UNIVERZITA PALACKÉHO V OLOMOUCI

PEDAGOGICKÁ FAKULTA

Ústav speciálněpedagogických studií

Diplomová práce

Eliška Tesařová

Problematika hlasu u transsexualismu

Olomouc 2018

Vedoucí práce: Mgr. Lucie Kytnarová

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem diplomovou práci vypracovala samostatně pod odborným dohledem vedoucího diplomové práce, s využitím uvedených zdrojů.

V Olomouci dne …….. Podpis …….

Poděkování

Mé poděkování patří Mgr. Kytnarové za vedení této práce, vstřícný přístup a dodávání optimismu. Dále bych ráda poděkovala svým respondentům a MUDr. J. Dršatovi, Ph.D za cennou konzultaci na Klinice otorinolaryngologie a chirurgie hlavy a krku v Hradci Králové. V neposlední řadě děkuji svým blízkým za podporu v náročném období posledního ročníku studia.

Obsah

Úvod 5
TEORETICKÁ ČÁST 6
1 Hlas 6
1.1 Anatomie hlasového ústrojí 6
1.1.1 Hrtan 6
1.1.2 Hlasivky 8
1.2 Tvorba hlasu 8
1.3 Vlastnosti hlasu 10
1.3.1 Barva hlasu 10
1.3.2 Výška hlasu 10
1.3.3 Síla hlasu 11
1.3.4 Hlasové rejstříky 11
1.3.5 Hlasové začátky 12
1.4 Melodie řeči (intonace) 12
1.5 Vztah hlasu k věku a pohlaví 12
1.6 Diagnostika hlasu 13
1.6.1 Objektivní vyšetření hlasu 14
1.6.2 Subjektivní hodnocení hlasu 15
2 Transsexualita 17
2.1 Pohlaví a gender 17
2.2 Pohlavní identita 17
2.3 Poruchy pohlavní identity 18
2.4 Definice transsexuality 19
2.4.1 Rozdíly MtF a FtM 21
2.5 Etiologie 22
2.6 Prevalence 23
2.7 Proces přeměny pohlaví 24
2.7.1 Doplňkové chirurgické zákroky u MtF 25
2.8 Terapeutický tým 25
3 Hlasová péče u transsexualismu 26
3.1 Fonochirurgie 26
3.1.1 Krikotyreoidní aproximace (tyreoplastika typu IV) 27
3.1.2 Wendlerova glotoplastika 28

3.2 Konzervativní léčba 28
3.2.1 Hlasová edukace, reedukace a terapie 28
3.2.2 Hlasová hygiena 29
3.2.3 Specifické techniky hlasové terapie u trans osob 29
4 Mezioborová spolupráce foniatrie a klinické logopedie 32
4.1 Foniatrie 32
4.2 Klinická logopedie 32
4.3 Mezioborová spolupráce 33
PRAKTICKÁ ČÁST 35
5 Formulace výzkumného problému 35
6 Výzkumné cíle 35
7 Hypotézy 35
8 Metodologie výzkumu 36
8.1 Metoda sběru dat 36
8.2 Charakteristika výzkumného souboru 37
8.3 Analýza a interpretace dat 40
8.3.1 Testování statistických hypotéz 60
Shrnutí výsledků 63
Diskuze 65
Závěr 67
Seznam použitých zdrojů a literatury 68
Seznam grafů 73
Seznam tabulek 74
Seznam zkratek 75
Seznam příloh diplomové práce 75

Úvod

Hlas je důležitou součástí naší identity. Z jeho kvality a vlastností rozpoznáme nejen hlasové poruchy, ale také emoce, a v neposlední řadě hlas vypovídá o biologickém pohlaví jedince. V posledních letech se odborníci čím dál častěji setkávají s žádostmi transsexuálních či transgender osob na zlepšení kvality hlasového projevu odpovídající jejich identitě. Vzhledem k trendu západoevropských zemí zapojovat logopedy do hlasové terapie u osob s transsexuální identitou je na místě usilovat o informovanost českých klinických logopedů i foniatrů o transsexualitě a zejména možnostech hlasové a komunikační terapie u trans lidí. Na toto téma se zaměřuje tato diplomová práce, jejíž cílem je deskripce problematiky v České republice v porovnání se zahraničím, v praktické části pak zhodnotit povědomí foniatrů a klinických logopedů o transsexualitě a možnostech hlasové terapie u transsexuálů, a jejich ochotu podílet se na této terapii.

Teoretická východiska práce spočívají ve zahraničních studiích i publikacích českých autorů. Důležité východisko představuje sedmá verze publikace *Standards of Care for the Health of Transsexual, Transgender, and Gender Nonconforming People* vydaná Světovou asociací podporující zdraví trans lidí, jež zdůrazňuje roli hlasové a komunikační terapie u trans osob.

Diplomová práce je členěna na teoretickou a praktickou část. Teoretická část obsahuje čtyři kapitoly. První kapitola je zaměřena na hlas, jeho anatomii a fyziologii ve vztahu k pohlaví, částečně také na diagnostiku hlasu. Další kapitola se zabývá popisem transsexuality jako takové, především procesem tranzice – změny pohlaví. Třetí kapitola popisuje hlasovou péči u trans lidí, a to jak možnosti chirurgických zákroků, tak zejména konzervativní hlasovou terapii u transsexuálů. Poslední kapitola se pak zabývá rolí hlasových profesionálů – zejména klinických logopedů a foniatrů – v hlasové edukaci a reedukaci. Praktická část představuje samotný výzkum, analýzu získaných dat, jejich interpretaci a diskuzi, a je rozdělena do několika kapitol popisujících cíle a metody výzkumu. Výzkumné šetření bylo provedeno kvantitativní metodou na výzkumném souboru českých klinických logopedů a otorinolaryngologů, resp. foniatrů. Pro sběr dat byl použit dotazník vlastní konstrukce vycházející ze získaných poznatků ze zahraničních studií a literatury, jenž byl respondentům rozeslán e-mailovou formou. V poslední části jsou popsány výsledky analýzy dat a navazující diskuze.

TEORETICKÁ ČÁST

1 Hlas

Jak podotýkají mnozí autoři (např. Novák, 2000; Švec, 2006), lidský hlas a jeho kvalita nabývá v posledních letech na důležitosti. Dokonalý hlasový projev je vyžadován u řady profesí. V komunikaci si vedle nonverbálních prvků všímáme hlasu a jeho charakteristik, a naopak si sami uvědomujeme, jak náš hlas zní, případně rozpor s naší představou o něm. V případě nesouladu může hlasový projev zpětně ovlivnit naši psychiku.

Veldová (2007) definuje hlas jako výraz anatomického a funkčního stavu hlasového ústrojí a fyzického i psychického blaha. Kvalitu hlasu tedy neovlivňuje pouze anatomie a fyziologie vokálního traktu, ale také duševní pohoda člověka.

1.1 Anatomie hlasového ústrojí

Hlasotvorné ústrojí představuje anatomické struktury podílející se na tvorbě lidského hlasu, a řadíme do něj hrtan, dolní cesty dýchací a rezonanční a artikulační prostory (Chrobok, Kučera, Frič, 2011).

1.1.1 Hrtan

Hrtan je nepárový orgán, jehož poloha je určena také věkem a pohlavím jedince, a který je pomocí svalů a vazů fixován k jazylce a k průdušnici (Čoček, 2007).

Základem kostry hrtanu je chrupavčitý skelet s párovými a nepárovými chrupavkami, které jsou spojeny klouby, svaly a vazy. Z párových chrupavek je funkčně nejdůležitější chrupavka hlasivková, která je krikoarytenoidním skloubením spojena s chrupavku prstencovou a umožňuje tak pohyby hlasivkové štěrbiny ve vztahu k fonaci i respiraci (Čoček, 2007). Nepárové chrupavky tvoří kryt hrtanu. Chrupavka štítná je symetrická chrupavka tvořená dvěma vpředu srostlými křídly, která chrání hrtan před poškozením. Horní výběžek zřetelný na mužském hrtanu představuje nekompletní srůst přední hrany a nazývá se incisura thyroidea superior (Chrobok, Kučera, Frič, 2011). Tento charakteristický profil je laicky označován jako ohryzek (Adamovo jablko; Vydrová, 2017). Ploténky chrupavky štítné vpředu svírají úhel, jenž u žen činí kolem 120° a u mužů kolem 90° (Čihák, 2013). Po období puberty dochází u chrupavky štítné k její osifikaci. Chrupavka prstenčitá představuje most mezi hlasivkovými chrupavkami a chrupavkou štítnou. Poslední nepárovou chrupavkou je příklopka hrtanová neboli epiglottis, jejíž funkcí je ochrana před aspirací potravy (Chrobok, Kučera, Frič,

2011). Tvar epiglottis ovlivňuje barvu hlasu: plochou příklopku mají lidí se světlejší barvu hlasu a trubicovitý tvar epiglottis činí hlas tmavším (Vydrová, 2017).

Důležitými klouby zajišťující pohyb hrtanu jsou articulatio cricoarytenoidea, který se podílí na změně postavení a tvaru hlasivek a articulatio cricothyroidea, který zajišťuje zúžení prostoru mezi chrupavkou štítnou a prstencovou, čímž dochází k napínání a prodloužení hlasivkových vazů. Přímo tedy ovlivňuje výšku hlasu (Chrobok, Kučera, Frič, 2011). Kloubní spojení hlasivkových chrupavek s prstencovou chrupavkou představuje jeden z nejkomplexnějších kloubních mechanismů v lidském těle (Hála a Sovák, 1961).

Rozlišujeme zevní a vnitřní vazy hrtanu. Zevní vazy fixují hrtan k okolí a vnitřní vazy spojují hrtanové chrupavky navzájem. Ve vztahu k hrtanu jsou důležité též krční svaly, které ovládají pohyby při polykání a v malé míře podílejí na tvorbě hlasu. Hlavní roli na hlasotvorbě však mají vlastní svaly hrtanu (Čoček, 2007). Mezi vnější svaly se řadí zdvihače a stahovače hrtanu a musculus cricothyroideus. Podle funkce jsou pak vnitřní svaly děleny na adduktory, abduktory, tenzory a relaxátory (Chrobok, Kučera, Frič, 2011). Čoček uvádí dělení svalů hrtanu na rozvěrače, svěrače a napínače hlasivkové štěrbiny (Čoček, 2007).

Z vnitřních svalů je pro změnu výšky hlasu důležitý napínač hlasivek m. cricothyroideus. Kontrakce tohoto svalu způsobí zúžení prostoru vpředu mezi chrupavkou štítnou a prstencovou a následně prodloužení, napnutí a ztenčení hlasivkových vazů, tím pádem ke zvýšení frekvence hlasu. Tento sval je jako jediný inervován n. laryngeus superior[1] (Chrobok, Kučera, Frič, 2011).

Inervace hrtanu je zajištěna dvěma větvemi n. vagus: n. laryngeus superior a n. laryngeus reccurens, jenž inervuje všechny svaly hrtanu kromě m. cricothyroideus (Chrobok, Kučera, Frič, 2011).

Ve vztahu k hlasivkám rozlišujeme část supraglotickou, glotickou a subglotickou (Čoček, 2007). Glotis představuje prostor s hlasivkovými vazy a jeho funkce je zejména fonační a respirační. Zespodu je pak prostor pod hlasivkami ohraničen dolním okrajem prstencové chrupavky (Chrobok, Kučera, Frič, 2011).

[1] Paréza tohoto nervu má za následek snížení hlasového rozsahu zejména ve výškách (Chrobok, Kučera, Frič, 2011).

1.1.2 Hlasivky

Hlasivky se nacházejí ve zúženém prostoru mezi supraglotis a subglotis. Pokud hovoříme o hlasivkách, máme na mysli dva hlasivkové vazy[2], mezi nimiž se nachází hlasivková štěrbina. Hlasová štěrbina je v prvních dvou třetinách své délky ohraničena hlasivkami. Při fonaci se k sobě vazy přibližují, při respiračním postavení jsou od sebe oddáleny. Hlasivka má blanitou a chrupavčitou část. Funkce blanité části spočívá v tvoření hlasivkového závěru, kdežto chrupavčitá část, která představuje přibližně jednu čtvrtinu celkové délky hlasivky, zajišťuje rozšiřování štěrbiny pro průchod výdechového proudu (Hála a Sovák, 1961). Na hlasivce rozlišujeme pět vrstev: povrchový epitel, lamina propria superficialis, lamina propria media, lamina propria profunda[3] a svalovou vrstvu, jíž tvoří m. thyroarytaenoideus a jeho vnitřní část, doléhající na ligamentum vocale, m. vocalis (Čihák, 2013). Uspořádání hlasivky do vrstev je základním předpokladem pro tvorbu základního tónu, přičemž pro kmitání je nejdůležitější povrchový epitel a lamina propria superficialis (Chrobok, Kučera, Frič, 2011).

1.2 Tvorba hlasu

Hlas je ve své podstatě akustický děj (Švec, 2006). Tvorba hlasu je odborně nazývána fonací. Je to proces vzniku zvuku prostřednictvím kmitání hlasivek a jeho souběžným přerušováním sloupcem vzduchu vypuzovaným z plic (Novák, 2000). Při fonaci dochází k vytváření vlny, která posouvá sliznici sevřených hlasivek[4] a způsobuje periodické otevírání a zavírání hlasivkové štěrbiny (Vydrová, 2017). Takto vzniká hrtanový tón[5], který udává pouze základní výšku lidského hlasu. Ostatní charakteristiky hlas získává průchodem rezonančních dutin (Novák, 2000; Vydrová, 2017).

Proces fonace popisuje vícero teorií. Již překonanou teorií je neurochronaxická teorie vyslovená francouzským fyzikem Hussonem, která předpokládá, že hlasivky vykonávají aktivní pohyb na základě nervových impulzů ke svalům hrtanu. Vyvrácení této teorie nahrává fakt, že n. reccurens není schopen převést takové množství impulzů, které by odpovídaly počtům kmitů hlasivek u zpěváků (Novák, 2000).

[2] Pojetí Hály a Sováka oproti tomu anatomicky i funkčně rozlišuje termín „hlasové vazy“ a „hlasivky“. Toto užší pojetí chápe hlasivky jako nadřazený pojem; hlasové vazy jsou součástí hlasivek (Hála a Sovák, 1961).
[3] Lamina propria media a lamina propria profunda tvoří ligamentum vocale (Čihák, 2013).
[4] K vysvětlení mechanismu vzniku slizniční vlny i fonace jako takové přispěla histologická studie hlasivky Hirana (Novák, 2000).
[5] Označován jako F0 – základní formant. Formanty jsou „oblasti zvukového spektra se zvýšenou akustickou energií danou zesílením zvuku v rezonančních prostorách“. Rozlišujeme tak dále formanty F1, F2, F3 atd. (Vydrová, 2017, s. 38). Vlastnosti formantů se odvíjejí od tvaru vokálního traktu (Kučera a kol., 2010).

Teorie myoelastická, zformulovaná Van den Bergem, mluví o pasivním kmitání hlasivek odvíjející se od síly výdechového proudu. Podle Liebermanna do procesu vstupuje aerodynamicko-aerostatická síla oddalující hlasivky od sebe a elasticita svalů a vazů hlasivek, která je vrací zpět do addukce. Podle Nováka (2000) je nejpřijatelnější eklektické pojetí. K myoelastické teorii přidává poznatky Wykovy studie, jež částečně směřuje k řízení fonace nervovými vlákny a vysvětluje schopnost nasadit přesně určitý tón.

Fyziologie fonace v sobě podle Nováka (2000) zahrnuje dvě skupiny pohybů, a to pohyby, které hlasivky vykonávají při vlastní fonaci a pohyby hlasivek při dýchání.

Vydrová (2017, s. 28) mluví o tzv. pilířích správného tvoření hlasu, jimiž jsou:

- „dýchání a dechová technika;
- pohyb hlasivek;
- zesílení základní frekvence zvuku hlasu v rezonančních prostorách lidského těla;
- koordinace celého procesu tvoření hlasu centrální nervovou soustavou“.

Kvalitní nádech a koordinaci výdechu zajišťuje největší dýchací sval bránice, jejíž činnost lze ovlivnit tréninkem. Správný nádech se vyznačuje pohybem bránice směrem dolů, přičemž pozorujeme rozšíření dolní části hrudníku a rozpínání volných žeber do stran. Zapojují se svalové skupiny beder, břicha a zad. Koordinace bránice a těchto struktur se nazývá brániční dechová opora. Protipólem je hrudní nádech či nádech do břicha, které představují nesprávné techniky dýchání a vedou k tlaku na oblast hrtanu a hlasivek (Vydrová, 2017).

Jak již bylo zmíněno, kmitání hlasivek v kontaktu s výdechovým proudem plic vytváří základní tón. Jeho modifikace do podoby lidského hlasu tak, jak jej vnímáme se děje v rezonančních prostorách lidského těla. Těmi jsou: prostor nad hlasivkami ohraničený příklopkou hrtanovou, hltan, dutinu ústní a nosní, nosohltan a vedlejší dutiny nosní. Ve tvaru, velikosti a charakteru slizniční výstelky rezonančních dutin existují interindividuální rozdíly; zejména nosní dutina představuje proměnný prostor. Přirozený tvar rezonančních dutin lze do jisté míry měnit, a to pomocí změny polohy některých orgánů dutiny ústní, především jazyka. Tyto orgány, jimiž modifikujeme výslednou podobu hlasu, v tomto kontextu nazýváme artikulátory. Výsledkem je velká variabilnost barvy hlasu a flexibilnost možnosti tvořit zvuk (Vydrová, 2017).

1.3 Vlastnosti hlasu

Vlastnosti lidského hlasu dělíme do dvou skupin: základní (fyzikální), mezi něž patří barva hlasu, frekvence, síla hlasu a rozsah hlasu, a funkční (fyziologické) vlastnosti, kam řadíme hlasové rejstříky, hlasové začátky a fonační dobu (Lejska, 2003).

1.3.1 Barva hlasu

Barvou hlasu se rozumí „subjektivní akustický vjem, kterým na nás hlas působí" (Lejska, 2003, s. 125). Zabarvení hlasu je pro charakteristické svou jedinečností u každého člověka. Ačkoliv příbuzní lidé mohou mít podobnou barvu hlasu, odchylky této vlastnosti u různých lidí bývají sluchem jasně rozlišitelné, a to i u lidí se stejnou výškou hlasu. Barva hlasu závisí na anatomii rezonančních prostor vokálního traktu, zejména na tvaru příklopky hrtanové (Vydrová, 2017). Vyzrávání těchto prostor během dospívání vede k tomu, že po dokončení růstu obvykle snadno rozeznáme hlas biologicky mužský a ženský (Vydrová, 2009). Barvu hlasu lze nicméně částečně měnit změnou hranic formantů, např. posunem kořene jazyka či postavením rtů (Lejska, 2003).

Podle Hály a Sováka (1962) je barva hlasu neoddělitelnou součástí řeči a její vlastnosti jsou důsledkem absolutní hlasové výšky jedince, způsobu, jak hlas užívá, aktuálním psychickém stavu, národní příslušnosti, a v neposlední řadě na věku a pohlaví osoby.

Anglicky psaná literatura používá spojení „voice quality", jež neodkazuje na dobrou či patologickou kvalitu hlasu, nýbrž na kvalitativní vlastnosti hlasu. Barva hlasu vyjadřuje spojení těchto vlastností (Kučera a kol., 2010).

1.3.2 Výška hlasu

Hlasová výška koreluje se základní frekvencí vyjádřené v jednotkách Hz (Kučera a kol., 2010). Švec (2006) uvádí, že mužský frekvenční rozsah činí 70-500 Hz a ženský přibližně 150-1000 Hz. Ve vztahu k řeči je rozlišována tzv. mluvní frekvence[6], která se u mužů pohybuje okolo 100 Hz a u žen okolo 200 Hz (Hancock a kol., 2014). Za neutrální frekvenční rozsah řeči je považována frekvence 145-165 Hz (Oates a Dacakis, 1997 in Thornton, 2008).

Změna výšky hlasu souvisí se změnou postavení hrtanu, který se posouvá směrem nahoru. O změnách hlasové výšky hovoří Müllerovy zákony o kompenzaci fyzikálních sil v hrtanu (Hála a Sovák, 1962, s. 50). Jedním z principů je, že výška tónu je přímo úměrná napětí hlasivek; čím vyšší je napětí hlasivkových svalů, tím vyšší je výška tónu (Kučera a kol, 2010).

[6] Z angl. „speaking fundamental frequency"

Vliv na výšku hlasu má taktéž změna intenzity hlasu[7]. Pouhým zesilováním hlasu se základní tón v hrudním rejstříku prohlubuje a ve vyšších polohách naopak zvyšuje (Hála a Sovák, 1962).

1.3.3 Síla hlasu

Intenzita hlasu koreluje s hladinou akustického tlaku v dB (Kučera a kol., 2010). Tento parametr je závislý na síle výdechového proudu, rozkmitu hlasivek a na utváření rezonančních dutin. Zesilování hlasu se může dít přirozeně v důsledku tlaku výdechového proudu na počátku promluvy, nebo je uskutečňováno vědomě (Hála a Sovák, 1962). Dynamický a tónový rozsah hlasu závisí též na hmotě a elasticitě hlasivek. Větší objem hmoty kmitající části hlasivek vede k hlubšímu hlasu (Kučera a kol., 2010).

1.3.4 Hlasové rejstříky

Hlasové rejstříky chápeme jako skupinu stejně znějících tónů, co se týče jejich zabarvení a charakteru. Lidský hlas pak dělíme dle výšky tónu do několika rejstříků, z nichž základní jsou tyto (Vydrová, 2017):

- Hrudní rejstřík s frekvencí u mužů mezi 65-250 Hz a u žen mezi 123-440 Hz;
- hlavový rejstřík s frekvencí u mužů mezi 250-520 Hz a u žen mezi 440-1047 Hz;
- smíšený rejstřík o šesti až osmi tónech, který se vyskytuje na rozhraní hrudního a hlasového rejstříku. V rámci tohoto rejstříku může být akustickou kvalitou tónů i u jedné osoby různá. Několik tónů charakteristických akustickým zlomem ve výšce i síle hlasu se nazývají přechodové tóny. Takovéto skoky[8] sledujeme u chlapců s neukončenou mutační přeměnou.

K základním rejstříkům přidává Vydrová (2017) pulzní rejstřík skládající se z velmi nízkých tónů (25-80 Hz) a rejstřík velmi vysokých tónů, do nějž řadí tóny nad 620 Hz u mužů a nad 1390 Hz u žen. U nás je tento rejstřík označován jako falzet či superfalzet.

Sjednocenost zvuku tónů v jednotlivých rejstřících je daná různým typem vibrací hlasivek a rozezněním rezonančních dutin. Formanty hrudního rejstříku rezonují převážně v oblasti hrtanu a trubicovitého systému průduškového stromu v subglotickém prostoru, kdežto formanty hlavového rejstříku rezonují zejména v ústní dutině a v nosohltanu. Hlasivky též vibrují menší plochou, než je tomu u tvorby tónů pomocí hrudního rejstříku (Vydrová, 2017).

[7] To vyplývá z druhého Müllerova zákonu, který říká, že zvýšení tlaku výdechového proudu vede ke zvýšení hlasivkového tónu (Hála a Sovák, 1962).
[8] Anglický jazyk používá termín „register jump“ (Vydrová, 2009).

Rozdíly v akustické kvalitě zvuku u různých lidí mohou být velmi výrazné, ale také sluchem takřka nerozeznatelné. Rejstříkové přechody bývají často problematické u osob s velkým hlasovým rozsahem (Vydrová, 2009).

1.3.5 Hlasové začátky

Hlasovými začátky rozumíme způsob zahájení fonace. Hála a Sovák (1962) rozlišují tři druhy hlasových začátků: měkký, tvrdý a dyšný. Při měkkém hlasovém začátku vzduch proudící hlasivkovou štěrbinou rozkmitá hlasivky, které se pozvolna sevřou a vytvoří tak hlubší tón. Tento způsob je k hlasivkám nejšetrnější a dechově nejúspornější. Dyšný hlasový začátek je charakteristický přiblížením hlasivkových vazů; akustický vjem je pak šelest přecházející ve zvuk. Tvrdý hlasový začátek vzniká pevným uzavřením hlasivkové štěrbiny a následným prudkým rozražením hlasivek, což má za následek ostře znějící hlasový začátek (Hála a Sovák, 1962).

