deskriptivní statistiky DOS-36 u respondentů s ataktickou dysartrií (n=8).....	71
Tabulka 24: Deskriptivní statistiky DOS-36 u respondentů se smíšenou dysartrií (n=3).....	72
Tabulka 25: Výsledky ve škále celkové skóre DOS-36 vzhledem k typu dysartrie (n=27)	73
Tabulka 26: Deskriptivní statistiky výsledků DOS-36 u žen se získanou dysartrií (n=9)	75
Tabulka 27: Deskriptivní statistiky výsledků DOS-36 u mužů se získanou dysartrií (n=18)..	75
Tabulka 28: Výsledky ve škále celkové skóre DOS-36 vzhledem k pohlaví (n=27)	76

Seznam grafů

Graf 1: Rozdělení respondentů podle typu dysartrie (n=27).....	54
Graf 2: Rozdělení respondentů podle pohlaví (n=27).....	55
Graf 3: Grafické znázornění výsledků jednotlivých subškál a celkového skóre.....	57
Graf 4: Výsledky škály celkové skóre DOS-36 (n=27)	58
Graf 5: Výsledky v subškále sociální přizpůsobivost DOS-36 (n=27)	60
Graf 6: Výsledky v subškále práce a studium DOS-36 (n=27).....	61
Graf 7: Výsledky v subškále fyzický zjev DOS-36 (n=27)	63
Graf 8: Výsledky v subškále odolnost vůči úzkosti DOS-36 (n=27).....	64
Graf 9: Výsledky v subškále oblíbenost v kolektivu DOS-36 (n=27)	66
Graf 10: Výsledky v subškále smysl a seberealizace DOS-36 (n=27).....	68
Graf 11: Grafické znázornění výsledků škály celkové skóre v návaznosti na typ dysartrie....	74
Graf 12: Grafické znázornění výsledků škály celkové skóre v návaznosti na pohlaví.....	76

Seznam obrázků

Obrázek 1: Postupový diagram pro výsledky 2	44
Obrázek 2: Postupový diagram pro výsledky 3	45
Obrázek 3: Postupový diagram pro vyhledávání knih v databázi EBSCO eBook Collection.	46

Seznam zkratek

apod. – a podobně

atd. – a tak dále

ibid – tamtéž

např. – například

str. – strana

tzv. – tak zvaně

ALS – amyotrofická laterální skleróza

ASHA – American Speech–Language–Hearing Association

CMP – cévní mozková příhoda

DMO – dětská mozková obrna

NKS – narušená komunikační schopnost

ÚZIS – Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR

WHO – World Health Organization