1.4 Melodie řeči (intonace)

Ve vztahu k hlasovému projevu považuje autorka práce za důležité zmínit také intonaci. Při mluveném projevu není výška hlasu stále stejná. Kolísání hlasu směrem dolů a nahoru nazýváme melodií řeči, či intonací. Základními melodickými útvary jsou melodie klesavá, stoupavá, stoupavo-klesavá, klesavo-stoupavá, rovná a cirkumflexní, čímž se rozumí pravidelná proměna stoupání a klesání hlasu (Hála a Sovák, 1962). Někteří autoři hovoří o odlišnostech intonace u mužů a žen. Hancock a kol. (2014) provedli výzkum, v němž se zaměřili na vnímání hlasu transsexuálních žen a zjistili, že osoby, jejichž hlas je okolím vnímán jako ženský více používají stoupavou intonaci. Výsledky se nedají převést na česky mluvící populaci, nicméně ze zmíněného výzkumu je zřejmé, že intonace má doplňující vliv na vnímání osoby jako muže či ženy.

1.5 Vztah hlasu k věku a pohlaví

Lidský hlas se v průběhu života mění, na počátku vývoje nelze rozeznat mužský hlas od ženského. Prvním hlasovým projevem je reflexní novorozenecký křik, jehož frekvenční rozsah se pohybuje v rozmezí 392-440 Hz. Postupně dítě křikem vyjadřuje svou spokojenost či nespokojenost (Veldová, 2007). V období novorozeneckého věku se hrtan nachází na úrovni obratlů C3-C4, což usnadňuje dýchání a polykání v průběhu sání (Čihák, 2013). Délka hlasivek v tomto období činí 3-5 mm. V předškolním věku se hlasivky prodlužují na 6-7 mm a hlasový rozsah je 5-8 tónů. Pohlaví v tomto věku stále nehraje roli, rozsah hlasu u dívek i chlapců se neliší. Teprve v období puberty zaznamenáváme výrazný růst hrtanu a současně prodloužení

hlasivek. Růst je charakteristický předozadním zvětšením chrupavky štítné (Vydrová, 2017). Dochází také k sestoupení hrtanu směrem dolů: u mužů do výše pátého až šestého krčního obratle (C5-C6) a u žen o půl obratle výše (Čihák, 2013).

Veldová (2007) dodává, že růst s sebou přináší zvětšení faciálních kostí a k celkového rozšíření rezonančních dutin. U chlapců v pubertálním období dochází ke zvýšené produkci hormonu testosteronu. Důsledkem těchto změn je prodloužení hlasivek cca o 10 mm a zároveň výrazné prohloubení hlasu přibližně o jednu oktávu. Změnu hlasu z dětského na mužský či ženský nazýváme mutací hlasu (Čihák, 2013). Mutační změny u dívek nejsou tak znatelné jako u chlapců, hlasivky se prodlužují cca o 4 mm a dojde tak k prohloubení hlasu o tercii až kvartu. Věkově se tyto změny pohybují mezi 14. a 16. rokem života u mužů a mezi 12. a 14. rokem u žen (Veldová, 2007).

Oproti tomu Vydrová (2017) uvádí, že mutační změny u dívek mohou mít počátek již v devíti letech věku. Hlasový rozsah se rozšiřuje o tercii směrem nahoru a o kvintu směrem dolů. Výsledná délka hlasivek u dospělé ženy je pak 13-17 mm. Ukončení mutační přeměny u chlapců pak Vydrová stanovuje na období až kolem 20. roku věku; výsledná délka hlasivek u dospělého muže činí 17-25 mm. Během mutace dochází k přeskakování hlasu z nižší do vyšší polohy. To je zapříčiněno nedostatečně rychlou zpětnovazební reakcí motorických center v mozku, která v době mutace ještě nejsou navyklá na jinou polohu hlasu a postavení hlasivek.

Pokud před pubertou dojde k porušení činnosti mužských pohlavních žláz, hrtan dál neroste a hlas zůstává chlapecký. Při takovémto ovlivnění vývoje až po ukončení mutace dochází ke změně mužského hlasu na eunušský, bezpohlavní typ, který nemá charakter ženského hlasu. U žen dochází při odstranění vaječníků ke zdrsnění a prohloubení hlasu (Hála a Sovák, 1962).

Lejska (2003) uvádí, že hlas ženský a mužský pozná posluchač z jeho výšky a barvy. To je dáno odlišnostmi ve velikosti hrtanu, rozměrech, hmotě a frekvence kmitání hlasivek, poloze hrtanu, prokrvení hlasivek a velikosti rezonančních dutin. S věkem se hlas u mužů obvykle mírně zvyšuje a u žen výšku naopak ztrácí, hlas obou pohlaví se tak k sobě přibližuje.

1.6 Diagnostika hlasu

Před každou hlasovou terapií je nutné provést adekvátní diagnostiku. Veldová (2007) uvádí přehled vyšetřovacích metod při diagnostice poruch hlasu a řadí zde anamnézu, a to jak rodinnou, tak osobní, dále otorinolaryngologické vyšetření, zvětšovací laryngostroboskopii,

stanovení kvality hlasu podle stupnice, vyšetření fonační doby, změření hlasového pole, audiometrické a tympanometrické vyšetření a při zjišťování psychogenních poruch hlasu také vyšetření psychologické.

1.6.1 Objektivní vyšetření hlasu

1.6.1.1 Optické metody vyšetření hrtanu

Základními metodami jsou nepřímá laryngoskopie, která poskytuje orientační obraz o stavu hlasivek, a zvětšovací laryngoskopie umožňující kvalitnější diagnostiku patologických nálezů v oblasti hrtanu. Doplňující vyšetření udává stroboskopie a videokymografické vyšetření, díky nimž lékař získá přehled o kmitání hlasivek a videozáznam o tomto pohybu (Vydrová, Brandtl, 2017). Optická vyšetření mají v problematice změny hlasu u transsexuálů význam zejména před chirurgickým zákrokem a po něm.

1.6.1.2 Vyšetření hlasového pole mluvního hlasu (Voice Range Profile)

Tato akustická metoda poskytuje informace o frekvenčním a dynamickém rozsahu hlasu prostřednictvím vizualizace hlasu vyšetřovaného v počítačovém programu. Z vyšetření můžeme rozpoznat nesprávnou hlasovou techniku a polohu mluvního hlasu vzhledem k frekvenčnímu rozsahu hlasu. Vyšetření zahrnuje změření délky maximálního fonačního času, hodnocení frekvenčního rozsahu hlasu, který u zdravého jedince činí přibližně jednu a půl oktávy, hodnocení dynamického rozsahu hlasu, jenž by měl být alespoň 20 dB. Součástí hodnocení je četba standardizovaného textu. Správná mluvní poloha hlasu by se měla nacházet maximálně 3-4 tóny nad dolním okrajem hlasového rozsahu. Vyšší mluvní poloha má za následek větší napínání hlasivkových vazů. Takovéto trvalé namáhání hlasivek může při nesprávné hlasové technice vyústit až v hyperkinetickou dysfonii (Vydrová, 2017). Tato metoda se jeví vhodnou u osob s transsexuální pohlavní identitou male-to-female (MtF)[9], které vyžadují přizpůsobení svého hlasu kýženému pohlaví, jelikož jim vyšetření poskytuje vizuální zpětnou vazbu o jejich hlasovém rozsahu a o případném přepínání hlasivek.

1.6.1.3 Multidimenzionální analýza hlasu

Je nejobsáhlejší metodou počítačového zpracování akustických vlastností hlasu. Ukazuje mj. na přítomnost příměsi tzv. neharmonických tónů, jako je chraptivost a dyšnost (angl. jitter a shimmer, Vydrová, 2017). Dalšími parametry, jež analýza sleduje, jsou např. jitter, shimmer, základní frekvence a index měkké fonace (Novák, 2000). Analýza je prováděna na

[9] Male-to-female, viz. Kapitola 2

základě fonace vokálu *á* min. 4 sekundy a čtení standardizovaného textu vyšetřovanou osobou. Naměřené výsledky jsou porovnávány s populací bez hlasových problémů, nicméně extrémní hlasové polohy nejsou v programu normalizovány (Frič, Dršata, 2011).

1.6.2 Subjektivní hodnocení hlasu

Základní metodou je poslechové hodnocení hlasu, nejlépe z audionahrávky. Výsledek takového vyšetření je však značně zkresleno představou posluchače o tom, jak by měl ideální hlas znít; tato představa je ovlivněna mnoha faktory, jako např. odborností, sluchovými schopnostmi či stupněm trénovanosti v poslechovém hodnocení. Při vyšetření sledujeme zejména čistotu hlasu, přirozenou polohu hlasu, rezonanci, hlasové začátky, zvučnost a nosnost hlasu, přiměřenost hlasového rozsahu. Dalšími parametry, jež můžeme hodnotit, jsou melodika, dynamika, temporytmus[10], výkonnost hlasu[11] a fonační tlak (Frič, Dršata, 2011). Vydrová (2017) vedle hodnocení kvalitativních vlastností hlasu zařazuje též hodnocení držení těla a způsob dýchání, rezonance a artikulace, celkové hodnocení řeči a osobnostních vlastností. Na základě zjištěných parametrů a dalších vyšetření je pak stanoven terapeutický plán.

1.6.2.1 Voice Handicap Index (VHI)

Pro posouzení kvality hlasu a zahájení hlasové terapie je nezbytný názor pacienta na svou kvalitu hlasu. Standardizovaný dotazník VHI neboli index hlasového přetížení se věnuje kvantifikaci subjektivně vnímaných hlasových obtíží pacienta, který tyto obtíže posuzuje ve vztahu k fungování ve svém běžném životě. Vysoké skóre svědčí nejen o těžkém stupni poruchy, ale především o jejím dopadu na pacientův život (Vydrová, 2017).

1.6.2.2 Transsexual Voice Questionnaire (TVQ^{MtF})

Ve vztahu k osobám s transsexuální identitou male-to-female považuje autorka práce za vhodné zmínit relativně nově vzniklý dotazník týkající se hlasu u těchto osob. Dotazník, který pacientka vyplňuje sama, se odvíjí od VHI a obsahuje třicet položek ve formě škál, které sledují vnímání vlastního hlasu, a především psychosociální dopady na život MtF osob. Konkrétně jsou položky zaměřeny např. na unavitelnost hlasu při jeho používání ve vyšší poloze, subjektivní vnímání hlasu jako ženský znějícího, vyhýbání se telefonování, či obavy z pohlížení na MtF osobu jako na muže kvůli jejímu nízce položenému hlasu (Dacakis a kol, 2013).

[10] Tento pojem je chápán jako „změny v tempu a plynulosti hlasového projevu“ (Frič, Dršata, 2011, s. 75).
[11] Sledujeme změny kvality hlasu nasedající na hlasovou únavu, resp. dobu, kdy k těmto změnám dojde (Frič, Dršata, 2011).

Dotazník byl z anglického jazyka přeložen do devíti evropských jazyků a do hebrejštiny; česká verze je dosud nedostupná.

2 Transsexualita

2.1 Pohlaví a gender

Pohlaví je určováno na více úrovních; základní, genetické pohlaví je dané pohlavními chromozomy X a Y. Na jejich podkladě vzniká ve fázi embryonálního vývoje pohlaví anatomické. Během nitroděložního života se utvářejí pohlavní žlázy, které produkují hormony podílející se na utváření pohlavních orgánů. Na základě vzhledu těchto orgánů je novorozenci přiřazeno pohlaví. Výjimku tvoří případy intersexuality – poruchy značící nejasnou diferenciaci pohlavních orgánů, která komplikuje úřední přidělení pohlaví (Procházka, Weiss, 2008).

Ze sociologického pohledu lze říci, že v průběhu socializace se utváří jakási nástavba biologického pohlaví, která tvoří rolové chování a preference. Touto nástavbou je gender (Křížková, 2001). „Termínem gender označujeme kulturní a sociální stereotypy a očekávání, které se pojí k jednotlivým pohlavím“ (Fafejta, 2004, s. 30). Pojetí genderu se v různých společnostech liší. Jde o komplex vlastností, projevů chování, vzhledu a dalších faktorů, které daná kultura považuje u žen a mužů za typické. Postupem času se měnil náhled na to, co je typické pro ženství a mužství, což lze pozorovat kupříkladu na způsobu oblékání žen a mužů, či výběru povolání. Spilková (2010) dodává, že ostřejší genderové rozdíly v dospělosti se projevují v nižších socioekonomických třídách, kde je obecně i více sexuální diskriminace.

Pojetí genderu jako sociálního konstruktu nepřijímá pohlavní identitu jako vrozenou. Naše společnost obecně ani v každodenních sociálních situacích nerozlišuje pohlaví a gender. Člověku na základě jeho biologickému pohlaví přisuzujeme sociální role bez vědomí toho, že toto spojení je sociálně konstruováno a do velké míry vychází ze stereotypů. U většiny osob se biologické pohlaví i pohlavní identita shoduje, někteří jedinci však vnímají rozpor mezi těmito konstrukty. Mezi tyto jedince řadíme také transsexuály (Křížková, 2001).

2.2 Pohlavní identita

Podle Procházky a Weisse (2008) pohlavní identita představuje subjektivně vnímaný pocit souladu či rozporu s vlastním tělem a přisouzenou sociální rolí. Identita se odráží v myšlení, chování a prožívání jedince. Roli hraje i to, jaké chování a osobnostní vlastnosti daná společnost považuje za maskulinní či femininní[12].

[12] Jako typické femininní rysy osobnosti jsou v českém prostředí brány např. emocionalita, empatie a dobré komunikační dovednosti (Procházka, Weiss, 2008).

Spilková mluví o identitě sexuální, která se utváří v raném dětství, nejdéle do 3 let věku dítěte. Sexuální identifikaci chápe jako „pocit příslušnosti k určitému pohlaví“ (Spilková, 2010, s. 102), přičemž pro vytvoření pohlavní identity spatřuje jako kritický věk do 18. měsíců věku. Základem identifikace je podle vytvoření sebeobrazu formujícího se v procesu učení. Ve věku dvou až tří let si dítě začíná uvědomovat svou pohlavní roli[13], která je vyjádřena např. výběrem hraček (Spilková, 2010). Cohen-Kettenis a Pffäflin (2008) však upozorňují na to, že lidé vychovávající dítě podporováním či trestáním chování spojovaným s daným pohlavím mají přímý vliv na rozvoj pohlavní identity.

Spilková (2010) podotýká, že mezi hlavní úkoly chlapce a později muže patří nevykazovat tradičně ženské znaky, kdežto dívky jsou zaměřeny zejména na získání popularity ze strany okolí, resp. mužské části populace. Z tohoto důvodu je pro naši společnost často těžší přijmout „muže převlékající se za ženu“ než naopak. V jiných kulturách tomu však takto nemusí být.

Vnější projevy pohlavní identity nazýváme pohlavní rolí (Procházka, Weiss, 2008). Pohlavní role se stává naším celoživotním údělem. V mládí vzniká určitá nejistota rolí, kdy dítě hledá samo sebe a hledá si postavy, s nimiž se bude moci identifikovat – těmito postavami se stávají rodiče, resp. osoby, které dítě vychovávají a k nimž má dítě úzký vztah (Spilková, 2010).

V období adolescence by mělo proběhnout přijetí svého pohlaví[14] jako součásti identity. Tento proces zahrnuje „přijetí rolí, postojů, motivací a chování vlastního druhu“ (Spilková, 2010, s. 100). Pokud k tomuto přijetí nedochází, mluvíme o poruchách pohlavní identity, příp. genderové dysforii.

2.3 Poruchy pohlavní identity

Porucha pohlavní identity je pojem, který používala čtvrtá verze Diagnostického a statistického manuálu duševních poruch (DSM-IV). Kettenis a Pffäflin (2008) připisují vznik této poruchy nesouladu mezi pohlavní identitou a pohlavní rolí na straně jedné a biologickým pohlavím na straně druhé.

Pátá revize Diagnostického a statistického manuálu duševních poruch (DSM-5, 2015) hovoří o tzv. genderové dysforii, již definuje jako nepohodu provázející nesoulad mezi prožívaným nebo vyjádřeným genderem a přiděleným genderem osoby. DSM-5 dále tuto poruchu dělí do kategorií dle věku. Manuál rozlišuje termíny gender a pohlaví, a to vzhledem

[13] Pohlavní rolí rozumíme zevní projevy pohlavní identity (Procházka, Weiss, 2008).
[14] Spilková zde odkazuje na sekundární pohlavní znaky (Spilková, 2010).

k existenci intersexuality. Biologické identifikátory intersexuálních osob jsou nejednoznačné a jejich identifikace jako muže nebo ženy nemůže být okolím předvídána; nedochází tak k genderovému přiřazení, označení jedince jako muže nebo ženy. Genderovou (pohlavní) identitu pak DSM-5 chápe jako vlastní identifikaci jedince jako muže nebo ženy, popřípadě jedinec spadá do jiné kategorie než mužské nebo ženské (DSM-5, 2015).

2.4 Definice transsexuality

Termín „transsexuální“ byl poprvé uveden v roce 1923 Hirschfeldem, který jím označoval jedince s poruchou identity, kteří zvažovali přeměnu pohlaví včetně chirurgických zákroků. První záznam kompletní změny pohlaví pochází z roku 1953, k operativní léčbě však docházelo již dříve. Jako samostatná porucha byl transsexualismus vyčleněn díky výzkumům Harryho Benjamina, který je považován za „otce transsexualismu“ (Procházka, Weiss, 2008).

Mezinárodní klasifikace nemocí (MKN-10, 2014) zařazuje transsexualitu do kategorie Poruchy duševní a poruchy chování (F00-F99), kam spadá diagnóza F64 Poruchy pohlavní identity. Transsexualitu charakterizuje jako „žádost žít a být akceptován jako člen opačného pohlaví, obvykle spojený s pocitem nespokojenosti s vlastním anatomickým pohlavím nebo s jeho nevhodností, a s přáním chirurgického a hormonálního zásahu, aby tělo odpovídalo, pokud možno, preferovanému pohlaví“ (MKN-10: 239). Mezi diagnostická kritéria MKN-10 řadí vedle výše zmíněné touhy žít jako opačné pohlaví také dobu trvání dysforie nejméně dva roky a absence jiné duševní poruchy (MKN-10, 2014).

Transsexualita je nejextrémnější formou pohlavní dysforie (MKN-10, 2014). Základním znakem transsexuality je pocitem nepohodlí ve svém vlastním těle, který je důsledkem neshody mezi subjektivně prožívaným pohlavím člověka a jeho pohlavní rolí a primárními a sekundárními pohlavními znaky této osoby (Procházka, Weiss, 2008). Tato dysforie je dle Hosáka, Hrdličky, Libigera a kol. (2015) problémem prostupující celý život transsexuálního člověka, interferuje s vedením každodenního života a projevuje se ve všech jeho životních etapách. Mnozí trans lidé zvládají přeorientování na opačnou roli, než do které se narodili. Toto „sebezapření“ lépe zvládají ženy v mužské roli než muži v ženské. Toto tvrzení je v souladu s průzkumy, které uvádějí predominanci transsexuálních MtF oproti osobám FtM (WPATH, 2011). Transsexualita je však nezvratným stavem, jedince tedy nelze vést k popření své identity. Fifková (1998) rovněž zdůrazňuje nemožnost hraní jiné role než se kterou se člověk identifikuje. Pokud k tomuto dojde, je to za cenu kompromisu se sebou i se svým

okolím, v důsledku čehož může být ohrožen duševní vývoj jedince. Zásadní je výchovný stylu rodičů – problémy mohou nastat v rodině s autoritářským stylem výchovy.

DSM-5 nahlíží na transsexualitu jako na genderovou dysforii dospívajících a dospělých (DSM-5: 302.85) a mezi diagnostická kritéria řadí alespoň dva z těchto projevů: nesoulad mezi prožívaným či vyjádřeným genderem a primárními a/nebo sekundárními pohlavními znaky; touhu zbavit se těchto znaků z důvodu zmíněného nesouladu; touha po primárních a/nebo sekundárních pohlavních znacích opačného pohlaví; touha být opačného pohlaví nebo pohlaví odlišného od přiřazeného genderu; touha jedince, aby se s ním jednalo jako s jedincem opačného pohlaví; a přesvědčení, že jedinec má typické pocity a reakce jiného pohlaví než přiřazeného genderu. Genderová dysforie by měla trvat minimálně 6 měsíců (DSM-5, 2015).

Zvolský definuje transsexualitu jako „touhu po sexuální roli opačného pohlaví“, přičemž předpokládá snahu o podstoupení hormonální terapie a chirurgických zákroků tak, aby tělesný vzhled co nejvíc odpovídal preferovanému pohlaví (Zvolský, 2006, s. 198).

Podle psychologického slovníku (Hartl a Hartlová, 2015) je transsexualita označována jako porucha pohlavní totožnosti, tedy identity, či inverzi sexuální role. Autoři publikace definují transsexualitu jako nespokojenost s vlastním pohlavím, přičemž zdůrazňují touhu po operativním zákroku vedoucímu ke změně biologického pohlaví a absenci jiné duševní poruchy či abnormality. Toto pojetí se shoduje s definicí uvedenou v DSM-5, která mj. zdůrazňuje, že není pravidlem, aby tato přeměna zahrnovala také fyzickou změnu pomocí hormonální terapie a operativních změn pohlaví. Nesoulad mezi prožívaným a přiřazeným genderem nemusí vždy znamenat touhu po úplné změně na opačné pohlaví, může vyústit pouze v touhu identifikovat se s genderem, který je mimo binární[15] stereotypy (DSM-5, 2015).

Někteří autoři vedle transsexuality hovoří o osobách z transgenderového spektra. *Transgender* je širší termín, jímž jsou označováni jedinci pociťující emocionální úzkost danou nesouladem mezi pohlavím připsaným při narození a pociťovanou genderovou identitou člověka. Transgender osoby mohou a nemusejí toužit po změně pohlaví. V zahraničí je tento pojem běžně zaměňován. Adler a kol. (2006) uvádí, že někteří autoři používají termín transgender jako zastřešující pojem pro transgender lidi i transsexuály, jiní tyto termíny od sebe rozlišují. Termín transsexualismus nicméně odráží medicínské klasifikace, a je užíván v lékařském prostředí (Linková, 2001). Standardy péče organizace WPATH[16] se vztahují vedle

[15] Binarita vyjadřuje protipóly muž-žena.
[16] The World Professional Association for Transgender Health

transsexuálů na transgender osoby a „gender nonconforming people“, tzn. jedince, kteří se neztotožňují s tradičním pojetím mužství ani ženství (WPATH, 2011).

Transgender komunita vyvíjela úsilí směřující k vyjmutí diagnózy z Diagnostického a statistického manuálu, který jako celek řeší psychiatrické diagnózy. Porucha pohlavní identity podle aktivistů nespadá pod problematiku psychiatrie, podobně jako homosexualita, jež byla v manuálu vyňata již v roce 1973. Tento návrh se vzhledem ke značné stigmatizaci transsexualismu, na nějž je nahlíženo jako na psychiatrickou poruchu, jeví jako oprávněný. Takový krok by však přinesl ztrátu nároku na zdravotnickou péči při procesu tranzice, a proto se řešení zdálo problematické. Kompromis přináší jedenáctá revize Mezinárodní klasifikace nemocí, která zde ponechává diagnózy týkající se pohlavní identity, přesouvá je však do samostatné kategorie nazvané „Stavy týkající se sexuálního zdraví“ s odkazem na podkategorie pohlavní nesoulad v dětství a pohlavní nesoulad v adolescenci a dospělosti. Důvod oddělení poruchy pohlavní identity v dětství a v dospělosti spočívá v tom, že nemusí dojít k plynulému přechodu poruchy z dětství do dospělosti. Ponecháním obou věkových kategorií v klasifikaci Světová zdravotnická organizace uznává, že nárok na patřičnou, specifickou péči a podporu mají obě tyto skupiny (Drescher, 2016).

2.4.1 Rozdíly MtF a FtM

Tradičně jsou rozlišovány dvě skupiny transsexuálních osob. Male-to-female (MtF) jsou osoby s přiřazeným mužským pohlavím s nejvýrazněji vyjádřenou genderovou dysforií. Female-to-male (FtM) jsou osoby s přiřazeným ženským pohlavím s nejvýrazněji vyjádřenou genderovou dysforií. Obě skupiny mají svá specifika. Rozdíly se projevují kupř. v partnerském životě, kdy MtF častěji žijí v adaptaci na své biologické pohlaví, v průběhu terapie[17] a adaptaci na vlastní tělo. Za možné příčiny těchto rozdílů lze považovat kombinaci genetických, hormonálních, kulturně společenských a výchovných faktorů (Weiss, Fifková, Procházka, 2008).

Fifková (2001) podotýká, že být ženou v mužském těle není pro společnost tak akceptovatelné, jako v opačném případě. Trans muž[18] se často spokojí s hormonální léčbou,

[17] Zejména co se týče věku vyhledání péče (FtM osoby přicházejí v mladším věku než MtF), fáze RLT (viz kap. 1.8) a období po tranzici, kdy MtF osoby těžce snášejí přetrvávající růst ochlupení a hluboko posazený hlas (Weiss, Fifková, Procházka, 2008).

[18] Termín *trans lidé* používá např. Tereza Spencerová pro označení transgender osob. Tento výraz bude dále v diplomové práci v tomto smyslu používán.

která zaručí růst vousů a prohloubení hlasu. Trans ženy takové štěstí nemají, zvlášť po hlasové stránce se zapadnutí do společnosti jeví jako problematické.

2.5 Etiologie

Vznik transsexuality vede již do období prenatálního vývoje (Hosák, Hrdlička, Libiger a kol., 2015). Fifková (1998) zahrnuje do příčin transsexuality vrozené faktory a psychický a fyzický stav matky během nitroděložního vývoje se zaměřením na hormonální dysbalanci. Zvolský (2005) uvádí příčiny genetické, hormonální a psychosociální a doplňuje etiologii o teorii opačného naprogramování hypotetických sexuálních center pro sexuální roli v hypotalamu ve fetálním období.

Fifková a Weiss (2008) dělí teorie příčin transsexuality do dvou hlavních skupin. Teorie psychologické usuzují, že na vzniku pohlavní identity se podílí vnější vlivy působící v prvních letech života. Money (in Fifková a Weiss, 2008) hovořil v souvislosti se sexuální identitou o imprintingu, jednorázového naučení během vývojově kritických životních fází, které stanovili mezi jedním a půl a čtvrtým a půl rokem života dítěte. Podle těchto odborníků je pohlavní identita výsledkem učení a po uplynutí zmíněné kritické fáze ji nelze změnit.

Naproti tomu se koncem padesátých let 20. století objevil koncept biologické teorie, kdy byl zkoumán vliv androgenů v prenatálním období na organizaci mozkových center u zvířat; později se vliv produkce pohlavních hormonů na vývoj pohlavní identity v období nitroděložního vývoje potvrdil také u lidí. Výzkumy poukazují na existenci oblastí mozku, které zodpovídají za procesy sexuální diferenciace. Jsou jimi hypothalamus a amygdala, které obsahují centrum pro maskulinní či femininní typ sekrece gonadotropinů, centrum pro sexuální orientaci a centrum pro sexuální roli. Tyto oblasti jsou organizovány v kritických obdobích nitroděložního života v závislosti na hladině pohlavních hormonů a neurotransmiterů (Fifková a Weiss, 2008).

V průběhu let se objevovalo nespočetné množství výzkumů, které v důsledku potvrdily biologické teorie a zavrhly vliv učení jako zásadní faktor utvářející pohlavní identitu. Nejvýznamnější se v tomto směru jeví studie zaměřené na intersexualitu. Indikované chirurgické zákroky pro korigování vzhledu genitálií měly v mnohých případech dopad na psychický vývoj intersexuálů. Navzdory výchově ke „správnému“ pohlaví si uvědomovali svou pohlavní identitu, která se lišila od té, k níž byli vedeni. Ani snahy psychoterapeuticky ovlivnit změnu pohlavního cítění u transsexuálních osob nepřinesly úspěch a nepřispěly tak k potvrzení psychologických teorií (Fifková a Weiss, 2008).

Na základě poznatků zabývajících se vývojem pohlavní identity lze konstatovat, že rozhodující vliv má produkce pohlavních hormonů, což přispívá k utváření sexuálních center v mezimozku. Vlivy prostředí představují nedílnou součást formování identity po porodu, rozhodujícím mezníkem je však věk do 18 měsíců (Fifková a Weiss, 2008).

2.6 Prevalence

Podle Hosáka, Hrdličky, Libigera a kol. (2015) se prevalence transsexuality nejčastěji uvádí v poměru 1:30 000. Metanalýza dat z jednadvaceti zahraničních studií prokázala souhrnnou prevalenci 4,6 na 100 000 obyvatel s výraznou převahou trans žen. Autoři rovněž zaznamenali nárůst počtu případů v průběhu předchozích padesáti let (Arcelus a kol., 2015).

V západním světě je uváděna převyšující prevalence trans žen oproti trans mužům. Např. De Cuypere a kol. (2007) provedli výzkum v Belgii zaměřený na osoby po tranzici včetně chirurgické konverze pohlaví[19] a zjistili poměr 1:12 900 pro MtF a 1:33 800 pro FtM transsexuální osoby. Státy východní Evropy se zdály odolávat tomuto nepoměru ve prospěch trans žen (Brzek a Šípová, 1983; Zvolský, 2006; Fifková, 2008). Weiss, Fifková a Procházka (2008) konstatují, že politické uvolnění po roce 1989 vedlo k nárůstu transsexuálních osob, které vyhledaly odbornou péči a prošly operativní změnou pohlaví. Došlo též k výraznému zkrácení průměrné doby terapie. Tyto změny mohou být podle autorů důsledkem lepší informovanosti společnosti o těchto případech i o možnostech řešení dysforie.

Weiss ve svém příspěvku na konferenci PEVOC[20] z roku 2013 uvádí, že před přelomovým rokem 1989 byl v českých zemích zaznamenán poměr MtF:FtM 21:79 (přibližně 1:4) tedy převyšující počet transsexuálních mužů. Zajímavým poznatkem, který z jeho výstupů vychází, je, že počínaje tímto rokem se poměr změnil na 42:58, a později dokonce počet MtF převýšil počet FtM (Weiss, 2013). Nutno dodat, že ve zmiňovaných průzkumech jsou obvykle brány v potaz pouze osoby, které vyhledají sexuologa a podstoupí proces změny pohlaví. Odhadnout počet transgender lidí je tak problematické.

[19] Ve studii byly využity statistiky belgických chirurgů z let 1985-2003, počet transsexuálních osob činil 412 (De Cuypere a kol., 2007).
[20] Pan-European Voice Conference

2.7 Proces přeměny pohlaví

Před započetím tranzice je třeba provést diferenciální diagnostiku. Zde je nutné odlišit transsexualitu zejména od transvestitismu dvojí role[21], homosexuality, poruchy pohlavní identity v dětství a psychotické poruchy.

Fifková (2008) uvádí tyto etapy procesu přeměny pohlaví:

- diagnostika,
- rozhodovací proces pacienta,
- RLT (Real Life Test),
- hormonální terapie,
- operativní zákroky,
- pooperační období.

Doba trvání jednotlivých fází se přitom liší a celým procesu prostupuje psychoterapeutická péče (Fifková, 2008).

Zásadní z etap je RLT, kdy po rozhodnutí se pro život v opačné roli začíná trans osoba žít v souladu se svým genderem v reálném světě. V tomto období obvykle dochází ke změně jména na neutrální tvar (Fifková, 2008).

Přistoupení k hormonální terapii se děje po doporučení sexuologa; věková hranice v České republice pro možné zahájení standardní hormonální léčby je stanovena na 18 let věku, Fifková (2008) nicméně zdůrazňuje nutnost individuálního přístupu a přiklání se k mezinárodním standardům, které uvádějí věkovou hranici 16 let. Čím dříve je zahájena hormonální léčba, tím rychleji se obvykle dostaví kýžený efekt (Fifková, 2008). Nezbytné je endokrinologické vyšetření a pravidelné lékařské kontroly ke stanovení hormonální hladiny po zahájení terapie. Z důvodu zvýšeného rizika žilní trombózy a plicní embolie při podávání orálních estrogenů je doporučováno dočasné vysazení hormonů před operativními zákroky (Weiss a Procházka, 2008).

U MtF jsou podávány estrogeny a antiandrogeny, v důsledku čehož dochází mj. ke zvětšení prsních žláz, atrofie varlat, redukci svalové hmoty a ochlupení a zvýšení hlasu, které je však zanedbatelné a nedostačující. FtM hormonální léčba zahrnuje podávání androgenů, což se po několika týdnech projevuje mj. zhrubnutím a snížením hlasu (Weiss a Procházka, 2008).

[21] Tato porucha se vyznačuje přechodným nošením oblečení opačného pohlaví a absencí touhy po změně pohlaví a sexuálního vzrušení, které je typické pro fetišistický transvestitismus (dle MKN-10, 2014).

Operativní zákroky jsou rovněž povoleny od 18 let věku, přičemž jsou indikovány přibližně za rok od zahájení hormonální terapie. Pacient musí podat žádost o schválení realizace nevratných operativních zákroků, kterou spolu s doporučením ošetřujícího lékaře a nezávislého odborníka posuzuje komise (Fifková, 2008). Vzhledem k zaměření této diplomové práce se autorka bude v další části textu věnovat pouze těm chirurgickým zákrokům, které mají přímou souvislost s hlasem u trans lidí.

Pooperační období představuje etapu, kdy je pacientovi úředně přiznána změna identity, dostává nový rodný list a rodné číslo a v dalším životě získává všechna práva a povinnosti pojící se s jeho pohlavím. Kontroverzní podmínkou zajišťující oficiální změnu pohlaví je nutnost sterilizace u obou skupin transsexuálů (Fifková, 2008).

2.7.1 Doplňkové chirurgické zákroky u MtF

Do těchto zákroků Paulis (2008) řadí operace, které slouží k feminizaci v oblasti obličeje a fonochirurgické výkony[22]. Jde o estetické zákroky, které z pohledu lékařů nejsou při tranzici nezbytné. Samy pacientky však často cítí potřebu dosáhnout velmi ženského vzezření, a vyžadují tak augmentaci prsů a operace pro feminizaci tváře a hlasu. Anatomické rozdíly mužské a ženské lebky mohou MtF osobám bránit v tom, aby byly vnímány žensky z pohledu svého i okolí. Řešením může být operativní zmenšení oblouků a rhinoplastika (Paulis, 2008). V této souvislosti je důležité zmínit, že dutina nosní je významným rezonančním prostorem a její ovlivnění chirurgickým zákrokem může vést ke změně rezonance hlasu (Vydrová, 2017).

2.8 Terapeutický tým

Model terapeutického týmu podílejícího se na péči o transsexuální osobu tvoří celá řada odborníků. Nezastupitelnou roli má sexuolog, s nímž obvykle jako první přijde trans osoba do kontaktu. Má také hlavní zodpovědnost za průběh diagnostické i terapeutické fáze přeměny a koordinuje celý tým odborníků (Fifková, 2008). Důležitou součástí týmu je psycholog, jehož práce prostupuje celým procesem změny pohlaví a s nímž se trans osoba setkává již v etapě diagnostiky. Psychoterapie představuje základní složku péče o transsexuální osoby; je přitom využívána individuální i skupinová forma terapie (Fifková a Weiss, 2008).

[22] Viz Kap. 3

3 Hlasová péče u transsexualismu

Kučera, Držata a Chrobok (2011) do své kapitoly o psychogenních poruchách hlasu zařazují také problematiku hlasu u transsexualismu. Uvádějí, že transsexualismus male-to-female má pro foniatrii význam vzhledem k žádostem transsexuálních žen o ovlivnění výšky jejich hlasu. Tohoto lze dosáhnout konzervativní terapií či chirurgickým zákrokem.

3.1 Fonochirurgie

Tato specifická chirurgická léčba zahrnuje operační techniky, které šetří hlas pacienta nebo korigují poruchy hlasu vzniklé na základě strukturálních změn hlasivek nebo muskulárního postižení hrtanu. Fonochirurgického zákroku většinou předchází konzervativní léčba (Chrobok, Pellant, Praisler, Zábrodský a Lorenc, 2011). Také Vydrová (2017) zdůrazňuje absolvování konzervativní hlasové terapie před chirurgickou léčbou i po ní – role hlasového terapeuta je tedy nezpochybnitelná. Po zákroku se může objevit dočasný chrapot, který odeznívá přibližně po měsíci (Neumannová a kol., 2002). Před operací je vhodné informovat klienta o možných rizicích, pooperační péči a hlasové terapii sloužící k adaptaci na nový hlas (Davies, Papp & Antoni, 2015).

Fonochirurgické výkony lze dělit na výkony v direktivní laryngoskopii a chirurgii kostry hrtanu. Do této kategorie je řazena laryngoplastika aproximační sloužící k přiblížení hlasivek, expanzní sloužící k oddálení hlasivek, relaxační sloužící k uvolnění hlasivek a laryngoplastika tenzní, kdy dochází k napnutí hlasivkových vazů. Poslední zmíněný typ je využíván mj. u transsexuálek MtF, a nejčastěji má tyto podoby: krikotyreoidní subluxace, krikotyreoidní aproximace (tyreoplastika, typ IV) a prodlužovací tyreoplastika (Chrobok, Pellant, Praisler, Zábrodský a Lorenc, 2011).

Ve vztahu k MtF trans osobám lze vyšší frekvence hlasu dosáhnout dvěma způsoby: zásahem přímo do hlasivkových vazů, a to jejich zkrácením nejčastěji pomocí sešití části vazů k sobě; nebo zvýšením napětí hlasivek (Neumannová a kol., 2002). Vohradník (2000) upozorňuje na zdravotní riziko při zkrácení hlasivkových vazů, jež představuje zúžení horních cest dýchacích po zmíněném zákroku. Chirurgický zákrok též nemění tvar ani strukturu vokálního traktu či artikulátorů, které se významně podílejí na utváření barvy hlasu (Adler, 2012).

Jak uvádí Adler a kol. (2012), nespokojenost trans lidí po operaci se může odvíjet od nedostatečné flexibility a variabilnosti hlasu. Důsledkem může být i pocit pacienta, že jeho hlas

byl zákrokem modifikován příliš. Z těchto důvodů je primárně preferována hlasová terapie před chirurgickým zákrokem, který vzhledem ke svému invazivnímu charakteru pro pacienta představuje zátěž.

3.1.1 Krikotyreoidní aproximace (tyreoplastika typu IV)

Tento typ operace slouží ke zvýšení frekvence hlasu především u MtF transsexuálek, přičemž je doporučována teprve po neúspěšné konzervativní léčbě sestávající se z hormonální terapie a rehabilitace hlasu. Samotný zákrok zahrnuje naložení čtyř stehů mezi předním okrajem chrupavky prstencové a dolní polovinou křídel chrupavky štítné, po jejichž dotažení dochází k prodloužení hlasivek a zvýšení jejich napětí. Výkon se provádí v celkové anestézii a následuje pooperační péče zahrnující především hlasový klid a pooperační rehabilitaci hlasu (Chrobok, Pellant, Praisler, Zábrodský a Lorenc, 2011). Neumannová a kol. (2002) upozorňují na využívání též lokální anestézie, která umožňuje průběžnou kontrolu výšky hlasu pacientky[23].

Součástí tyreoplastiky může být obroušení prominující hrany chrupavky štítné jako estetický zákrok, kterým je dosažen ženský vzhled krku MtF trans osoby (Vydrová, 2017).

V České Republice byly publikovány výsledky krikotyreoidní aproximace provedené u patnácti pacientek na pardubické ORL klinice. Průměrná frekvence se z předoperační frekvence 120-146 Hz zvýšila na 188-209 Hz; hlasivky byly v průměru prodlouženy z původních 14,5 mm na 17 mm. Všechny operace byly provedeny po neúspěšné hlasové terapii a po chirurgické léčbě došlo k následné reedukaci hlasu. Autoři uvádějí subjektivní spokojenost s výsledky u všech pacientek (Kučera, Držata, Chrobok, 2011).

V průběhu let byly vyvinuty modifikace krikotyreoidní aproximace. Vydrová (2017) zmiňuje krikotyroideopexi s titanovými implantáty a A-P elongaci štítné chrupavky. Krikotyroideopexe, jež se provádí od roku 1993, vznikla z důvodu rizika povolení stehů či narušení chrupavek u operace dle Isshikiho. Tento problém se autoři modifikace pokusili vyřešit pomocí zajištění stehů minipláty původně z titanu, později z materiálu Lactosorb®, který se cca po roce vstřebá do těla. Výsledky ukazují na 59 pacientkách, z nichž 28 % dosáhlo ženský znějícího hlasu. Devět z nich požadovalo opakovaný zákrok; u čtyřech z těchto osob nebyl kvůli zjizvení v operované oblasti zákrok možný. Zvýšení hlasu se povedlo v průměru o pět půltónů (Neumannová a kol., 2002).

[23] Docházelo však k vědomému napínání hlasivek pacientkou k dosažení co nejvyšší frekvence, proto bylo od využívání lokální anestézie upuštěno (Neumannová a kol., 2002).

3.1.2 Wendlerova glotoplastika

Tento typ operace spočívá v sešití části přední poloviny hlasivkových vazů; výsledkem je zkrácení délky hlasivek a tím zvýšení frekvence hlasu přibližně o devět půltónů se současným omezením rozsahu v nižších frekvencích. Casado a kol. (2016) sledovali deset pacientek, u nichž byla tato operace provedena. Průměrná předoperační výška hlasu byla 137 Hz, v pooperační fázi bylo průměrně naměřeno 243 Hz. Oproti krikotyreoidní aproximaci je patrná výraznější změna. Autoři nicméně upozorňují, že u části pacientek (20 %) může výsledná výška hlasu časem poklesnout, a zmiňuje též pooperační komplikace, které mohou přetrvávat několik měsíců. Komplikace přináší také možný vznik zánětu v místě sešití, a v neposlední řadě může být výsledkem operace nepřiměřená hlasová frekvence. U sedmi z deseti zmíněných pacientek došlo ke zkrácení maximálního fonačního času z důvodu zúžení hlasivkové štěrbiny. I z tohoto důvodu je nutná následná hlasová reedukace a bezprostředně po operaci několikadenní hlasový klid (Casado a kol., 2016).

3.2 Konzervativní léčba

3.2.1 Hlasová edukace, reedukace a terapie[24]

Hlasovou edukace neboli hlasová výchova je zaměřena na zdravý lidský hlas. Vede k uvědomění si správné tvorby hlasu a využívání základních postupů, jako je práce s dechem, umístění hlasu v rezonanci, správná artikulace, držení těla a práce s vnitřními představami. To vše vede ke zlepšení hlasové funkce (Vydrová, 2017).

Hlasovou edukací se zabývá hlasový pedagog, jehož práce spočívá v kultivaci hlasu s akcentem na nácvik správné hlasové techniky a kultivací mluvního i pěveckého hlasu hlasovou výchovou. Cílem hlasové pedagogiky je zejména uvolnění hlasu a osvojení si přirozeně znějícího hlasového projevu s minimální námahou hlasivek. Nevýhodou hlasového pedagoga je fakt, že se zpravidla spoléhá pouze na subjektivní hodnocení hlasu. Ideální je spolupráce s foniatrem, který pedagogovi poskytne také objektivní vyšetření (Obešlová, Vydrová, Marková, Szymiková, 2011). Vhodným objektivním vyšetřením se zdá být vyšetření hlasového pole, které poskytne informaci o hlasovém rozsahu vyšetřovaného, jeho schopnosti zesílení hlasu i o poloze mluvního hlasu. Správná mluvní poloha mluvního hlasu se nachází při dolním okraji frekvenčního rozsahu hlasu (Vydrová, 2017).

[24] V zahraničním pojetí se obvykle hovoří pouze o „voice therapy“, tedy zaštiťujícím termínu pro veškerou práci s hlasem.

Hlasového pedagoga tedy mohou vyhledávat všechny osoby, které vyžadují zlepšení svého mluvního či zpěvního projevu. Obvykle to jsou hlasoví profesionálové, není však vyloučeno, že hlasového pedagoga nevyhledají také MtF transsexuálky (Vydrová, 2017).

Hlasová reedukace je popisována ve vztahu k hlasovým poruchám. Hlasová terapie se vztahuje k obnovení funkce hlasu do žádoucí kvality a využívá základní i specifické techniky dle skupin klientů. Zaměřuje se jak na hlasové poruchy, tak na skupiny osob s výraznou hlasovou zátěží (Vydrová, 2017). Za takovou zátěž se dá považovat i práce na zvyšování hlasu u MtF transsexuálek. Zvýšení polohy vede k většímu napětí hlasivek a jejich přemáhání. Při laické snaze dostat svou hlasovou polohu do žensky znějící polohy si tak MtF transsexuálky mohou přivodit hyperfunkční poruchy hlasu (Vohradník, 2000).

3.2.2 Hlasová hygiena

Hlasová hygiena je řazena mezi nepřímé postupy hlasové terapie, které přispívají k úspěchu hlasové terapie (Vydrová, 2017).

K obecným zásadám hlasové hygieny u neškoleného hladu (dle Obešlová, Vydrová, Marková a Szymiková, 2011), jako jsou: vyhnutí se hlasovým excesům a kouření, pitný režim a správné stravovací návyky, ochrana orgánu hlasotvorby v nepříznivém prostředí, či dodržování hlasového klidu při infekcích dýchacích cest, přidává Vydrová (2017) dodržování zásady správného tvoření hlasu, tedy využití správné dechové techniky, využívání dechové opory při hlasotvorbě a zesílení hlasu v rezonančních prostorách.

Dodržování zásad správné tvorby hlasu zdůrazňuje mnoho autorů zaměřujících se hlas u trans osob. Důvodem je zejména prevence hyperkinetické fonace (Vohradník, 2000), ale také fakt, že správná dechová technika je nezbytná k tréninku hlavové rezonance u MtF trans osob. Taktéž kouření může vést ke zhrubění hlasu a snížení jeho frekvence v pooperačním období (Casado a kol., 2016).

3.2.3 Specifické techniky hlasové terapie u trans osob

Sedmá verze mezinárodně uznávaných Standardů péče o osoby s genderovou dysforií[25] zmiňuje mj. hlasovou a komunikační terapii, která může pomoci některým trans osobám ulevit od pocitů nepohody spojených s dysforií, a představuje tak jeden z významných kroků směrem

[25] V originále „Standards of Care for the Health of Transsexual, Transgender, and Gender Nonconforming People“ (WPATH, 2011).

ke zdravému sebevyjádření trans osoby. Touto terapií se primárně zabývá hlasový specialista – logoped (WPATH, 2011).

Adler a kol. (2012) definují hlasovou a komunikační terapii jako způsob, jímž si trans osoba osvojuje hlasové a komunikační vzorce, které jsou v souladu s její pohlavní identitou a které jsou autentickým vyjádřením její osobnosti. Zdůrazněno je také bezpečné používání hlasu vzhledem k možnému vzniku hyperkinetické fonace.

Kvalita hlasu u trans mužů obvykle nebývá problematická. Během hormonální terapie dochází v prvním roce díky působení testosteronu ke snížení polohy hlasu cca o 6 tónů. Deusterův výzkum zaznamenal průměrné snížení základní mluvní frekvence u FtM transsexuálů o 8,78 půltónů za 52 týdnů. Frekvenční rozdíl mezi mužským a ženským hlasem činí přibližně 8 tónů, dosažená výška u FtM transsexuálů tedy takřka odpovídá mužskému hlasu (Deuster, 2015). Přesto se Standardy péče (WPATH, 2011) zabývají také problematikou hlasové péče o FtM klienty. Scheidt a kol. (2004) pracovali se skupinou 14 FtM osob a zjistili, že 100 % klientů mělo potíže s dýcháním, 64 % mělo potíže s posturou a stejné procento by uvítalo řešení hlasových obtíží u hlasového profesionála.

Hlasová péče u trans mužů se podle Vydrové soustředí zejména na správné tvoření hlasu, hlasovou hygienu a „mužský“ způsob promluvy, zvláště pak na monotónní intonaci (Vydrová, 2017). Některé výzkumy však ukazují, že intonace není zásadním faktorem ovlivňujícím vnímání hlasu jako mužského či ženského. Studie Hancockové a kol. (2014), která sledovala intonační vzorce cis mužů a žen (dvě skupiny po dvanácti lidech) v porovnání s MtF (14) a FtM (6) a jejich vliv na vnímání osoby jako muže či ženy, nezjistila signifikantní rozdíly v oblasti intonace mezi čtyřmi zmíněnými skupinami. U MtF trans žen, jejichž hlas nebyl posluchači vnímán jako ženský, se nicméně častěji objevovala klesavá intonace a méně variující výška hlasu při řeči. Autoři docházejí k závěru, že intonace není určujícím faktorem odlišujícím ženský hlas od mužského (Hancock a kol., 2014). Tyto výsledky se mohou značně lišit od českého prostředí, jelikož anglický jazyk se vyznačuje jinými intonačními vzorci než jazyk český.

Odborníci pracující s FtM transsexuály se podílejí na vytvoření realistických očekávání během procesu přeměny. Mezi oblasti ovlivnitelné hlasovou terapií u těchto osob patří rezonance, intonace, způsob mluvy a nonverbální komunikace (Adler a kol., 2012).

Metodiku hlasové edukace MtF transsexuálek v českém prostředí vypracoval český foniatr Miloš Vohradník. Obecným cílem reedukace hlasu je dle něj „navození takové kvality hlasu, která neruší vnímání integrity pacientky“ (Vohradník, 2010, s. 214). Cíle reedukace shrnuje do čtyř základních bodů: dosažení přiměřené výšky hlasu, prevence příčin hyperkinetické fonace, rezonanční změny a dýchání. Důležitým prvkem je nácvik měkkých hlasových začátků a využívání magnetofonových nahrávek, jejichž poslech vede k urychlení procesu přijetí hlasu pacientkou. Nácvik základního tónu se uskutečňuje s využitím vokálů s počínající nazální hláskou. Diagnostika prostupující edukací zahrnuje bakteriologické vyšetření, laryngostroboskopii, určení výšky a rozsahu hlasu, určení přechodu hlasových rejstříků a popis individuálních komunikačních schopností pacientky (Vohradník, 2000).

Dalším faktorem ovlivňujícím znění hlasu je rezonance. Změny rezonance (resp. formantů) jsou úzce spojené s polohou jazyka a rtů při artikulaci (Adler, 2012). Mnozí autoři rezonanci staví na druhé místo za frekvenci hlasu. Podle studie Carewové (2007) zaměření se na výšku hlasu nemusí být vždy nutné, protože ke zvýšení frekvence cca o 30 Hz dochází též při ovlivňování dalších aspektů hlasu, zejména rezonance dutiny ústní, která souvisí se způsobem artikulace.

Jedním z diskutovaných faktorů je způsob mluvy. Fafejta (2004) uvádí, že ženy a muži volí jiná slovní spojení a témata k hovoru, mají odlišnou mimiku a gestiku. Autor zmiňuje lingvistické teorie, podle nichž ženy používají více zdrobnělin a méně kategorických výroků. Častěji se také snaží získat názor svého komunikačního partnera, spíše než aby užívaly hodnotících výpovědí. Tyto normy však nelze generalizovat, existují totiž kultury, v nichž jsou nepsaná pravidla týkající se způsobu řeči a komunikace jiná, než bychom čekali. Autor zároveň zdůrazňuje, že rozdíly mezi ženskou a mužskou mluvou nejsou jasně vymezené. Kritika je směřována ke kurzům, kde se trans lidé učí mluvit jako jejich žádoucí mužské či ženské vzory. Při nesprávném přístupu dochází k vytvoření nositelů veškerých stereotypů, které se vážou k mužství a ženství (Fafejta, 2004). Cílem reedukace hlasu u transsexuálů by nemělo být upínání se na stereotypní mužské a ženské vlastnosti hlasu a řeči, nýbrž individualizované pojetí reedukace se základem v evidence-based practice a v představách a očekáváních ze strany trans člověka. Nerealistická očekávání týkající se např. neuskutečnitelné změny frekvence hlasu je ovšem žádoucí usměrňovat (WPATH, 2011).

4 Mezioborová spolupráce foniatrie a klinické logopedie

4.1 Foniatrie

„Foniatrie je lékařský obor, který zkoumá, vyšetřuje, léčí, příp. kompenzuje poruchy základního komunikačního kanálu člověka“ (Lejska, 2003, s. 11). Základními oblastmi zájmu, kterými se foniatrie zabývá, jsou poruchy sluchu, které spadají též pod audiologii, vývojové problémy komunikačních schopností u dětí a oblast poruch hlasu. Je třeba odlišit příbuzný obor otorinolaryngologie, z nějž se foniatrie oddělila. Foniatrie se hlasem zabývá z hlediska funkce, kdežto otorinolaryngolog posuzuje anatomický orgán z hlediska organického stavu (Lejska, 2003).

Foniatrie se v českých zemích rozvíjela teprve od počátku 20. století, kdy se oddělila od tehdejšího sepjetí s oborem otorinolaryngologie. První českou ušní, nosní a hltanová klinika vznikla v r. 1892 a o dvacet let později ji převzal Otakar Kutvirt (Hybášek, 1999). V roce 1906 vznikl Český ústav laryngologický Karlovy university, který se zasloužil o vydání první české učebnice chorob hrtanu a průdušnice. První foniatrická klinika pak vznikla v padesátých letech 20. století, jejímž vůdčí osobností se stal prof. M. Seeman (Dršata, 2011). Významnou společností dnešní doby je Česká společnost pro otorinolaryngologii a chirurgii hlavy a krku (Hybášek, 1999).

Dršata (2011) uvádí, že současná foniatrie je vysoce specializovaným medicínským oborem, který se zabývá prevencí, diagnostikou, léčbou a vědeckým výzkumem poruch hlasu, sluchu a řeči. Tyto tři složky jsou základními pilíři současného konceptu foniatrie.

4.2 Klinická logopedie

Logopedie se mezi nejmladší vědní disciplíny a v českém prostředí tradičně zaměřuje na deset okruhů narušené komunikační schopnosti, jedním z nichž jsou poruchy hlasu. Klinická logopedie je pak obor směřující do medicínské oblasti (Škodová a Jedlička, 2007). Zákon o nelékařských zdravotnických povoláních (201/2017 Sb. - Zákon, kterým se mění zákon č. 96/2004 Sb.) v § 23 definuje Odbornou způsobilost k výkonu povolání logopeda ve zdravotnictví a specializovanou způsobilost k výkonu povolání klinického logopeda. Tato způsobilost se získává po ukončení daného vzdělání absolvováním specializačního vzdělávání v trvání 3 let ukončeným atestační zkouškou. Specializační přípravou zahrnuje také účast na kurzech. Jedním z takových kurzů je certifikovaný kurz edukace a reedukace hlasu (AKL, 2016). Ačkoliv je primárně zaměřen na hlasové poruchy, jeho součástí je také práce

s rezonancí. Z tohoto důvodu je jeho absolvování dobrým předpokladem pro práci s trans osobami.

Logopedie představuje neustále se rozvíjející multidisciplinární vědní obor, který se zabývá širokým spektrem osob s narušenou komunikační schopností. Spolu s novými vědními poznatky dochází k rozšiřování oblasti, do níž logoped zasahuje diagnosticky, terapeuticky i preventivně (Klenková, 2006).

V rámci oboru vznikly různé organizace, z nichž nejvýznamnější je ve vztahu k této práci česká Asociace klinických logopedů (AKL ČR) a Mezinárodní asociace logopedů a foniatrů (IALP[26]), což je celosvětová organizace sdružující odborníky mj. z oblastí komunikace a hlasu. IALP vznikla v roce 1924, vydává vědecké periodikum Folia Phoniatrica et Logopaedica a pořádá kongresy. AKL je členem IALP a jejím prostřednictvím se seznamuje se s novinkami v oboru logopedie a foniatrie v zahraničí (Škodová, 2007).

4.3 Mezioborová spolupráce

Choi a kol. (2006) rozlišuje několik pojmů označujících spolupráci zejména ve zdravotnických a sociálních oborech. V případě multidisciplinarity nejde o přímou spolupráci, jednotlivé obory pouze čerpají z oborů jiných. Další stupeň představuje interdisciplinarita, kdy spolu zainteresované obory koordinovaně spolupracují. Transdisciplinarita navíc překračuje hranice každého z oboru a spojuje poznatky ve vyšší celky.

Lechta (2007) uvádí, že na současnou logopedii nahlížíme jako na meziobor, což vychází z historického pojetí ve dvou liniích: filozofické a biologické. V druhém případě logopedii chápeme ve vztahu k medicínským oborům, jako je ORL a foniatrie, na něž logopedie jako vědní disciplína navázala. Každá země se nicméně k postavení logopedie v systému věd staví jinak.

Diagnostikou a léčbou poruch hlasu a řeči se účastní mj. také logoped, psycholog a v případě fonochirurgie i chirurg ovládající zákroky na kostře hrtanu, např. tyreoplastiky (Pellant, Chrobok, Škvrňáková, Praisler, 2011). Držata (2011) zdůrazňuje při práci s hlasem interdisciplinární spolupráci s obory jako je otorinolaryngologie, psychiatrie a neurologie.

[26] International Association of Logopedics and Phoniatrics

Van Borsel a kol. (2000) uvádí, že tým pracující s trans klientem typicky zahrnuje vedle očekávaných odborníků jako je sexuolog, psycholog, endokrinolog a dalších medicínsky orientovaných odborníků také odborníka z oboru otorinolaryngologie a logopeda[27].

[27] V originále „speech pathologist“ (Van Borsel a kol., 2000, str. 427).

PRAKTICKÁ ČÁST

5 Formulace výzkumného problému

Transsexualitou, genderovou dysforií a možnostmi jejího řešení se společnost začala zabývat teprve v minulém století. Primárně byla řešena tranzice ve vztahu ke změně vzhledu těla, což spadá do kompetence plastických chirurgů. Postupem času se terapie rozšířila i na další oblasti, které napomáhají trans osobám působit tak, jak se vnitřně cítí. Mezi tyto oblasti spadá také hlas, řeč a nonverbální komunikace, což lze shrnout do zastřešující kategorie „hlasová péče“ či „hlasová terapie“. Zahraniční odborné články v posledních letech odkazují na možnost hlasové terapie u transsexuálů, kterou realizuje hlasový specialista – v českém prostředí logoped. Ačkoliv tradiční pojetí logopedie zahrnuje 10 okruhů tzv. narušené komunikační schopnosti, není vyloučeno, že se na klinického logopeda obrátí také trans osoba, která bude žádat o hlasový trénink. Hlasového specialistu vyhledává za účelem feminizace hlasu 46 % trans žen (Hancock, 2015 in Hancock a Haskin, 2015).

Cílem výzkumu bylo prozkoumat povědomí otorinolaryngologů se specializací foniatrie a audiologie a klinických logopedů o této problematice, jež je v zahraničí prostudována šířeji než v České republice. Výzkumy týkající se ochoty různých odborníků zapojit se do hlasové péče u transsexuálů v českém prostředí, pokud je autorce práce známo, neexistují. Komparace byla tedy uskutečněna s několika zahraničními studiemi zaměřených na podobné výzkumné problémy.

6 Výzkumné cíle

Cílem výzkumného šetření je **explorovat povědomí klinických logopedů a otorinolaryngologů o problematice transsexuality**, zejména pak povědomí o možnostech hlasové péče u trans lidí, a ochotu participovat na této péči ve své klinické praxi. Dílčím cílem je pak pomocí následujících hypotéz ověřit, zda existuje souvislost mezi odpověďmi respondentů na jednotlivé položky, konkrétně týkající se kladného postoje k podílení se na hlasové terapii trans osob a zájmu o kurzy hlasové terapii zaměřené na hlas u trans osob.

7 Hypotézy

H1: Kliničtí logopedové, kteří osobně znají transsexuální či transgender osobu, mají zájem o kurzy hlasové terapie u trans osob.

H0: Mezi klinickými logopedy, kteří osobně znají transsexuální či transgender osobu, není statisticky významný rozdíl v zájmu o kurzy hlasové terapie u trans osob.

HA: Mezi klinickými logopedy, kteří osobně znají transsexuální či transgender osobu, je statisticky významný rozdíl v zájmu o kurzy hlasové terapie u trans osob.

H2: Kliničtí logopedi, kteří absolvovali kurz zaměřený na hlasové poruchy mají větší zájem provádět hlasovou terapii u trans osob.

H0: Mezi klinickými logopedy, kteří absolvovali kurz zaměřený na hlasové poruchy, a klinickými logopedy, kteří jej neabsolvovali, není statisticky významný rozdíl v ochotě provádět hlasovou terapii u trans osob.

HA: Mezi klinickými logopedy, kteří absolvovali kurz zaměřený na hlasové poruchy, a klinickými logopedy, kteří jej neabsolvovali, je statisticky významný rozdíl v ochotě provádět hlasovou terapii u trans osob.

8 Metodologie výzkumu

8.1 Metoda sběru dat

Na základě stanovených cílů výzkumu byl zvolen kvantitativní přístup, přičemž designem studie bylo dotazníkové šetření. K účelům výzkumu byly sestaveny dva dotazníky vlastní konstrukce, z nichž každý byl určen pro jinou skupinu odborníků. Oba dotazníky jsou rozděleny do několika. První část zjišťuje sociodemografické charakteristiky respondentů, další část tvoří položky zjišťující povědomí respondentů o transsexualitě a hlasové péči u transsexuality a poslední část obsahuje položky zjišťující zájem respondentů podílet se na hlasové péči u trans osob. Položky jsou koncipovány jako uzavřené, otevřené i polouzavřené, tedy s volbou mezi několika odpověďmi a přidanou možností „jiné“, která je otevřená a umožňuje respondentovi volnou tvorbu odpovědi. Dále každý dotazník obsahuje dvě škálové položky, kdy respondent vyjadřuje míru souhlasu či ochoty na škále 1-5.

Dotazník nebyl konstruován jako didaktický test zjišťující primárně znalosti respondentů, nýbrž si klade za cíl orientačně posoudit jejich povědomí o problematice transsexuality. Autorka práce si je však vědoma faktu, že dotazník mohl na respondenty působit zkušebním dojmem, což se mohlo odrazit na malé míře návratnosti. Stejně tak mohla hrát roli časová vytíženost respondentů, jakož i nízká motivace k vyplnění dotazníku cílícího na poměrně neznámé téma.

8.2 Charakteristika výzkumného souboru

Jak již bylo zmíněno, dotazník byl určen dvěma skupinám odborníků – klinickým logopedům a ORL lékařům. Oběma skupinám byl v e-mailu spolu s odkazem na dotazník připojen následující průvodní text, v němž byla zdůrazněna časová nenáročnost vyplňování:

Dobrý den,

*jsem studentkou 5. ročníku oboru logopedie na Univerzitě Palackého v Olomouci a obracím se na Vás s prosbou o vyplnění krátkého dotazníku, který poslouží jako podklad pro mou diplomovou práci. V práci se zaměřuji na hlasovou terapii u transsexuálních osob. Dotazník je anonymní a jeho vyplnění Vám bude trvat **10-12** minut. Předem děkuji za Váš čas a ochotu, pokud se rozhodnete dotazník vyplnit. V případě Vašeho zájmu se na mne neváhejte obrátit s dotazy na tuto e-mailovou adresu.*

Dotazník prosím vyplňte i v případě, že se s takovými případy ve své praxi nesetkáváte či jste neabsolvovali kurz edukace a reedukace hlasu. I Vaše názory mi pomohou.

Po otevření odkazu se respondentům zobrazil samotný dotazník a úvodní text, který měl především upozornit na anonymitu sesbíraných dat a jejich využití ke specifickým účelům:

Vážení odborníci,

obracím se na Vás s prosbou o vyplnění krátkého dotazníku, který slouží jako podklad k mé diplomové práci. Práce se zaměřuje na povědomí otorinolaryngologů a klinických logopedů o transsexualitě a možnosti konzervativní hlasové terapie u osob, které se identifikují jako transsexuální, popřípadě transgender. Dotazník je anonymní (s veškerými osobními daty bude nakládáno v souladu se zákonem č. 101/2000 Sb., o ochraně osobních údajů) a údaje z něj budou využity výhradně ke studijním a odborným účelům. Vyplnění dotazníku je dobrovolné a není časově omezeno.

Prosím, odpovídejte pravdivě a odpovězte na každou položku.

Děkuji Vám za spolupráci.

<u>1. skupina – kliničtí logopedi</u>

Prostřednictvím e-mailové formy bylo osloveno 659 logopedů zapsaných v adresáři klinické logopedie k 8. listopadu 2017. Rozesílání proběhlo ve třech vlnách počínaje 9. listopadem 2017; sběr dat byl ukončen 30. ledna 2018. Návratnost činila 10,01 % (tj. 95 respondentů).

Věkové rozpětí respondentů 1. skupiny je 25-63 let (průměr = 39,73 let; SD = 10,32; medián = 39 let). Dotazník vyplnilo 91 žen (95,8 %) a 4 muži (4,2 %). Vzhledem k profesní převaze žen v oboru logopedie je tento výsledek očekávaný. Dále v tabulce níže vidíme rozložení respondentů dle kraje práce, dle počtu let působení v oboru klinické logopedie a dle místa profesního působení.

	Absolutní četnosti	**Relativní četnosti**
Hlavní město Praha	18	18,9 %
Středočeský	5	5,3 %
Jihočeský	6	6,3 %
Plzeňský	4	4,2 %
Karlovarský	1	1,1 %
Ústecký	8	8,4 %
Liberecký	2	2,1 %
Královéhradecký	8	8,4 %
Pardubický	5	5,3 %
Kraj Vysočina	3	3,2 %
Jihomoravský	8	8,4 %
Olomoucký	9	9,5 %
Moravskoslezský	14	14,7 %
Zlínský	4	4,2 %

Tabulka 1 - "V jakém kraji pracujete?" - logopedi

Z tabulky lze vyčíst, že největší zastoupení má kraj Hlavní město Praha a kraj Moravskoslezský, v nichž se nachází nejvíce klinických logopedů – rozložení tedy odpovídá počtu logopedů v jednotlivých krajích. Výjimku tvoří Jihomoravský kraj s rovněž velkým počtem klinických logopedů, kde se respondentů zúčastnilo méně.

	Absolutní četnosti	**Relativní četnosti**
1-5 let	27	28,4 %
6-10 let	20	21,1 %
11-15 let	16	16,8 %
15 let a více	32	33,7 %

Tabulka 2 - „V oboru klinické logopedie pracuji…“

V této tabulce vidíme, že rozložení je poměrně rovnoměrné; nejčastěji se účastnili respondenti, kteří v oboru pracují 15 a více let, dále pak respondenti na opačném pólu (1-5 let působení v oboru). Nejmenší zastoupení má kategorie 11-15 let práce v oboru.

	Absolutní četnosti	**Relativní četnosti**
Nemocnice	33	34,7 %
Soukromá ambulance	71	74,7 %
Sociální rezort	3	3,2 %
Lázně	2	2,1 %
Při škole	1	1,1 %
Soukromá logopedická klinika	1	1,1 %

Tabulka 3 - "Jako logoped pracuji..."

V návaznosti na tuto položku respondenti, kteří pracují při nemocnici specifikovali oddělení, na kterém působí. Z odpovědí vyplývá, že sedm respondentů (7,37 %) v době vyplňování dotazníku pracovalo na ORL klinice, a to většinou v kombinaci s dalšími odděleními.

	Absolutní četnosti	**Relativní četnosti**
Ano	65	68,4 %
Ne	30	31,6 %

Tabulka 4 - "Absolvoval(a) jste kurz zaměřený na terapii hlasových poruch?"

Dále byli respondenti dotázáni, zda absolvovali kurz zaměřený na terapii hlasových poruch. Z níže uvedené tabulky vyplývá, že 68,4 % respondentů kurz absolvovalo. Je zřejmé, že motivace k vyplnění dotazníku mohla být ovlivněna zájmem o hlas a hlasovou terapii, proto výsledky ukazují vysokou četnost logopedů, kteří absolvovali kurz hlasové terapie.

2. skupina – ORL lékaři

Osloveno bylo, jak již bylo výše naznačeno, taktéž 71 otorinolaryngologů, kdy návratnost činila 18,31 % (tj. 13 respondentů). Věkové rozpětí respondentů této 2. skupiny je 46-67 let (průměr = 54,62 let; SD = 7,42; medián = 53 let). Dotazník vyplnilo 8 žen (61,5 %) a 5 mužů (38,5 %). 100 % respondentů pracuje v oboru otorinolaryngologie více než 15 let. V níže uvedené tabulce vidíme poměrně rovnoměrné rozložení dle kraje práce, chybí však zástupci krajů Zlínský, Kraj Vysočina, Olomoucký a Pardubický.

	Absolutní četnosti	**Relativní četnosti**
Hlavní město Praha	2	15,4 %
Středočeský	2	15,4 %
Jihočeský	1	7,7 %
Plzeňský	1	7,7 %
Ústecký	1	7,7 %
Liberecký	1	7,7 %
Královéhradecký	2	15,4 %
Jihomoravský	1	7,7 %
Moravskoslezský	1	7,7 %
Zlínský	1	7,7 %

Tabulka 5 - „V jakém kraji pracujete?“ – ORL

Následující tabulka ukazuje četnosti dle absolvování atestace v oboru foniatrie a audiologie. Pouze jeden respondent tuto atestaci nemá. Vzhledem k již tak malému vzorku respondentů jej však autorka práce ponechala ve výzkumném vzorku k analýze dat.

	Absolutní četnosti	**Relativní četnosti**
Ano	12	92,3 %
Ne	1	7,7 %

Tabulka 6 - „Absolvoval(a) jste nástavbovou atestaci v oboru foniatrie a audiologie?“

8.3 Analýza a interpretace dat

Z důvodu sběru dat ze dvou dotazníků následuje komparace dvou skupin respondentů interpretace těchto dat a analýza vedoucí k testování statistických hypotéz. Při komparaci každé z položek tvoří 1. skupinu kliničtí logopedi, 2. skupinu pak tvoří ORL lékaři.

Položka „Jste obeznámen(a) s termínem transsexualita?“ (viz. tab. 8)

	Absolutní četnosti	**Relativní četnosti**
Ano	91	95,8 %
Ne	4	4,2 %

Tabulka 7 - "Jste obeznámen(a) s termínem transsexualita?" – logopedi

Tato otázka sloužila k získání představy o obecném povědomí respondentů o medicínském termínu transsexualita. Z tabulky je zřejmé, že většina respondentů se s tímto pojmem již setkala, pouze čtyři respondenti odpověděli záporně. Oproti tomu 100 % respondentů 2. skupiny této položce odpovědělo kladně.

Položka „Jak byste definoval(a) termín transsexualita?“

Tato otázka byla koncipována jako otevřená a poskytovala tak prostor pro volnou odpověď respondentů.

Odpovědi respondentů z 1. skupiny se nijak zvlášť nerozcházely a jejich podstatou bylo nejčastěji přesvědčení, že transsexuál je osoba, jejíž vnímání svého genderu je jiné než přiřazené pohlaví. Konkrétní odpovědi byly kupř. „nesoulad mezi psychickým a anatomickým pohlavím“ (4 respondenti, tj. 4,2 %), „člověk, který se narodí jako muž, ale cítí se jako žena a naopak“, „osoba transsexuální se identifikuje s opačným pohlavím, obléká se tak, přizpůsobuje svůj hlas, své vzezření“, „neztotožnění člověka se svým biologickým pohlavím“, „diskrepance mezi psychickým a anatomickým pohlavím“ a další. Několikrát (5 respondentů) byla respondenty zdůrazňována touha žít v těle opačného pohlaví. 3 respondenti (3,16 %) zmínili termín „porucha pohlavní identity“ a 2 respondenti termín „porucha sexuální identity“. 4 respondenti uvedli „změna pohlaví“, což se jeví jako nedostačující odpověď, jelikož nelze rozlišit, zda respondent odkazuje na dokončenou tranzici či touhu po změně pohlaví, jak je uvedeno v kritériích diagnózy transsexualita v MKN-10. Konečně 2 respondenti termín dle jejich slov neuměli definovat, jeden respondent uvedl, že je pro něj důležité subjektivní hodnocení klienta a jeden respondent transsexualitu vnímal jako „poruchu osobnosti, psychicky nemocného člověka, který se neztotožňuje se svým pohlavím“.

Respondenti z 2. skupiny uváděli různé variace na definici MKN-10. Nejčastěji (38,5 %) byla zmiňována identifikace s jiným biologickým pohlavím, než se kterým se osoba narodila. Tři odborníci uvedli stejně jako v první skupině respondentů pouze „změna pohlaví“. Jeden respondent definoval transsexualitu jako „stav, kdy se tělo a duše neshodnou v identifikaci vlastní sexuality“, což svědčí o záměně pojmů identita a sexualita, zřejmě v návaznosti na dříve používaný termín „sexuální identita“.

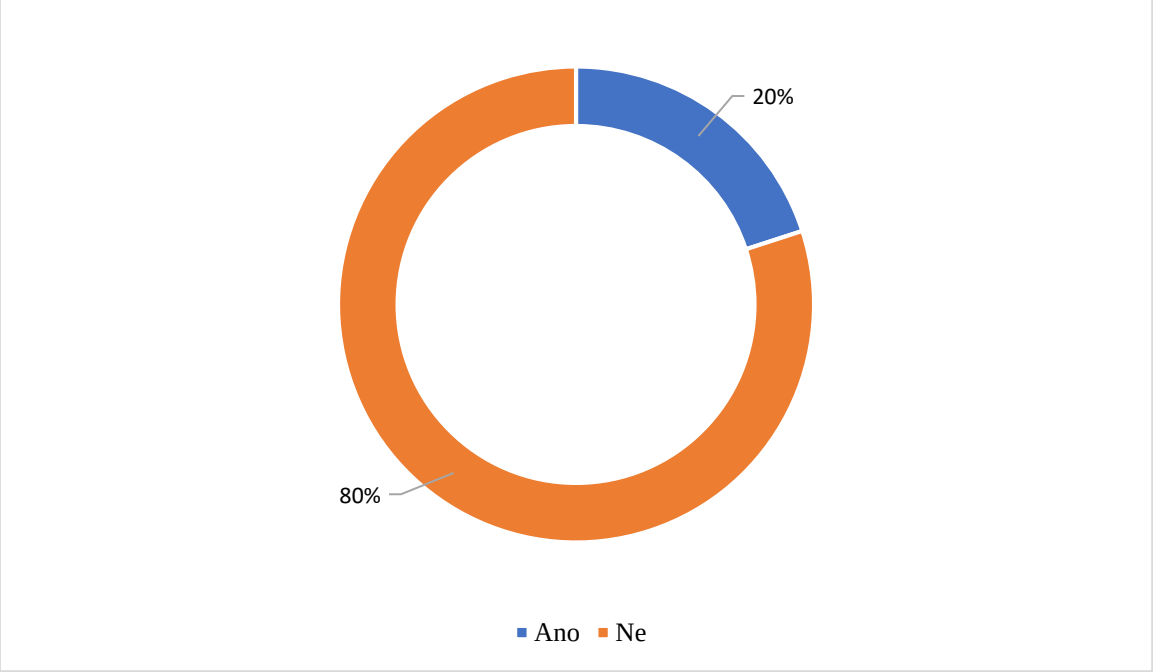
Položka „Znáte osobně někoho, kdo se identifikuje jako transsexuální či transgender?“ (viz. tab. 9 a 10)

Tato uzavřená otázka vypovídá o osobní obeznámenosti klinických logopedů i ORL lékařů s trans lidmi. Jelikož je položka součástí hypotézy H1, výsledná data budou za částí komparace výsledků respondentů 1. a 2. skupiny využita k testování zmíněné statistické hypotézy.

1. skupina

	Absolutní četnosti	**Relativní četnosti**
Ano	19	20 %
Ne	76	80 %

Tabulka 8 - „Znáte osobně někoho, kdo se identifikuje jako transsexuální či transgender?“ – logopedi

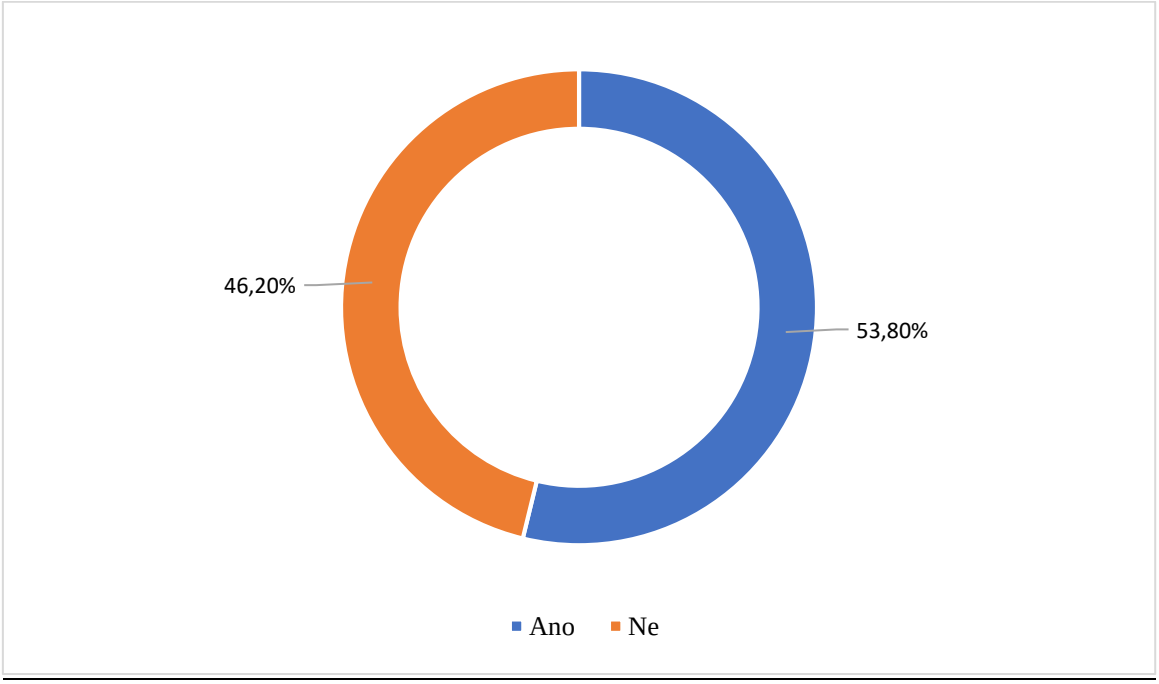


Graf 1 - „Znáte osobně někoho, kdo se identifikuje jako transsexuální či transgender?“ – logopedi

2. skupina

	Absolutní četnosti	**Relativní četnosti**
Ano	7	53,8 %
Ne	6	46,2 %

Tabulka 9 - „Znáte osobně někoho, kdo se identifikuje jako transsexuální či transgender?“ – ORL



Graf 2 - „Znáte osobně někoho, kdo se identifikujete jako transsexuální či transgender?“ – ORL

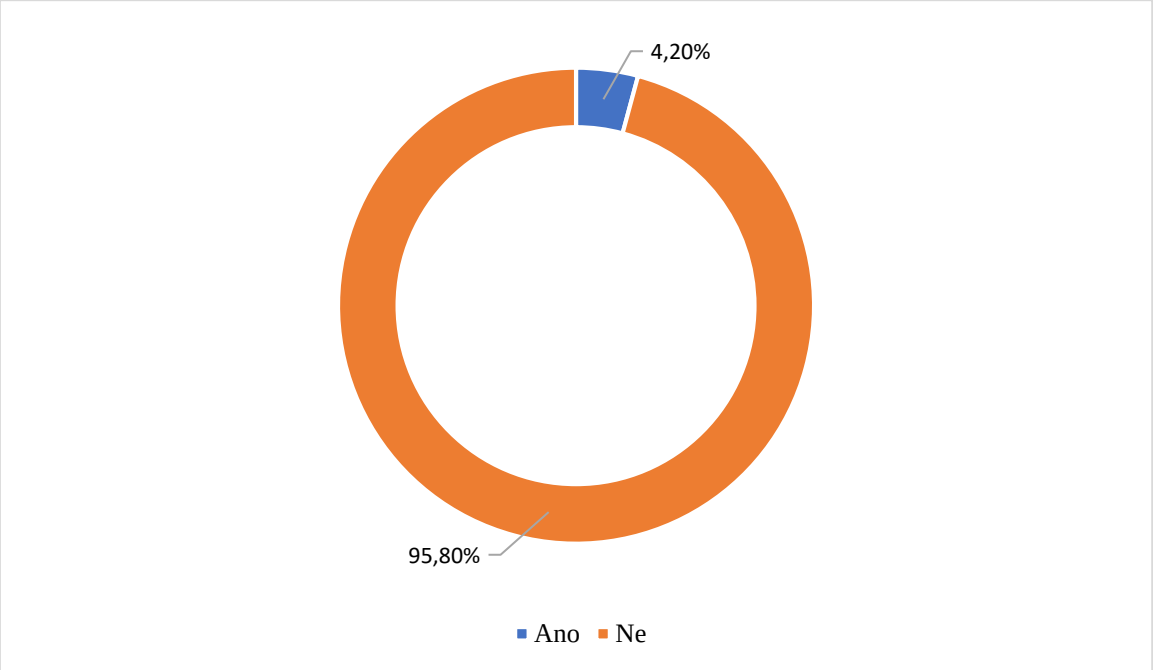
Položka „Setkal(a) jste se ve své klinické praxi s trans osobou, která měla zájem o feminizaci nebo maskulinizaci hlasu?“ (viz. tab. 11 a 12)

V této položce byl respondentům objasněn termín „trans osoba“ následovně: „trans osoba je pro potřeby tohoto dotazníku chápána jako transsexuální nebo transgender osoba“. Tato definice vychází z definic zmíněných v teoretické části práce a je zjednodušena pro jasné pochopení respondenty. Pokud respondenti odpověděli kladně, měli též uvést počet těchto osob.

1. skupina

	Absolutní četnosti	**Relativní četnosti**
Ano, 1	4	4,2 %
Ne	91	95,8 %

Tabulka 10 - „Setkal(a) jste se ve své klinické praxi s trans osobou, která měla zájem o feminizaci nebo maskulinizaci hlasu?" – logopedi

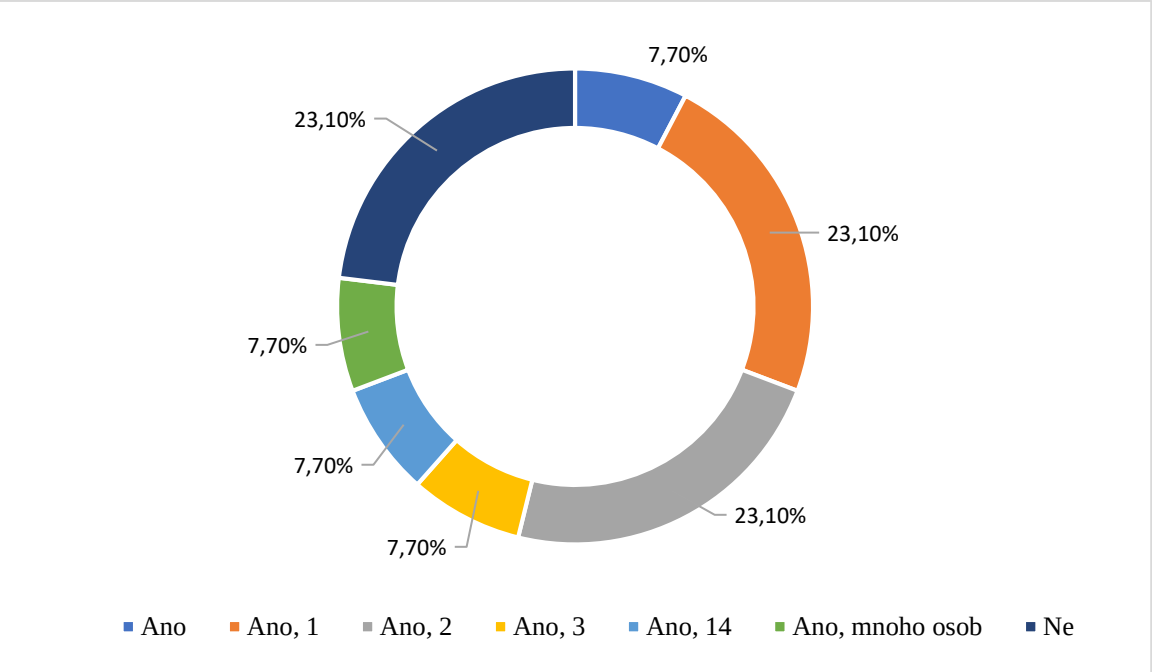


Graf 3 - „Setkal(a) jste se ve své klinické praxi s trans osobou, která měla zájem o feminizaci nebo maskulinizaci hlasu?" – logopedi

2. skupina

	Absolutní četnosti	Relativní četnosti
Ano	1	7,7 %
Ano, 1	3	23,1 %
Ano, 2	3	23,1 %
Ano, 3	1	7,7 %
Ano, 14	1	7,7 %
Ano, mnoho osob	1	7,7 %
Ne	3	23,1 %

Tabulka 11 - „Setkal(a) jste se ve své klinické praxi s trans osobou, která měla zájem o feminizaci nebo maskulinizaci hlasu?“ – ORL



Graf 4 - „Setkal(a) jste se ve své klinické praxi s trans osobou, která měla zájem o feminizaci nebo maskulinizaci hlasu? Pokud ano, uveďte počet těchto osob.“

Z tabulek a grafů č. 3 a 4 vidíme, že ze skupiny klinických logopedů se ve své praxi s trans osobou setkali pouze čtyři respondenti. Vzhledem ke specifičnosti této problematiky je však i toto číslo překvapivé oproti očekávání, že takovouto zkušenost zatím nemá žádný z klinických logopedů. Otázkou však zůstává, zda byly trans osoby logopedy přijaty do terapie či byly odeslány za jiným odborníkem.

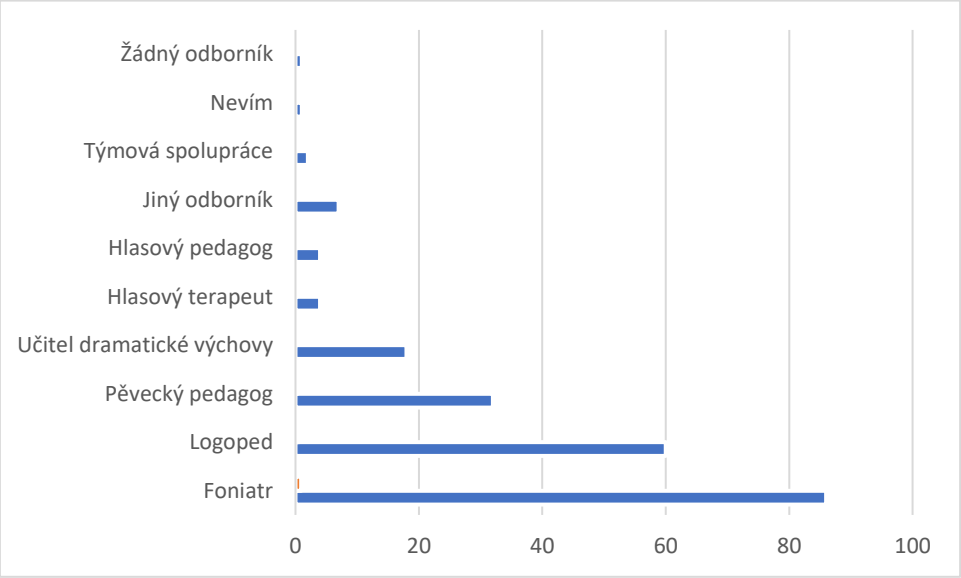
Oproti tomu ORL lékaři se v praxi s trans lidmi setkávali více. Deset z nich (tj. 76,9 %) na otázku odpovědělo kladně, pouze tři záporně. Je však pravděpodobné, že většina oslovených respondentů se s takovými lidmi v praxi nesetkala, a z tohoto důvodu neměla motivaci k vyplnění dotazníku.

Položka „Jaký odborník či odborníci by se podle Vás mohli zabývat konzervativní hlasovou terapií u trans osob?“ (viz. tab. 13 a 14)

1. skupina

	Absolutní četnosti	**Relativní četnosti**
Foniatr	86	90,5 %
Logoped	60	63,2 %
Pěvecký pedagog	32	33,7 %
Učitel dramatické výchovy	18	18,9 %
Hlasový terapeut	4	4,2 %
Hlasový pedagog	4	4,2 %
Jiný odborník	7	7,4 %
Týmová spolupráce	2	2,1 %
Nevím	1	1,1 %
Žádný odborník	1	1,1 %

Tabulka 12 - „Jaký odborník či odborníci by se podle Vás mohli zabývat konzervativní hlasovou terapií u trans osob?“ – logopedi

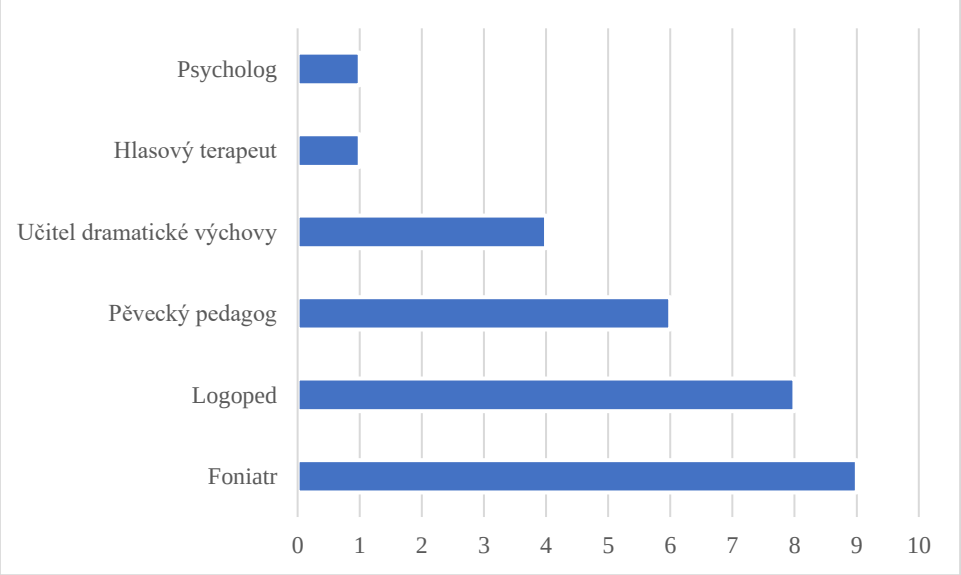


Graf 5 - „Jaký odborník či odborníci by se podle Vás mohli zabývat konzervativní hlasovou terapií u trans osob?“ – logopedi

2. skupina

	Absolutní četnosti	**Relativní četnosti**
Foniatr	9	69,2 %
Logoped	8	61,5 %
Pěvecký pedagog	6	46,2 %
Učitel dramatické výchovy	4	30,8 %
Hlasový terapeut	1	7,7 %
Psycholog	1	7,7 %

Tabulka 13 - „Jaký odborník či odborníci by se podle Vás mohli zabývat konzervativní hlasovou terapií u trans osob?“ – ORL



Graf 6 – „Jaký odborník či odborníci by se podle Vás mohli zabývat konzervativní hlasovou terapií u trans osob?“ – ORL

Respondenti obou skupin měli v této otázce možnost výběru více odpovědí. Volba polytomické otázky vycházela z předpokladu, že spolupráce více odborníků není výjimkou, ba je přímo žádoucí. Standardy péče WPATH (2011) uvádějí spolupráci hlasových specialistů – v našem prostředí klinických logopedů – s lékaři, případně s dalšími zainteresovanými odborníky, jako jsou hlasoví pedagogové, učitelé dramatické výchovy a pěvečtí pedagogové. Předpokládá se však primární role klinického logopedem či lékaře – foniatra a jejich spolupráce s dalšími zmíněnými profesemi.

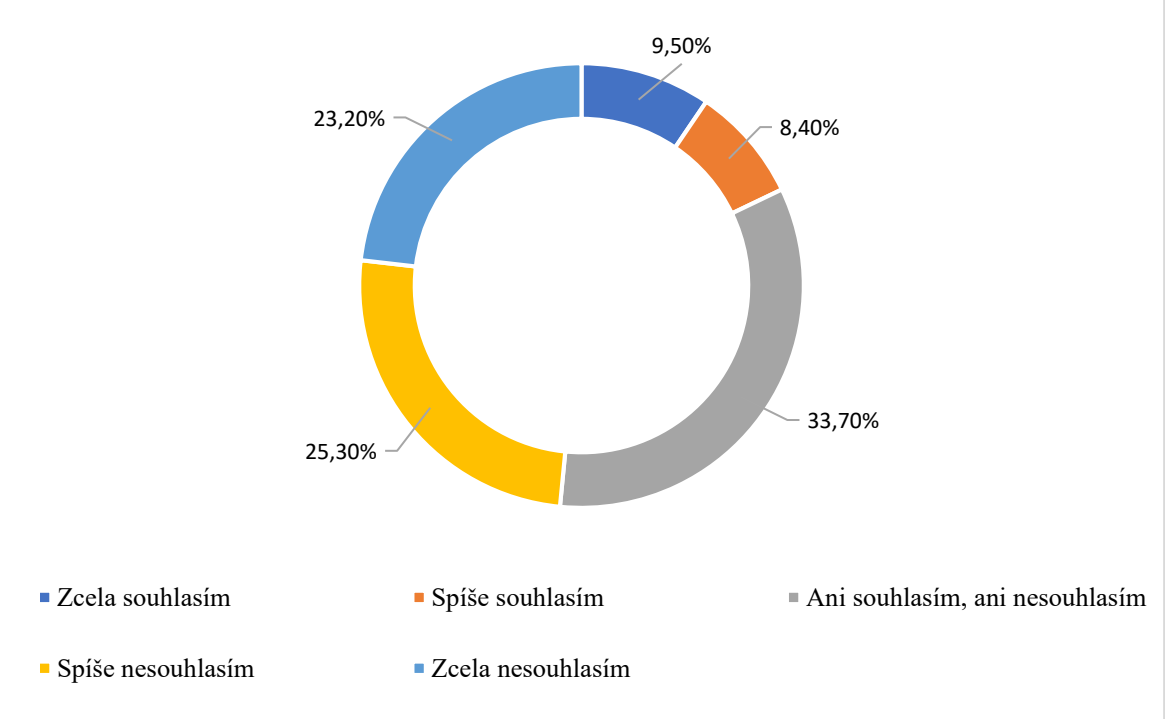
Respondenti 1. skupiny v možnosti „jiné“ dále uváděli tyto profese: Endokrinolog – 2 respondenti, po jednom respondentovi: psychoterapeut, psycholog, hlasový poradce, sexuolog, týmová spolupráce. Jeden respondent by volbu odborníka ponechal na trans klientovi, což se jeví jako žádoucí.

Položka „Myslím si, že dostupná hlasová péče pro trans osoby v České republice je dostačující.“ (viz. tab. 15 a 16)

1. skupina

	Absolutní četnosti	**Relativní četnosti**
Zcela souhlasím	9	9,5 %
Spíše souhlasím	8	8,4 %
Ani souhlasím, ani nesouhlasím	32	33,7 %
Spíše nesouhlasím	24	25,3 %
Zcela nesouhlasím	22	23,2 %

Tabulka 14 - „Myslím si, že dostupná hlasová péče pro trans osoby v České republice je dostačující.“ – logopedi

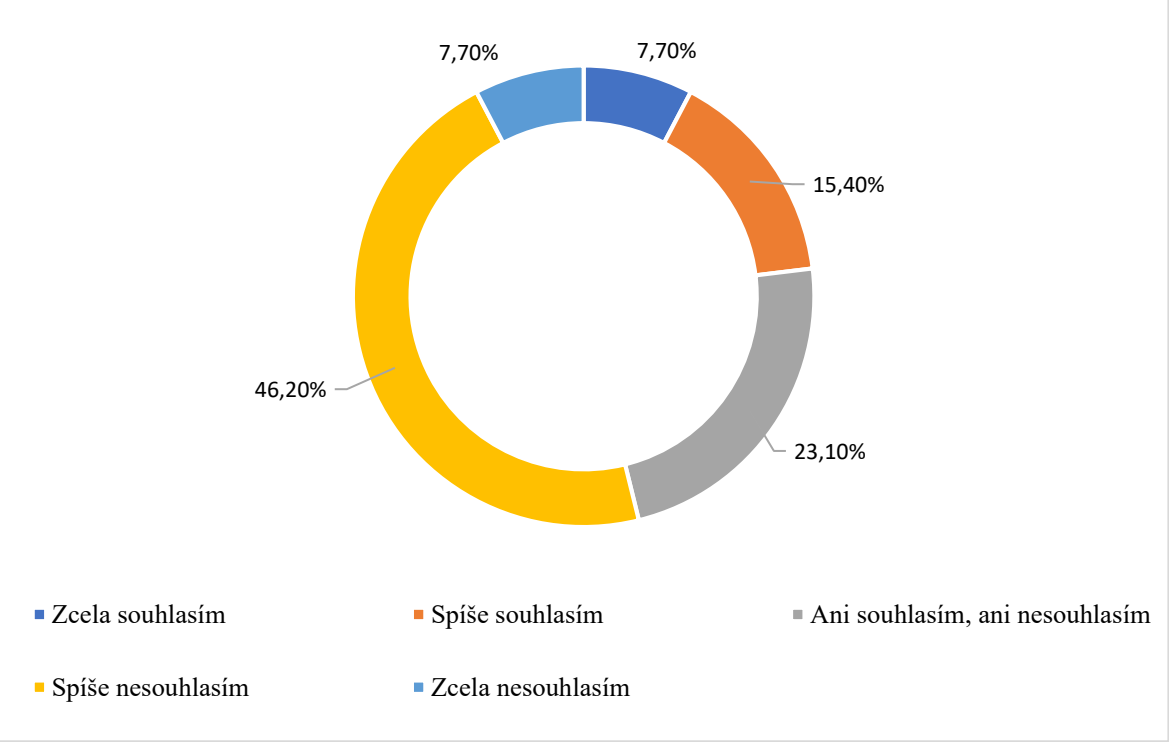


Graf 7 - „Myslím si, že dostupná hlasová péče pro trans osoby v České republice je dostačující.“ – logopedi

2. skupina

	Absolutní četnosti	Relativní četnosti
Zcela souhlasím	1	7,7 %
Spíše souhlasím	2	15,4 %
Ani souhlasím, ani nesouhlasím	3	23,1 %
Spíše nesouhlasím	6	46,2 %
Zcela nesouhlasím	1	7,7 %

Tabulka 15 - „Myslím si, že dostupná hlasová péče pro trans osoby v České republice je dostačující." – ORL



Graf 8 - „Myslím si, že dostupná hlasová péče pro trans osoby v České republice je dostačující."

Položka „Co byste doporučil(a) trans osobě MtF, která není spokojená se svým hlasem?“

Z teoretické části této práce vyplývá, že oblast hlasové péče pro MtF transsexuálky je velmi významná, proto se na tuto oblast dotazník zaměřuje ve dvou položkách. Respondenti měli v této položce prostor na otevřenou odpověď a byl jim taktéž vysvětlen termín „FtM trans osoba“ jako „člověk narozený s mužskými pohlavními znaky, který se identifikuje jako žena“.

1. skupina

Deset respondentů (10,53 %) uvedlo „nevím“. Značná část respondentů (56,84 %) zmínila nutnost návštěvy foniatra či jiného odborníka, který má s touto problematikou zkušenosti. Menší část respondentů (14,74 %) se zaměřila na konkrétní práci s hlasem klienta. Zmíněn byl nácvik vyšší polohy hlasu, rezonanční techniky, práce na přijetí svého hlasu, tvořivý přístup při hlasové terapii a změna hlasových začátků. Dále respondenti uváděli hormonální terapii (7,37 %), psychologickou, psychiatrickou či psychoterapeutickou péči (5,26 %) a mezioborovou spolupráci (3,16 %).

2. skupina

Dva respondenti uvedli návštěvu odborníka, jeden zmínil „specializované pracoviště, které se problematikou komplexně zabývá“. Čtyři respondenti by doporučili hlasovou terapii/edukaci/cvičení, jeden respondent by s trans osobou pracoval nejdříve sám a posléze by doporučil hlasového pedagoga. Jeden respondent by se obrátil na učitele zpěvu. Dva respondenti by zvolili pouze operativní řešení a tři respondenti operaci v kombinaci s hlasovou terapií.

Položka „Co byste doporučil(a) trans osobě FtM, která ani po roce hormonální terapie není spokojená se svým hlasem?“

Další položka byla obměnou předchozí otázky, tentokrát zaměřené na FtM transsexuály. Tato oblast je méně podložená výzkumem než terapie MtF transsexuálek vzhledem k většinou neproblematické povaze změny hlasu díky podávanému testosteronu u FtM trans osob. Standardy péče WPATH (2011) nicméně hovoří jak o feminizaci, tak maskulinizaci hlasu, na něž je třeba se v případě zájmu trans klienta zaměřit.

Respondenti měli prostor na otevřenou odpověď a byla jim vysvětlen termín „FtM trans osoba“ jako „člověk narozený s ženskými pohlavními znaky, který se identifikuje jako muž“.

1. skupina

V této otázce by 26 respondentů doporučilo hlasovou terapii, ať už u hlasového terapeuta, foniatra nebo hlasového pedagoga. 20 respondentů by poslalo trans klienta na vyšetření za lékařem – foniatrem. 18 respondentů (18,95 %) by nevědělo, jak tuto situaci řešit. 12 respondentů (12,63 %) by doporučilo psychologickou či psychoterapeutickou péči. Dva respondenti uvedli konkrétní postup hlasové terapie: „nácvik tvrdých hlas. začátků, trénování intonace, postupné snížení výšky hlasu“ a „hlasovou terapii se zaměřením na hrudní rezonanci, cvičení intonace“. Dva respondenti by doporučili konkrétní pracoviště – Hlasové a sluchové centrum Praha a jeden respondent by klienta odkázal hlasového terapeuta ve FN Ostrava. Další odpovědi zahrnovaly konzultaci s více odborníky a jejich spolupráci; pokračování v nastavené péči; a operaci hlasivek. Několik respondentů se odkazovalo na předchozí položku zaměřenou na osoby MtF, tedy že by zvolili stejný postup jako u těchto osob. Jeden respondent se k této otázce vyjádřil negativně s tím, že tuto terapii neuznává.

2. skupina

Tři respondenti (23,1 %) by trans pacientovi doporučili operaci (jeden respondent specifikoval zákrok jako „thyreoplastika typ III“). Dva respondenti odpověděli „nevím“ a čtyři respondenti by trans osobu poslali na rozbor hlasových potíží k odborníkovi. Tři respondenti by doporučili hlasová cvičení a jeden respondent uvedl, že by doporučil hlasového pedagoga.

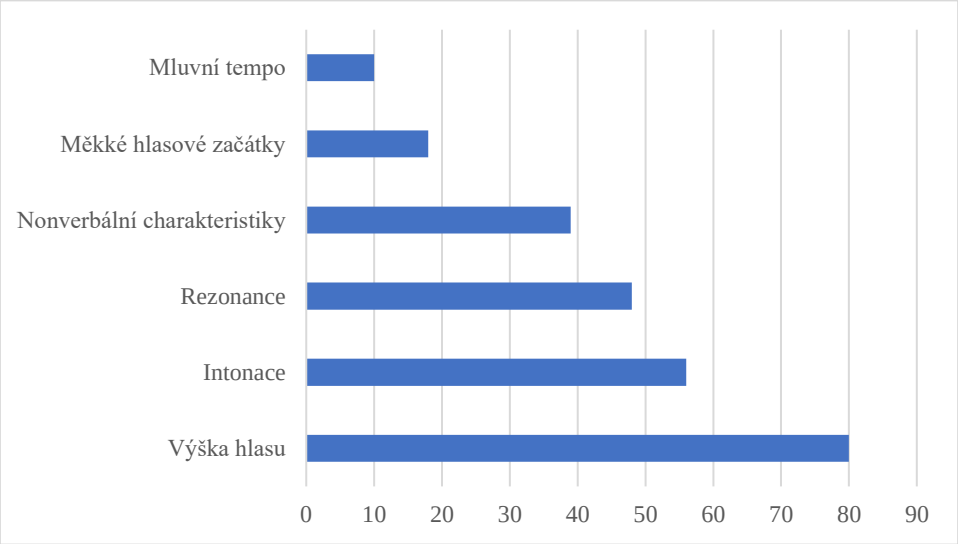
Položka „Na jakých oblastech se podle Vašeho názoru v zahraničí při konzervativní hlasové terapii u trans osob MtF pracuje?“ (viz. tab. 17 a 18)

Oblasti zařazené do dotazníku vycházejí ze zahraničních studií (např. Adler a kol., 2006; Thornton, 2008; Hancock a kol., 2014; Cosyns a kol., 2014; Carew a kol., 2007), v nichž se autoři zaměřovali na různé aspekty řeči a hlasu trans klientů. Ze studií vychází, že nejdůležitějšími aspekty, k jejichž přizpůsobení terapie směřuje jsou výška hlasu (zaznamenávaná prostřednictvím frekvenčního rozsahu či půltónů) a rezonance, doplněná zaměřením se měkké hlasové začátky, příp. neverbální chování. Rolí intonace se zabývali Hancock a kol. (2014); z výsledků studie vyplývá, že intonace může mít částečně vliv na vnímání osoby jako muže či ženy, představuje však pouze dílčí faktor v hlasové terapii a je třeba provést další výzkumy na toto téma. Nehledě na to, že výsledky lze generalizovat pouze na anglicky mluvící populaci. Přesto intonaci autorka práce zařadila do možných oblastí zaměření hlasové terapie, stejně tak jako mluvní tempo, které zmiňuje v terapii např. Daviesová a kol. (2015).

1. skupina

	Absolutní četnosti	Relativní četnosti
Výška hlasu	80	84,2 %
Intonace	56	58,9 %
Rezonance	48	50,5 %
Nonverbální charakteristiky	39	41,1 %
Měkké hlasové začátky	18	18,9 %
Mluvní tempo	10	10,5 %

Tabulka 16 - „Na jakých oblastech se podle Vašeho názoru v zahraničí při konzervativní hlasové terapii u trans osob MtF pracuje?“ – logopedi



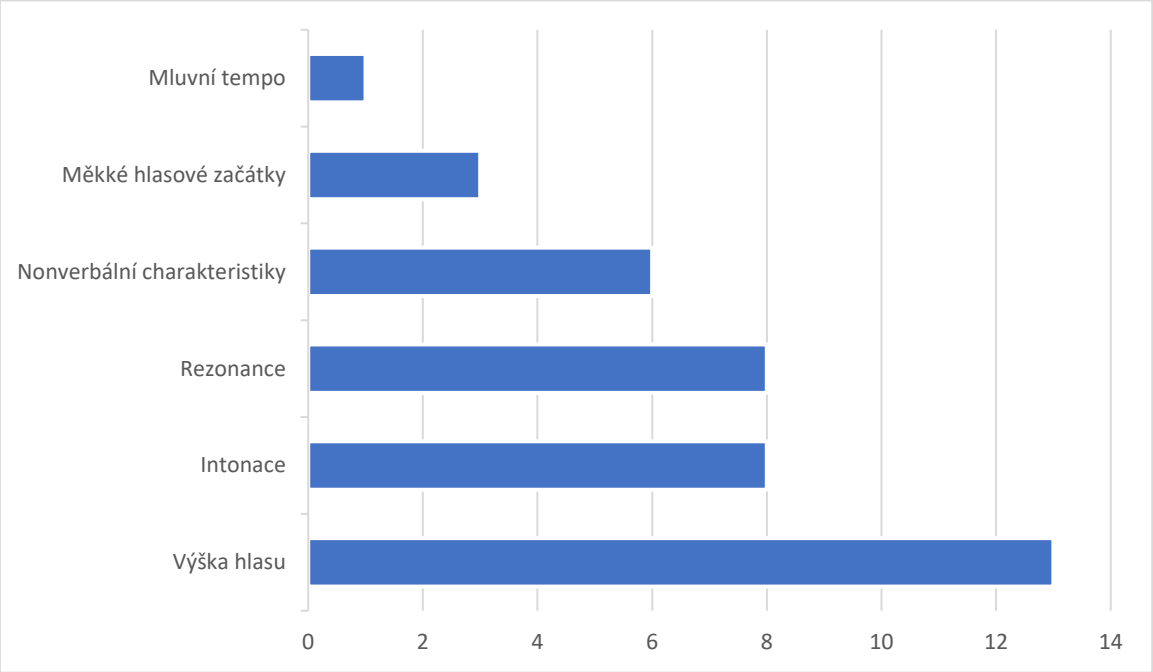
Graf 9 - „Na jakých oblastech se podle Vašeho názoru v zahraničí při konzervativní hlasové terapii u trans osob MtF pracuje?“ – logopedi

V této položce měli respondenti možnost volby více odpovědí. Nejvíce respondentů (84,2 %) zvolilo možnost „výška hlasu“. 58,9 % respondentů se domnívalo, že se terapie zaměřuje na intonaci; 50,5 % zvolilo rezonanci; 41,1 % zvolilo nonverbální charakteristiky; 18,9 % připadlo na nácvik měkkých hlasových začátků; 10,5 % zvolilo „mluvní tempo“. 12,63 % odpovědělo „nevím“. Výška hlasu, rezonance a intonace představovaly nejčastější kombinace odpovědí. Dva respondenti zvolili všechny uvedené možnosti. Respondenti mezi odpověďmi „jiné“ dále uváděli aktivní naslouchání, procvičování hovoru o sobě v ženském rodě a přiměřené vnímání svého projevu.

2. skupina

	Absolutní četnosti	**Relativní četnosti**
Výška hlasu	13	100 %
Intonace	8	61,5 %
Rezonance	8	61,5 %
Nonverbální charakteristiky	6	46,2 %
Měkké hlasové začátky	3	21,1 %
Mluvní tempo	1	1,1 %

Tabulka 17 - „Na jakých oblastech se podle Vašeho názoru v zahraničí při konzervativní hlasové terapii u trans osob MtF pracuje?“ – ORL



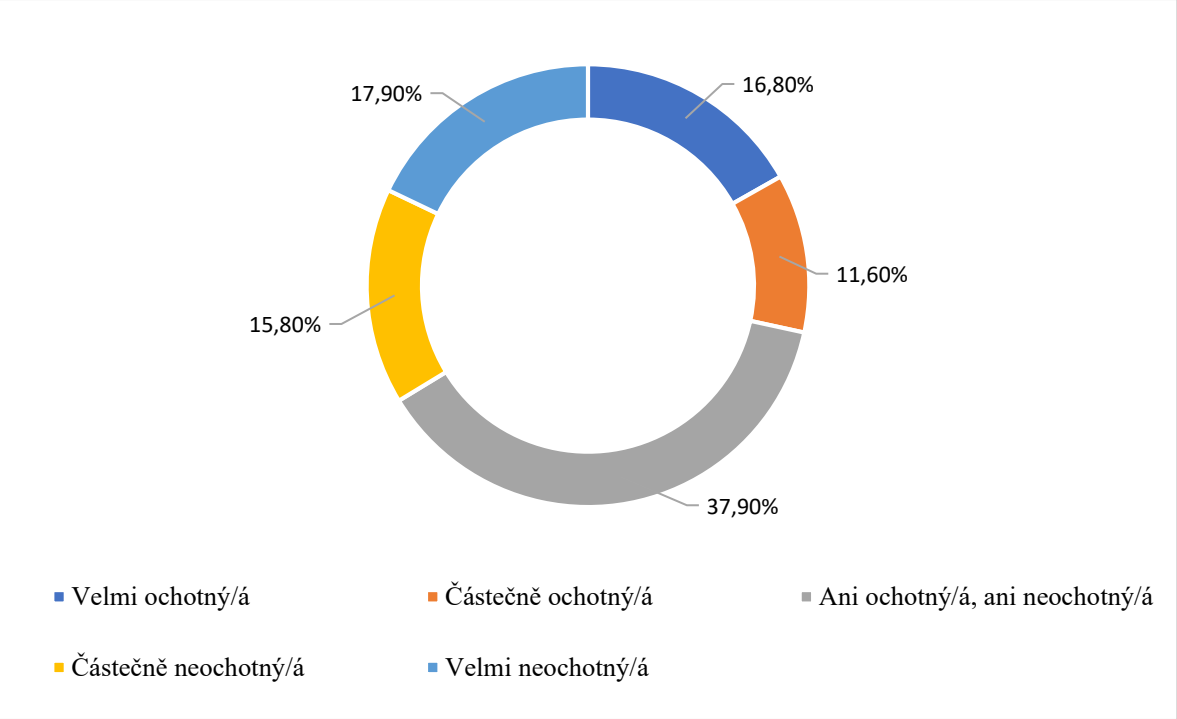
Graf 10 - „Na jakých oblastech se podle Vašeho názoru v zahraničí při konzervativní hlasové terapii u trans osob MtF pracuje?“ – ORL

Položka „Uveďte, do jaké míry byste byl(a) ochotný/á (příp. jste ochotný/á) provádět diagnostiku hlasu u trans osob.“ (viz. tab. 19 a 20)

1. skupina

	Absolutní četnosti	**Relativní četnosti**
Velmi ochotný/á	16	16,8 %
Částečně ochotný/á	11	11,6 %
Ani ochotný/á, ani neochotný/á	36	37,9 %
Částečně neochotný/á	15	15,8 %
Velmi neochotný/á	17	17,9 %

Tabulka 18 - „Uveďte, do jaké míry byste byl(a) ochotný/á (příp. jste ochotný/á) provádět diagnostiku hlasu u trans osob.“ – logopedi

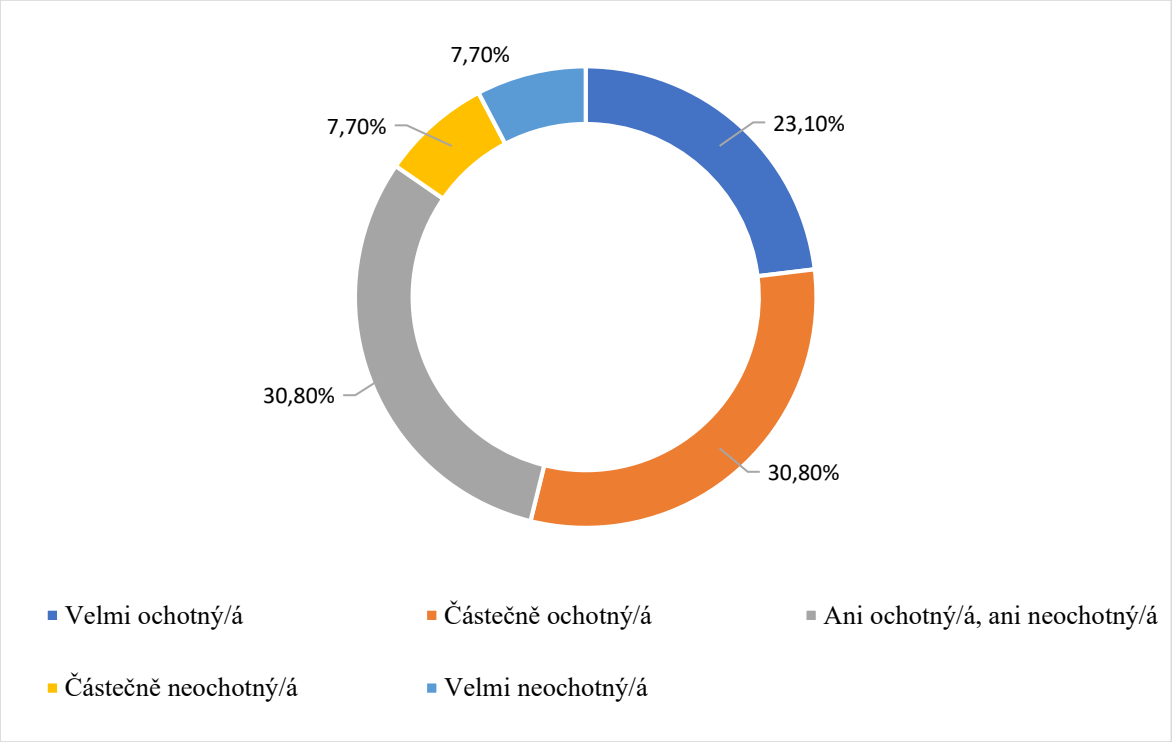


Graf 11 - „Uveďte, do jaké míry byste byl(a) ochotný/á (příp. jste ochotný/á) provádět diagnostiku hlasu u trans osob.“ – logopedi

2. skupina

	Absolutní četnosti	Relativní četnosti
Velmi ochotný/á	3	23,1 %
Částečně ochotný/á	4	30,8 %
Ani ochotný/á, ani neochotný/á	4	30,8 %
Částečně neochotný/á	1	7,7 %
Velmi neochotný/á	1	7,7 %

Tabulka 19 - „Uveďte, do jaké míry byste byl(a) ochotný/á (příp. jste ochotný/á) provádět diagnostiku hlasu u trans osob.“ – ORL



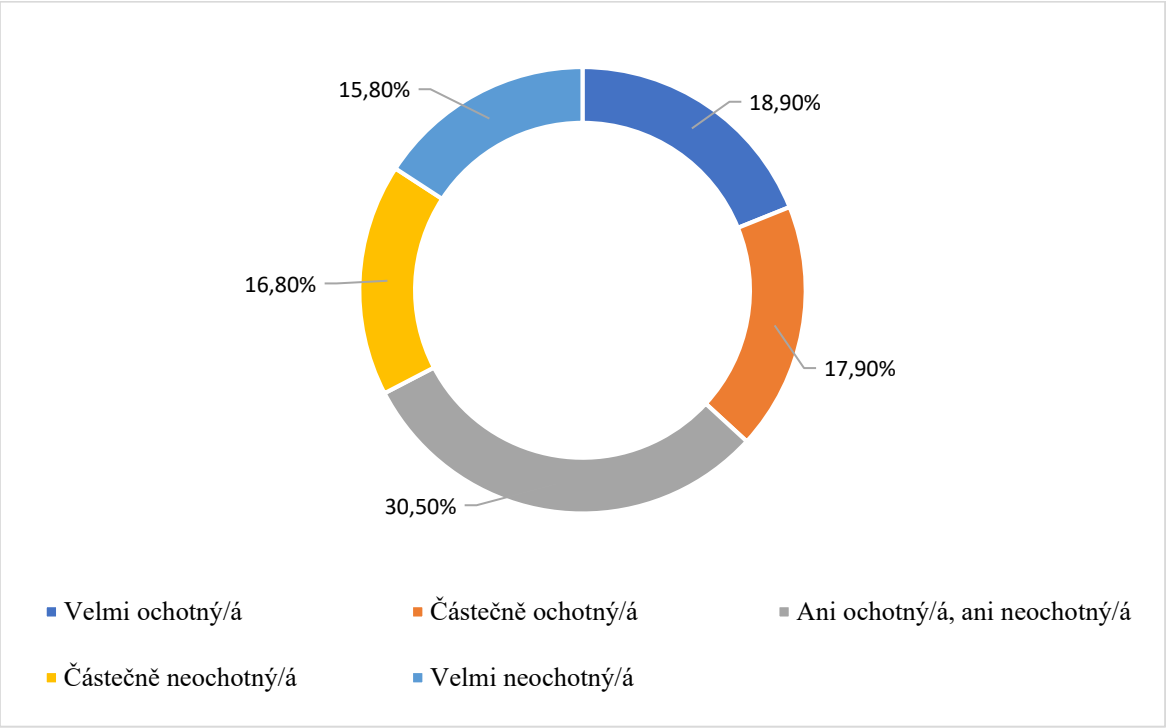
Graf 12 - „Uveďte, do jaké míry byste byl(a) ochotný/á (příp. jste ochotný/á) provádět diagnostiku hlasu u trans osob.“ – ORL

Položka „Uveďte, do jaké míry byste byl(a) ochotný/á (příp. jste ochotný/á) provádět terapii hlasu u trans osob.“ (viz. tab. 21 a 22)

1. skupina

	Absolutní četnosti	**Relativní četnosti**
Velmi ochotný/á	18	18,9 %
Částečně ochotný/á	17	17,9 %
Ani ochotný/á, ani neochotný/á	29	30,5 %
Částečně neochotný/á	16	16,8 %
Velmi neochotný/á	15	15,8 %

Tabulka 20 - „Uveďte, do jaké míry byste byl(a) ochotný/á (příp. jste ochotný/á) provádět terapii hlasu u trans osob.“ – logopedi

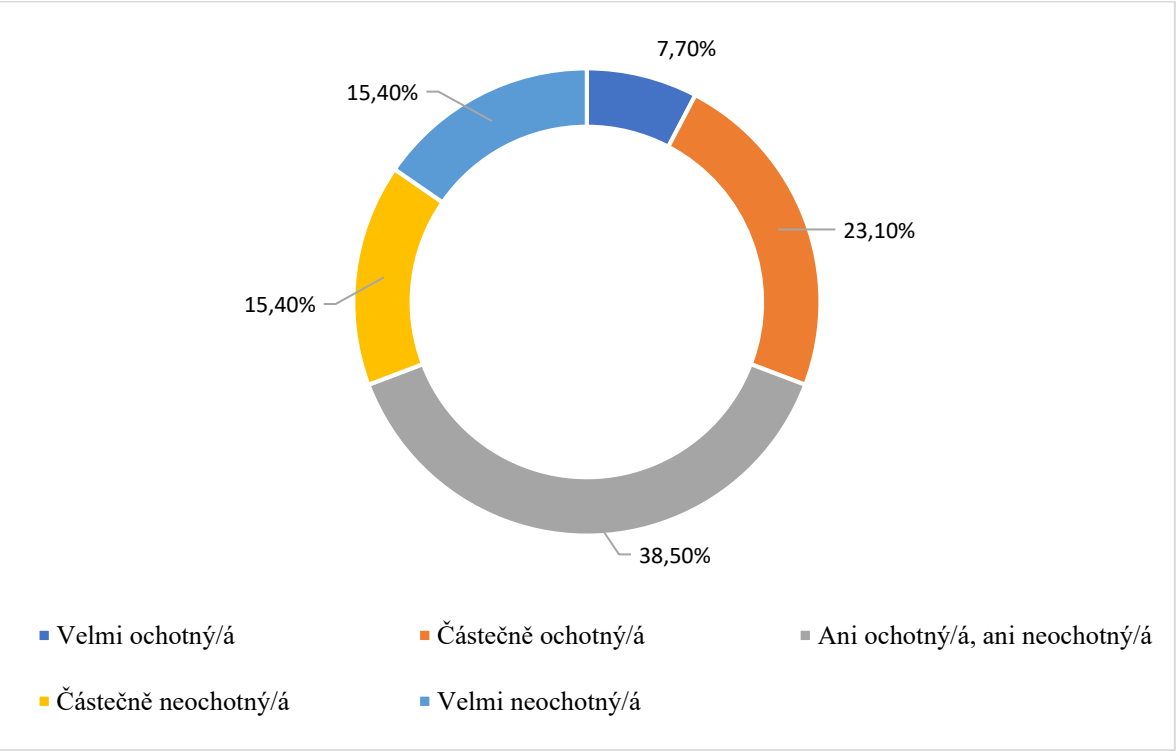


Graf 13 - „Uveďte, do jaké míry byste byl(a) ochotný/á (příp. jste ochotný/á) provádět terapii hlasu u trans osob.“ – logopedi

2. skupina

	Absolutní četnosti	Relativní četnosti
Velmi ochotný/á	1	7,7 %
Částečně ochotný/á	3	23,1 %
Ani ochotný/á, ani neochotný/á	5	38,5 %
Částečně neochotný/á	2	15,4 %
Velmi neochotný/á	2	15,4 %

Tabulka 21 - „Uveďte, do jaké míry byste byl(a) ochotný/á (příp. jste ochotný/á) provádět terapii hlasu u trans osob.“



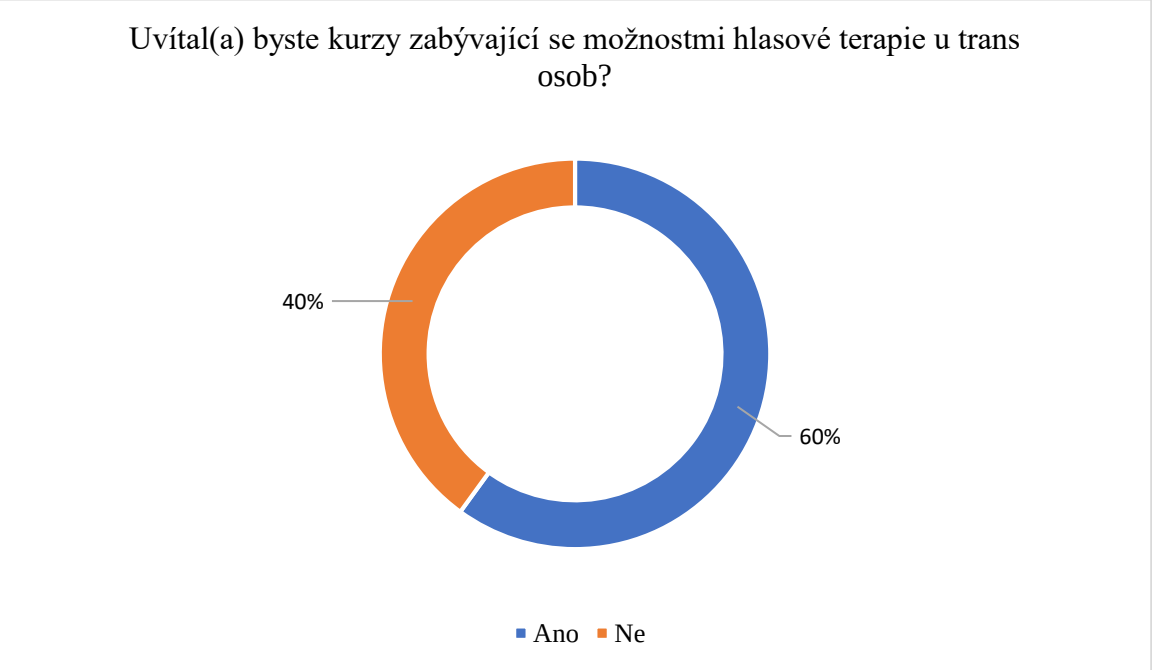
Graf 14 - „Uveďte, do jaké míry byste byl(a) ochotný/á (příp. jste ochotný/á) provádět terapii hlasu u trans osob.“ – ORL

Položka „Uvítal(a) byste kurzy zabývající se možnostmi hlasové terapie u trans osob?“ (viz. tab. 23 a 24)

1. skupina

	Absolutní četnosti	**Relativní četnosti**
Ano	57	60 %
Ne	38	40 %

Tabulka 22 - „Uvítal(a) byste kurzy zabývající se možnostmi hlasové terapie u trans osob?“ – logopedi

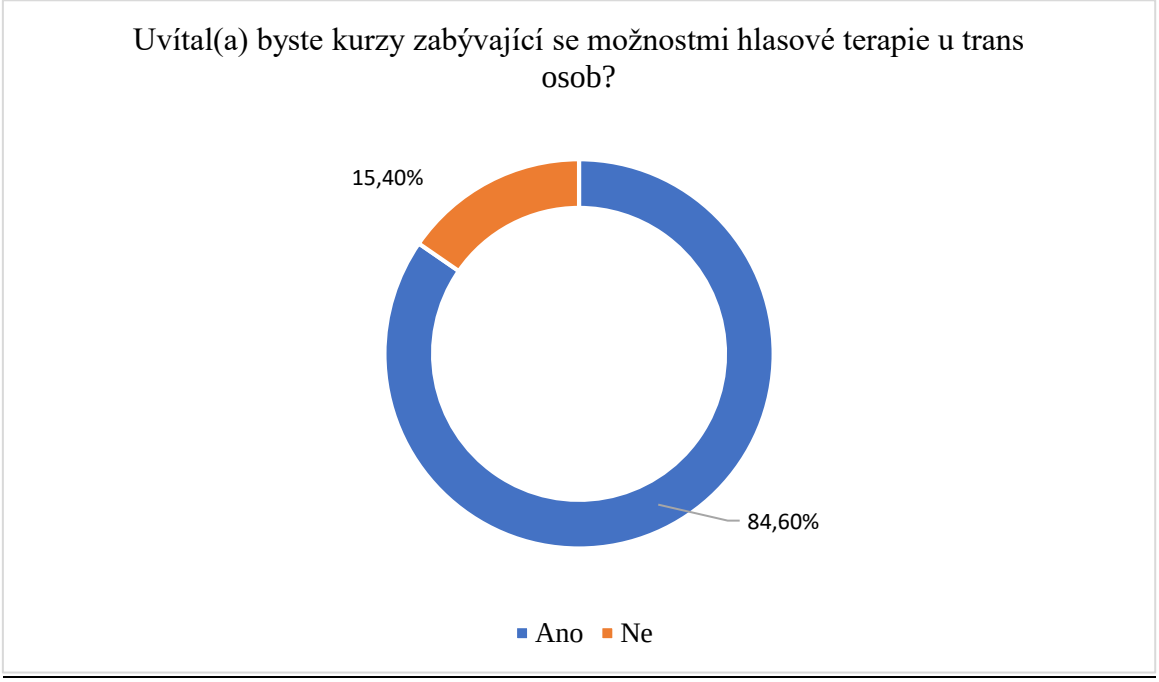


Graf 15 - „Uvítal(a) byste kurzy zabývající se možnostmi hlasové terapie u trans osob?“ – logopedi

2. skupina

	Absolutní četnosti	Relativní četnosti
Ano	11	84,6 %
Ne	2	15,4 %

Tabulka 23 - „Uvítal(a) byste kurzy zabývající se možnostmi hlasové terapie u trans osob?“ – ORL



Graf 16 - „Uvítal(a) byste kurzy zabývající se možnostmi hlasové terapie u trans osob?“ – ORL

8.3.1 Testování statistických hypotéz

H1: Kliničtí logopedové, kteří osobně znají transsexuální či transgender osobu, mají zájem o kurzy hlasové terapie u trans osob.

H0: Mezi klinickými logopedy, kteří osobně znají transsexuální či transgender osobu, není statisticky významný rozdíl v zájmu o kurzy hlasové terapie u trans osob.

Pro ověření hypotézy vychází autorka práce ze dvou dotazníkových položek (viz tab. 25). K testování hypotézy byl použit test dobré shody chí kvadrát. Podmínkou použití je hodnota vyšší než 5 u každé z očekávaných četností (Chráska, 2006), což bylo splněno a dalo se tedy přistoupit k výpočtu signifikance chí-kvadrát.

	Uvítal(a) byste kurzy zabývající se možnostmi hlasové terapie u trans osob?		**Celkový počet**
Znáte osobně někoho, kdo se identifikuje jako transsexuální nebo transgender?	Ano	Ne	
Ano	**14**	**5**	19
Ne	**43**	**33**	76
Celkový počet	47	37	95

Tabulka 24 - čtyřpolní tabulka pro H1

Pozorované četnosti

14	5	19
43	33	76
47	37	95

Tabulka 25 - pozorované četnosti pro H1

Z hodnot pozorovaných četností byly vypočteny četnosti očekávané:

Očekávané četnosti

9,4	7,4
37,6	29,6

Tabulka 26 - očekávané četnosti pro H01

Hodnota signifikance chí-kvadrát je po dosazení do vzorce v excelu a zaokrouhlení rovna 0,041. Jedná se o pravostrannou hypotézu, u níž očekáváme pozitivní souvislost, p-hodnotu tedy dělíme dvěma a vyjde nám hodnota 0,02. Tato hodnota je menší než hodnota hladiny významnosti 0,05; **nulovou hypotézu** o nezávislosti znaků tedy **zamítáme a přijímáme hypotézu alternativní**, která říká, že zde závislost existuje.

Nyní se podíváme na druhou hypotézu.

H2: Kliničtí logopedi, kteří absolvovali kurz zaměřený na hlasové poruchy mají větší zájem provádět hlasovou terapii u trans osob.

H0: Mezi klinickými logopedy, kteří absolvovali kurz zaměřený na hlasové poruchy, a klinickými logopedy, kteří jej neabsolvovali, neexistuje statisticky významný rozdíl v ochotě provádět hlasovou terapii u trans osob.

Pro ověření hypotézy vycházíme ze dvou dotazníkových položek. K testování hypotézy byl použit test nezávislosti chí kvadrát pro kontingenční tabulku (viz níže).

	Uveďte, do jaké míry jste ochotný/á provádět hlasovou terapii u trans osob.					**Celkový počet**
Absolvoval(a) jste kurz zaměřený na hlasové poruchy?	Velmi ochotný/á	Spíše ochotný/á	Ani ochotný/á, ani neochotný/á	Spíše neochotný/á	Velmi neochotný/á	
Ano	11	13	21	7	11	63
Ne	7	4	9	9	3	32
Celkový počet	18	17	30	16	14	95

Tabulka 27 - kontingenční tabulka pro H2

Pozorované četnosti

11	13	21	7	11	63
7	4	9	9	3	32
18	17	30	16	14	95

Tabulka 28 - pozorované četnosti pro H2

Očekávané četnosti

11,93684	11,27368	19,89474	10,61053	9,284211
6,063158	5,726316	10,10526	5,389474	4,715789

Tabulka 29 - očekávané četnosti pro H2

Testové kritérium chí-kvadrát pro kontingenční tabulku je po dosazení do vzorce

$$\chi 2 = \Sigma \frac{(P - O)^2}{O}$$

rovno 5,774. Pro posouzení tohoto kritéria byl vypočítán počet stupňů volnosti dle vzorce $f = (2 - 1).(5 - 1)$ s výsledkem 4. Kritická hodnota pro 4 stupně volnosti je rovna 9,483. Jelikož je hodnota testového kritéria menší než kritická hodnota, na hladině významnosti 0,05 **nulovou hypotézu (H0)** o nezávislosti jednotlivých znaků **přijímáme** a konstatujeme, že mezi znaky není statisticky významný rozdíl.

Shrnutí výsledků

Dotazníkového šetření se zúčastnilo **95 klinických logopedů** a **13 lékařů z oboru otorinolaryngologie**. Věkové rozpětí činilo 25-63 let u 1. skupiny logopedů a 46-67 let u 2. skupiny ORL lékařů. Rozložení dle pohlaví bylo v 1. skupině nerovnoměrné, což je ale důsledkem přirozeného rozložení v oboru značící převahu žen. Největší zastoupení dle kraje práce měly kraje Hlavní město Praha a kraj Moravskoslezský, a účastnili se zejména logopedi, kteří pracují v oboru více než 15 let. 74,7 % respondentů v době vyplňování pracovalo v soukromé ambulanci a 7,4 % na ORL klinice. **Kurz hlasové terapie absolvovalo 68,4 % respondentů**.

Z 2. skupiny (ORL lékaři) vyplnilo dotazník 8 žen a 5 mužů, z nichž všichni pracují v oboru více než 15 let. Rozložení dle kraje práce bylo rovnoměrné, dotazník vyplnili lékaři z 10 krajů České republiky. Většina respondentů má nástavbovou atestaci v oboru foniatrie a audiologie.

Na otázku „Jak byste definoval(a) termín transsexualita?“ respondenti z obou skupin odpovídali různě, převažovaly však odpovědi typu „změna pohlaví; touha po změně pohlaví; muž, který se cítí jako žena a naopak“.

Dle výsledků **20 % logopedů a 53,8 % ORL lékařů zná osobně někoho, kdo se identifikuje jako transsexuální nebo transgender**. Vzhledem k malému počtu respondentů z 2. skupiny se toto procento nedá generalizovat na celou skupinu. **4 kliničtí logopedi se ve své praxi setkali s trans osobou**, oproti tomu ORL lékaři se v praxi s trans osobami setkávají více: kladně odpovědělo celých 76,9 % (tj. 10 respondentů).

Podle respondentů z 1. skupiny i z 2. skupiny by se hlasovou terapií měl zabývat zejména foniatr, v další řadě pak logoped, dále volili také pěveckého pedagoga a učitele dramatické výchovy. Tato otázka nabízela možnost více odpovědí, většina respondentů tak vybrala nejméně 2 odborníky.

K výroku „Myslím si, že dostupná hlasová péče pro trans osoby v České republice je dostačující“ měla 33,7 % respondentů z 1. skupiny neutrální postoj (číslo 3 na škále 1-5) a 46,2 % respondentů z 2. skupiny zvolila možnost „spíše nesouhlasím“ (číslo 4 na škále 1-5).

V otázce na doporučení trans ženám při jeho nespokojenosti s hlasem **56,84 % respondentů z 1. skupiny navrhlo návštěvu foniatra či jiného odborníka na hlas** a **14,74 % respondentů by se zaměřilo na konkrétní techniky práce s hlasem**, např. nácvik vyšší polohy mluvního hlasu, rezonanci či měkké hlasové začátky. 10,5 % respondentů nevědělo, jak

tuto situaci řešit a 7,37 % se domnívalo, že je v tomto směru prospěšná hormonální léčba. Respondenti z 2. skupiny nejčastěji uváděli nutnost hlasové terapie a návštěvu odborníka, 2 respondenti by doporučili chirurgický zákrok.

V případě **doporučení pro FtM transsexuály** respondenti z 1. skupiny uváděli zejména **hlasovou terapii (27,4 %)**, vyšetření u foniatra (21 %) a psychologickou péči (12,6 %). 19 % respondentů by nevědělo, jak situaci řešit. V porovnání s předchozí otázkou jde o rozdíl cca devíti procent; vzhledem k tomu, že na FtM trans lidi se terapie tradičně spíše nezaměřuje, bylo očekávané, že respondenti nebudou mít o postupu práce s hlasem povědomí. Přesto několik respondentů uvedlo konkrétní techniky, např. nácvik tvrdých hlasových začátků, nácvik hrudní rezonance a trénování intonace. Respondenti 2. skupiny by nejčastěji navrhovali operaci ke snížení hlasu, taktéž doporučovali hlasová cvičení a diagnostiku hlasových obtíží u odborníka.

Další položku představovala polytomické otázka směřující ke konkrétním oblastem konzervativní hlasové terapie u trans osob MtF. **84,2 % respondentů z 1. skupiny zvolilo výšku hlasu**, druhým nejčastěji voleným aspektem **(58,9 %)** byla **intonace** (melodie řeči) a třetím **rezonance (50,5 %).** 41,1 % by se zaměřilo taktéž na nonverbální charakteristiky řeči, 18,9 % na měkké hlasové začátky a 10,5 % na mluvní tempo. 100 % respondentů z 2. skupiny by se zaměřilo na výšku hlasu a po 61,5 % na intonaci a rezonanci.

V otázce směřující na míru ochoty k diagnostice i terapii převažoval v obou skupinách na škále 1-5 neutrální postoj **s mírnou tendencí spíše k ochotě** než k neochotě.

Výsledek otázky zjišťující zájem o kurzy zabývající se možnostmi hlasové terapie u trans osob byl ve prospěch těchto kurzů: **60 % klinických logopedů a 84,6 % ORL lékařů by kurzy uvítalo.**

Na základě výsledků analýzy dat a testování statistických hypotéz lze konstatovat, že **existuje závislost mezi osobní zkušeností respondentů 1. skupiny s trans osobami a zájmem o kurzy hlasové terapie u těchto osob**. Naopak u hypotézy H2 se závislost neprokázala, není tedy zjevná závislost mezi absolvováním kurzů hlasové edukace a reedukace a zájmem realizovat hlasovou terapii u trans osob.

Diskuze

Co se týče povědomí obou skupin o trans lidech, zdá se, že většina o transsexualitě ví a má poměrně přesnou představu, co tento pojem znamená. Hancocková a Haskin (2015) provedli výzkum zaměřující se na vědomosti a postoje hlasových specialistů – logopedů ve vztahu k LGBT[28] komunitě, do níž spadají i trans lidé. Zjistili, že **51 % respondentů z 279 logopedů ze 4 zemí nevědělo, jak popsat hlasovou terapii u trans lidí**. Taktéž se ukázalo, že respondenti jsou ochotni pracovat s trans lidmi i vzdělávat se o této problematice, ale znalosti o problematice jim chybí: **47 %** uvedlo, že se o této problematice v rámci vzdělávání v oboru nedozvěděli a **necítí se v této oblasti praxe kompetentní**.

Na povědomí logopedů o trans lidech a hlasové péči poskytované transsexuálům se zaměřili také Sawyerová a kol. (2014). Dotazníky byly v rámci studie rozeslány nejen odborníkům (n = 228), ale taktéž samotným trans osobám (n = 88) ve vztahu k jejich informovanosti o možnostech služeb poskytovaných logopedy. Z výzkumu vyplynulo, že **většina logopedů se necítí být připravena na práci s trans klientem. 69 % z nich však uvedlo, že tato problematika spadá do kompetence logopeda**. 23 % respondentů by bylo ochotných provádět diagnostiku a 24 % by bylo ochotných provádět terapii. **Výsledky šetření této diplomové práce ukázaly o něco vyšší procenta** (28,4 % klinických logopedů by bylo velmi či částečně ochotných provádět diagnostiku a 36,8 % by bylo velmi či částečně ochotných provádět hlasovou terapii u trans osob).

Hlavním přínosem práce je výzkum problematiky, které je v České republice poměrně neznámé a neprobádané. **Limity výzkumu autorka práce spatřuje zejména v malém výzkumném vzorku respondentů a volbě nestandardizovaného dotazníku**. Nízká návratnost dotazníků mohla být způsobena mnoha faktory, z nichž se jako zásadní jeví volba dotazníku, který ač zaručuje anonymitu, k jeho vyplňování bývá kvůli časové vytíženosti respondentů nízká motivace. Zahrnutí některých položek, zvlášť otevřených otázek, mohla na respondenty působit dojmem didaktického testu. Stejně tak mohla mít na míru návratnosti vliv nezkušenost českých odborníků s takto specifickou skupinou klientů. Negativní postoje vůči skupině trans lidí[29] a tedy i vůči hlasové terapii nelze automaticky předpokládat; na toto téma i v rámci rozpracování problematiky hlasové terapie u transsexualismu by bylo **vhodné realizovat navazující kvalitativní výzkum ve formě rozhovorů s odborníky a kazuistik**

[28] Lesby, gayové, bisexuálové a transgender osoby (www.lgbt.ie/about/what-is-lgbt)
[29] Tzv. transfobie

s konkrétními případy práce s hlasem u trans osob. Ze zahraničních studií můžeme zmínit např. kazuistiky 25 trans žen sledujících během pětiletého období pokroky klientů v oblasti hlasové terapie (Hancock a Garabedian, 2013), **v českém prostředí zpracovali Kazuistiky hlasové péče u transsexualismu MtF Frič a Jačková** (2011). Další významnou prací je studie Kučerové (2008), do níž bylo zahrnuto 8 žen po krikotyreoidní operaci, s názvem Subjektivní vnímání změny hlasu po fonochirurgické léčbě transsexualismu male to female.

Závěr

Cílem diplomové práce bylo popsat problematiku změny hlasu u transsexuálů, v praktické části pak explorovat povědomí klinických logopedů a ORL lékařů o transsexualitě a možnostech hlasové terapie u trans lidí. Tento **cíl byl prostřednictvím kvantitativního výzkumu naplněn**.

Návratnost dotazníků činila pro skupinu klinických logopedů 10,01 % a pro skupinu ORL lékařů 18,31 %. Toto procentuální rozložení může být dána mnoha faktory. Dotazníky byly rozeslány e-mailovou formou, a dalo se očekávat, že dobrovolnost vyplňování se odrazila na nízké návratnosti. Zkoumané téma je jak v oboru klinické logopedie, tak v oboru otorinolaryngologie spíše raritou a dle odpovědí stále přetrvává jakási netolerance vůči skupině trans lidí. Je nicméně možné, že ani samotní transsexuálové nevědí o možnostech hlasové terapie, kterou může zprostředkovat jedna ze zmíněných skupin, a vyhledávají spíše jiné skupiny hlasových profesionálů, či charakter svého hlasu nepovažují za překážku v procesu tranzice. Na toto téma by bylo vhodné realizovat další výzkum, případně zprostředkovat osvětu pro trans osoby, aby věděly, na koho se mají v případě nespokojenosti se svým hlasem obrátit.

Všechny studie zmíněné v průběhu celé diplomové práce a mnohé další poukazují na fakt, že **hlasová péče u trans osob je významným faktorem v procesu tranzice** a napomáhá těmto osobám cítit se ve svém těle sebevědoměji. Autorka této diplomové práce věří, že se o tuto problematiku v České republice bude zajímat více hlasových profesionálů. Propojení s adekvátním vzděláním by mělo být samozřejmostí, proto by bylo vhodné začlenit tuto problematiku do kurikula a v kurzech hlasové terapie se zaměřovat také na aspekty hlasu u trans osob.

Seznam použitých zdrojů a literatury

1. ADLER, R., HIRSCH, S. a M. MORDAUNT. *Voice and communication therapy for the transgender/transsexual client* [online]. 2006 [cit. 2018-04-14]. ISBN 1597564702.
2. Adresář pracovišť klinické logopedie. *http://www.klinickalogopedie.cz* [online]. [cit. 2018-03-04]. Dostupné z: http://www.klinickalogopedie.cz/index.php?pg=verejnost--adresar-logopedickych-pracovist
3. ARCELUS, J., W.P. BOUMAN, W. VAN DEN NOORTGATE, L. CLAES, G. WITCOMB a F. FERNANDEZ-ARANDA. Review: Systematic review and meta-analysis of prevalence studies in transsexualism. *European Psychiatry* [online]. 2015, **30**(6), 807-815 [cit. 2017-12-02]. DOI: 10.1016/j.eurpsy.2015.04.005. ISSN 09249338.
4. CAREW, Lisa, Georgia DACAKIS a Jennifer OATES. The Effectiveness of Oral Resonance Therapy on the Perception of Femininity of Voice in Male-to-Female Transsexuals. *Journal of Voice* [online]. 2007, **21**(5), 591-603 [cit. 2017-08-31]. DOI: 10.1016/j.jvoice.2006.05.005. ISSN 08921997.
5. COLEMAN, E. et al. *Standards of Care for the Health of Transsexual, Transgender, and Gender-Nonconforming People, Version 7*. International Journal of Transgenderism [online]. 2011, 13(4). [cit. 2017-09-10]. Dostupné z: http://www.wpath.org/uploaded_files/140/files/IJT%20SOC,%20V7.pdf.
6. ČIHÁK, R. *Anatomie.* 3., upr. a dopl. vyd. Editor Miloš GRIM, ilustroval Milan MED. Praha: Grada Publishing, c2013, [xiv], 497 s. ISBN 978-80-247-4788-0.
7. ČOČEK, A. Hrtan a průdušnice. In: HAHN, Aleš. *Otorinolaryngologie a foniatrie v současné praxi.* Praha: Grada Publishing, 2007, s. 219-250. ISBN 978-80-247-0529-3.
8. DACAKIS, G., S. DAVIES, J. OATES, J. DOUGLAS a J. JOHNSTON. Development and Preliminary Evaluation of the Transsexual Voice Questionnaire for Male-to-Female Transsexuals. *Journal of Voice* [online]. 2013, **27**(3), 312-320 [cit. 2017-09-30]. DOI: 10.1016/j.jvoice.2012.11.005. ISSN 08921997.
9. DE CUYPERE, G., M. VAN HEMELRIJCK, A. MICHEL, B. CARAEL, G. HEYLENS, R. RUBENS, P. HOEBEKE a S. MONSTREY. Original article: Prevalence and demography of transsexualism in Belgium. *European Psychiatry* [online]. 2007, **22**(3), 137-141 [cit. 2017-12-02]. DOI: 10.1016/j.eurpsy.2006.10.002. ISSN 09249338.
10. DRESCHER, J. *Gender Diagnoses and ICD-11.* In: Psychiatric News [online]. 2016, August 15, 2016 [cit. 2018-02-15]. Dostupné z: https://psychnews.psychiatryonline.org/doi/full/10.1176/appi.pn.2016.8a15

11. *DSM-5: Diagnostický a statistický manuál duševních poruch*. Editor Jiří RABOCH, editor Michal HRDLIČKA, editor Pavel MOHR, editor Pavel PAVLOVSKÝ, editor Radek PTÁČEK, přeložila Martina VŇUKOVÁ. Praha: Hogrefe - Testcentrum, 2015, 1032 s. ISBN 978-80-86471-52-5.
12. FAFEJTA, M. *Úvod do sociologie pohlaví a sexuality.* Věrovany: Jan Piszkiewicz, 2004. ISBN 80-86768-06-6.
13. FIFKOVÁ, H. *Transsexualita a jiné poruchy pohlavní identity*. Vyd. 2. Praha: Grada, 2008. ISBN 978-80-247-1696-1.
14. FIFKOVÁ, H. Transsexualita z pohledu sexuoložky. *Gender, rovné příležitosti, výzkum* [online]. 2001, (3), 1-2 [cit. 2017-08-31]. ISSN 1213-0028. Dostupné z: http://www.genderonline.cz/uploads/111c5fcf226d2ed033ab618317aed562450a0489_rocnik02-3-2001.pdf
15. FRIČ, M. a J. DRŠATA. Akustické metody vyšetření hlasu. In: DRŠATA, J. a V. CHROBOK. *Foniatrie - hlas*. Havlíčkův Brod: Tobiáš, 2011, s. 74-82. Medicína hlavy a krku. ISBN 978-80-7311-116-8.
16. HAHN, A. *Otorinolaryngologie a foniatrie v současné praxi.* Praha: Grada Publishing, 2007, 390 s. ISBN 978-80-247-0529-3.
17. HÁLA, B. a M. SOVÁK. *Hlas - řeč - sluch: základy fonetiky a logopedie*. Praha: SPN, 1962.
18. HANCOCK, A. a G. HASKIN. Speech-Language Pathologists' Knowledge and Attitudes Regarding Lesbian, Gay, Bisexual, Transgender, and Queer (LGBTQ) Populations. *American Journal of Speech-Language Pathology* [online]. 2015, 24(2), 206-221 [cit. 2017-08-31]. DOI: 10.1044/2015_AJSLP-14-0095. ISSN 10580360.
19. HANCOCK, Adrienne, Lindsey COLTON a Fiacre DOUGLAS. Intonation and Gender Perception: Applications for Transgender Speakers. *Journal of Voice* [online]. 2014, 28(2), 203-209 [cit. 2018-04-13]. DOI: 10.1016/j.jvoice.2013.08.009. ISSN 08921997.
20. HARTL, P. a H. HARTLOVÁ. *Psychologický slovník.* Třetí, aktualizované vydání. Praha: Portál, 2015, 774 s. ISBN 978-80-262-0873-0.
21. HOSÁK, L., HRDLIČKA M. a J. LIBIGER. *Psychiatrie a pedopsychiatrie.* Praha: Univerzita Karlova v Praze, nakladatelství Karolinum, 2015. ISBN 978-80-246-2998-8.
22. HYBÁŠEK, I. *Ušní, nosní a krční lékařství*. Praha: Galén, 1999, 220 s. ISBN 8072620177.

23. CHOI, Bernard C. K. a Anita W. P. PAK. Multidisciplinarity, interdisciplinarity and transdisciplinarity in health research, services, education and policy: 1. Definitions, objectives, and evidence of effectiveness. *Clinical* [online]. 2006, 29(6), 351-364 [cit. 2018-04-13]. ISSN 0147958X.
24. CHRÁSKA, M. *Metody pedagogického výzkumu: základy kvantitativního výzkumu*.
25. CHROBOK, V., KUČERA, M. a M. FRIČ. Klinická anatomie a fyziologie hlasotvorného ústrojí. In: DRŠATA, J. a V. CHROBOK. *Foniatrie - hlas*. Havlíčkův Brod: Tobiáš, 2011, s. 24-40. Medicína hlavy a krku. ISBN 978-80-7311-116-8.
26. CHROBOK, V., PELANT, A, PRAISLER, J., ZÁBRODSKÝ, M. a B. LORENC. Obecné principy chirurgické léčby hlasových poruch. In: DRŠATA, Jakub a Viktor CHROBOK. Foniatrie - hlas. Havlíčkův Brod: Tobiáš, 2011, s. 140-151. Medicína hlavy a krku. ISBN 978-80-7311-116-8.
27. KLENKOVÁ, J. *Logopedie: narušení komunikační schopnosti, logopedická prevence, logopedická intervence v ČR, příklady z praxe.* Praha: Grada, 2006, 224 s. Pedagogika. ISBN 80-247-1110-9.
28. KŘÍŽKOVÁ, A. Genderová identita. *Gender, rovné příležitosti, výzkum* [online]. 2001, (3), 1-2 [cit. 2017-08-31]. ISSN 1213-0028. Dostupné z: http://www.genderonline.cz/uploads/111c5fcf226d2ed033ab618317aed562450a0489_rocnik02-3-2001.pdf
29. KUČERA, M., DRŠATA, J. a V. CHROBOK. Psychogenní poruchy hlasu. In: DRŠATA, Jakub a Viktor CHROBOK. Foniatrie - hlas. Havlíčkův Brod: Tobiáš, 2011, s. 242-248. Medicína hlavy a krku. ISBN 978-80-7311-116-8.
30. KUČEROVÁ, Jana. Subjektivní vnímání změny hlasu po fonochirurgické léčbě "transsexualismu male to female". *Profese online*. 2008, I(2), 11. ISSN 1803-4330.
31. LECHTA, V. Základní vymezení oboru logopedie. In: ŠKODOVÁ, E. a I. JEDLIČKA. *Klinická logopedie*. 2., aktualiz. vyd. Praha: Portál, 2007, 615 s., viii s. barev. obr. příl. ISBN 978-80-7367-340-6.
32. LEJSKA, M. *Poruchy verbální komunikace a foniatrie*. Brno: Paido, 2003. ISBN 80-7315-038-7.
33. LINKOVÁ, M. Transgenderismus. *Gender, rovné příležitosti, výzkum* [online]. 2001, (3), 1-2 [cit. 2017-08-31]. ISSN 1213-0028. Dostupné z: http://www.genderonline.cz/uploads/111c5fcf226d2ed033ab618317aed562450a0489_rocnik02-3-2001.pdf

34. M. COSYNS, VAN BORSEL, J., T. DAELMAN, S. LAENEN, K. WIERCKX, D. DEDECKER, F. VAN DE PEER a G. T'SJOEN. Voice in female-to-male transsexual persons after long-term androgen therapy. *Laryngoscope*[online]. 2014, **124**(6), 1409 - 1414 [cit. 2017-08-31]. DOI: 10.1002/lary.24480. ISSN 15314995.
35. Mezinárodní asociace logopedů a foniatrů (IALP). *http://www.klinickalogopedie.cz* [online]. [cit. 2018-03-04]. Dostupné z: http://www.klinickalogopedie.cz/index.php?pg=mezinarodni-spoluprace--ialp
36. Mezinárodní statistická klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů: MKN-10 : desátá revize : aktualizovaná druhá verze k 1.4.2014. 2., aktualiz. vyd. Praha: Bomton Agency, 2008-2014. ISBN 978-80-904259-0-3.
37. NOVÁK, A. *Foniatrie a pedaudiologie II: poruchy hlasu u dětí a dospělých – základy anatomie a fyziologie hlasu, diagnostika, léčba, reedukace a rehabilitace poruch hlasu*. Praha, 2000.
38. OATES, J. a G. DACAKIS. Voice change in transsexuals. *Venereology* [online]. 1997, 10(3), 178 - 187 [cit. 2018-04-13]. ISSN 10321012.
39. ŠÍPOVÁ, I. a A. BRZEK. Parental and Interpersonal Relationships of Transsexual and Masculine and Feminine Homosexual Men. *Journal of Homosexuality* [online]. 1983, **9**(1), 75-85 [cit. 2017-10-11]. ISSN 00918369.
40. ŠVEC, J. *Tajemství hlasu: 4. přednáška z cyklu Vědeckopopulárních přednášek významných absolventů Univerzity Palackého v Olomouci. 25. dubna 2006*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2006. Vědeckopopulární přednášky významných absolventů Univerzity Palackého v Olomouci. ISBN 80-244-1318-3.
41. THORNTON, J. Working with the transgender voice. *Sexologies* [online]. 2008, 17(4), 271-276 [cit. 2018-04-13]. DOI: 10.1016/j.sexol.2008.08.003. ISSN 11581360.
42. THORNTON, J. Working with the transgender voice: The role of the speech and language therapist. *Sexologies* [online]. 2008, 17(4), 271 - 276 [cit. 2017-09-10]. DOI: 10.1016/j.sexol.2008.08.003. ISSN 11581360.
43. VAN BORSEL, J., G. DE CUYPÉRE, R. RUBENS a B. DESTAERKE. Voice problems in female-to-male transsexuals. *International Journal of Language* [online]. 2000, 35(3), 427-442 [cit. 2017-09-10]. DOI: 10.1080/136828200410672. ISSN 13682822.
44. VELDOVÁ, Z. Foniatrie. In: HAHN, Aleš. *Otorinolaryngologie a foniatrie v současné praxi*. Praha: Grada Publishing, 2007, s. 339-371. ISBN 978-80-247-0529-3.

45. VOHRADNÍK, M. Foniatrická léčba a metodika edukace hlasu u transsexualismu male to female. *Otorinolaryng. a Foniat.* 2000, **49**(4), 214-215.
46. VYDROVÁ, J. et al. *Hlasová terapie*. Praha: Tobiáš, 2017, 227 s. ISBN 978-80-7311-169-4.
47. VYDROVÁ, J. *Rady ke zpívání, aneb, Co může zpěvákům poradit odborný lékař.* Praha: Práh, 2009. ISBN 978-80-7252-252-1.
48. VYDROVÁ, J., P. BRANDTL. Vyšetření hlasu lékařem. In: VYDROVÁ, J. et al. *Hlasová terapie*. Praha: Tobiáš, 2017, 227 s. ISBN 978-80-7311-169-4.
49. WEISS, P. *Sexuologie.* Praha: Grada Publishing, 2010, xiii, 724 s. ISBN 978-80-247-2492-8.
50. WEISS, P. Transsexuality - Definition and Treatment. In: *10th Pan-European Voice Conference: Celebrating Interdisciplinary Collaboration*. Praha: Medical Healthcom spol., 2013, s. 22. ISBN 978-80-260-4832-9.
51. Zákon č. 96/2004 Sb., o podmínkách získávání a uznávání způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povolání a k výkonu činnosti souvisejících s poskytováním zdravotní péče a o změně některých souvisejících zákonů (zákon o nelékařských zdravotnických povoláních), ve znění pozdějších předpisů
52. ZVOLSKÝ, P. *Speciální psychiatrie.* Praha: Vydala Univerzita Karlova v Praze, Nakladatelství Karolinum, 2005, 206 s. ISBN 8071842036.

Seznam grafů

Graf 1 - „Znáte osobně někoho, kdo se identifikuje jako transsexuální či transgender?“ – logopedi 42
Graf 2 - „Znáte osobně někoho, kdo se identifikujete jako transsexuální či transgender?“ – ORL 43
Graf 3 - „Setkal(a) jste se ve své klinické praxi s trans osobou, která měla zájem o feminizaci nebo maskulinizaci hlasu?" – logopedi 44
Graf 4 - „Setkal(a) jste se ve své klinické praxi s trans osobou, která měla zájem o feminizaci nebo maskulinizaci hlasu? Pokud ano, uveďte počet těchto osob.“ 45
Graf 5 - „Jaký odborník či odborníci by se podle Vás mohli zabývat konzervativní hlasovou terapií u trans osob?“ – logopedi 46
Graf 6 – „Jaký odborník či odborníci by se podle Vás mohli zabývat konzervativní hlasovou terapií u trans osob?“ – ORL 47
Graf 7 - „Myslím si, že dostupná hlasová péče pro trans osoby v České republice je dostačující.“ – logopedi 48
Graf 8 - „Myslím si, že dostupná hlasová péče pro trans osoby v České republice je dostačující.“ 49
Graf 9 - „Na jakých oblastech se podle Vašeho názoru v zahraničí při konzervativní hlasové terapii u trans osob MtF pracuje?“ – logopedi 52
Graf 10 - „Na jakých oblastech se podle Vašeho názoru v zahraničí při konzervativní hlasové terapii u trans osob MtF pracuje?“ – ORL 53
Graf 11 - „Uveďte, do jaké míry byste byl(a) ochotný/á (příp. jste ochotný/á) provádět diagnostiku hlasu u trans osob.“ – logopedi 54
Graf 12 - „Uveďte, do jaké míry byste byl(a) ochotný/á (příp. jste ochotný/á) provádět diagnostiku hlasu u trans osob.“ – ORL 55
Graf 13 - „Uveďte, do jaké míry byste byl(a) ochotný/á (příp. jste ochotný/á) provádět terapii hlasu u trans osob.“ – logopedi 56
Graf 14 - „Uveďte, do jaké míry byste byl(a) ochotný/á (příp. jste ochotný/á) provádět terapii hlasu u trans osob.“ – ORL 57
Graf 15 - „Uvítal(a) byste kurzy zabývající se možnostmi hlasové terapie u trans osob?“ – logopedi 58
Graf 16 - „Uvítal(a) byste kurzy zabývající se možnostmi hlasové terapie u trans osob?“ – ORL 59

Seznam tabulek

Tabulka 1 - "V jakém kraji pracujete?" - logopedi 38
Tabulka 2 - „V oboru klinické logopedie pracuji…“ 38
Tabulka 3 - "Jako logoped pracuji..." 39
Tabulka 4 - "Absolvoval(a) jste kurz zaměřený na terapii hlasových poruch?" 39
Tabulka 6 - „V jakém kraji pracujete?“ – ORL 40
Tabulka 7 - „Absolvoval(a) jste nástavbovou atestaci v oboru foniatrie a audiologie?“ 40
Tabulka 8 - "Jste obeznámen(a) s termínem transsexualita?" – logopedi 41
Tabulka 9 - „Znáte osobně někoho, kdo se identifikuje jako transsexuální či transgender?“ – logopedi 42
Tabulka 10 - „Znáte osobně někoho, kdo se identifikuje jako transsexuální či transgender?“ – ORL 43
Tabulka 11 - „Setkal(a) jste se ve své klinické praxi s trans osobou, která měla zájem o feminizaci nebo maskulinizaci hlasu?" – logopedi 44
Tabulka 12 - „Setkal(a) jste se ve své klinické praxi s trans osobou, která měla zájem o feminizaci nebo maskulinizaci hlasu?“ – ORL 45
Tabulka 13 - „Jaký odborník či odborníci by se podle Vás mohli zabývat konzervativní hlasovou terapií u trans osob?“ – logopedi 46
Tabulka 14 - „Jaký odborník či odborníci by se podle Vás mohli zabývat konzervativní hlasovou terapií u trans osob?“ – ORL 47
Tabulka 15 - „Myslím si, že dostupná hlasová péče pro trans osoby v České republice je dostačující.“ – logopedi 48
Tabulka 16 - „Myslím si, že dostupná hlasová péče pro trans osoby v České republice je dostačující.“ – ORL 49
Tabulka 17 - „Na jakých oblastech se podle Vašeho názoru v zahraničí při konzervativní hlasové terapii u trans osob MtF pracuje?“ – logopedi 52
Tabulka 18 - „Na jakých oblastech se podle Vašeho názoru v zahraničí při konzervativní hlasové terapii u trans osob MtF pracuje?“ – ORL 53
Tabulka 19 - „Uveďte, do jaké míry byste byl(a) ochotný/á (příp. jste ochotný/á) provádět diagnostiku hlasu u trans osob.“ – logopedi 54
Tabulka 20 - „Uveďte, do jaké míry byste byl(a) ochotný/á (příp. jste ochotný/á) provádět diagnostiku hlasu u trans osob.“ – ORL 55
Tabulka 21 - „Uveďte, do jaké míry byste byl(a) ochotný/á (příp. jste ochotný/á) provádět terapii hlasu u trans osob.“ – logopedi 56
Tabulka 22 - „Uveďte, do jaké míry byste byl(a) ochotný/á (příp. jste ochotný/á) provádět terapii hlasu u trans osob.“ 57
Tabulka 23 - „Uvítal(a) byste kurzy zabývající se možnostmi hlasové terapie u trans osob?“ – logopedi 58
Tabulka 24 - „Uvítal(a) byste kurzy zabývající se možnostmi hlasové terapie u trans osob?“ – ORL 59
Tabulka 25 - čtyřpolní tabulka pro H1 60
Tabulka 26 - pozorované četnosti pro H1 60
Tabulka 27 - očekávané četnosti pro H01 60
Tabulka 28 - kontingenční tabulka pro H2 61
Tabulka 29 - pozorované četnosti pro H2 61
Tabulka 30 - očekávané četnosti pro H2 62

Seznam zkratek

AKL ČR – Asociace klinických logopedů v České republice

DSM-5 – Diagnostický a statistický manuál duševních poruch, 5. edice

DSM-IV – Diagnostický a statistický manuál duševních poruch, 4. edice

FtM – Female-to-male

IALP – International Association of Logopedics and Phoniatrics

LGBT – Lesby, gayové, bisexuálové a transgender osoby

MKN-10 – Mezinárodní statistické klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů, 10. revize

MtF – Male-to-female

ORL – Otorinolaryngologie

PEVOC – Pan-European Voice Conference

RLT – Real Life Test

TVQ – Transsexual Voice Questionnaire

VHI – Voice handicap index

WPATH – The World Professional Association for Transgender Health

Seznam příloh diplomové práce

Příloha č. 1: Dotazník pro klinické logopedy

Příloha č. 2: Dotazník pro otorinolaryngology

Příloha č. 1: Dotazník pro klinické logopedy

1. Pohlaví…

- Muž
- Žena

2. Věk…

3. V jakém kraji pracujete?

4. V oboru klinické logopedie pracuji (pozn.: započtěte i dobu předatestační přípravy)

- 1-5 let
- 6-10 let
- 11-15 let
- 15 let a více

5. Jako logoped pracuji…

- Při nemocnici
- V soukromé ambulanci
- Jiné, uveďte…

6. Pokud pracujete při nemocnici, upřesněte prosím oddělení či kliniku, na kterou docházíte. *(pozn.: pokud pracujete na více odděleních či klinikách, uveďte je prosím všechny)*

7. Absolvoval(a) jste kurz zaměřený na terapii hlasových poruch?

- Ano
- Ne

8. Jste obeznámen(a) s termínem transsexualita?

- Ano
- Ne

9. Znáte osobně někoho, kdo se identifikuje jako transsexuální či transgender?

- Ano
- Ne

10. Setkal(a) jste se ve své klinické praxi s trans osobou, která měla zájem o feminizaci nebo maskulinizaci hlasu? Pokud ano, uveďte počet těchto osob. *(pozn.: trans osoba je pro potřeby tohoto dotazníku chápána jako transsexuální nebo transgender osoba)*

- Ano
- Ne

11. Jaký odborník či odborníci by se podle Vás mohli zabývat konzervativní hlasovou terapií u trans osob?

- Pěvecký pedagog
- Foniatr
- Učitel dramatické výchovy
- Logoped
- Jiný odborník, uveďte…

12. Myslím si, že dostupná hlasová péče pro trans osoby v České republice je dostačující.

- Rozhodně souhlasím
- Spíše souhlasím
- Ani souhlasím, ani nesouhlasím
- Spíše nesouhlasím
- Rozhodně nesouhlasím

13. Co byste doporučil(a) trans osobě MtF, která není spokojená se svým hlasem? *(pozn.: MtF (male-to-female) osoba je člověk narozený s mužskými pohlavními znaky, který se identifikuje jako žena)*

14. Co byste doporučil(a) trans osobě FtM, která ani po roce hormonální terapie není spokojená se svým hlasem? *(pozn.: FtM (female-to-male) osoba je člověk narozený s ženskými pohlavními znaky, který se identifikuje jako muž)*

15. Na jakých oblastech se podle Vašeho názoru v zahraničí při konzervativní hlasové terapii u trans osob MtF pracuje? Můžete označit více odpovědí.

- Mluvní tempo
- Rezonance
- Nonverbální charakteristiky
- Výška hlasu
- Měkký hlasový začátek
- Melodie řeči (intonace)
- Jiné, uveďte…

16. Uveďte, do jaké míry byste byl(a) ochotný/á (příp. jste ochotný/á) provádět diagnostiku hlasu u trans osob.

- Velmi ochotný/á
- Spíše ochotný/á
- Ani ochotný/á, ani neochotný/á
- Spíše neochotný/á
- Velmi neochotný/á

17. Uveďte, do jaké míry byste byl(a) ochotný/á (příp. jste ochotný/á) provádět hlasovou terapii u trans osob.

- Velmi ochotný/á
- Spíše ochotný/á
- Ani ochotný/á, ani neochotný/á
- Spíše neochotný/á
- Velmi neochotný/á

18. Uvítal(a) byste kurzy zabývající se možnostmi hlasové terapie u trans osob?

- Ano
- Ne

Příloha č. 2: Dotazník pro otorinolaryngology

1. Pohlaví…

- Muž
- Žena

2. Věk…

3. V jakém kraji pracujete?

4. Jak dlouho pracujete v oboru otorinolaryngologie?

- 1-5 let
- 6-10 let
- 11-15 let
- 15 let a více

5. Absolvoval(a) jste nástavbovou atestaci v oboru foniatrie a audiologie?

- Ano
- Ne

6. Absolvoval(a) jste kurz zaměřený na terapii hlasových poruch?

- Ano
- Ne

7. Jste obeznámen(a) s termínem transsexualita?

- Ano
- Ne

8. Znáte osobně někoho, kdo se identifikuje jako transsexuální či transgender?

- Ano
- Ne

9. Setkal(a) jste se ve své klinické praxi s trans osobou, která měla zájem o feminizaci nebo maskulinizaci hlasu? Pokud ano, uveďte počet těchto osob. *(pozn.: trans osoba je pro potřeby tohoto dotazníku chápána jako transsexuální nebo transgender osoba)*

- Ano
- Ne

10. Jaký odborník či odborníci by se podle Vás mohli zabývat konzervativní hlasovou terapií u trans osob?

- Pěvecký pedagog
- Foniatr
- Učitel dramatické výchovy
- Logoped
- Jiný odborník, uveďte…

11. Myslím si, že dostupná hlasová péče pro trans osoby v České republice je dostačující.

- Rozhodně souhlasím
- Spíše souhlasím
- Ani souhlasím, ani nesouhlasím
- Spíše nesouhlasím
- Rozhodně nesouhlasím

12. Co byste doporučil(a) trans osobě MtF, která není spokojená se svým hlasem? *(pozn.: MtF (male-to-female) osoba je člověk narozený s mužskými pohlavními znaky, který se identifikuje jako žena)*

13. Co byste doporučil(a) trans osobě FtM, která ani po roce hormonální terapie není spokojená se svým hlasem? *(pozn.: FtM (female-to-male) osoba je člověk narozený s ženskými pohlavními znaky, který se identifikuje jako muž)*

14. Na jakých oblastech se podle Vašeho názoru v zahraničí při konzervativní hlasové terapii u trans osob MtF pracuje? Můžete označit více odpovědí.

- Mluvní tempo
- Rezonance
- Nonverbální charakteristiky
- Výška hlasu
- Měkký hlasový začátek
- Melodie řeči (intonace)
- Jiné, uveďte…

15. Uveďte, do jaké míry byste byl(a) ochotný/á (příp. jste ochotný/á) provádět diagnostiku hlasu u trans osob.

- Velmi ochotný/á
- Spíše ochotný/á
- Ani ochotný/á, ani neochotný/á
- Spíše neochotný/á
- Velmi neochotný/á

16. Uveďte, do jaké míry byste byl(a) ochotný/á (příp. jste ochotný/á) provádět hlasovou terapii u trans osob.

- Velmi ochotný/á
- Spíše ochotný/á
- Ani ochotný/á, ani neochotný/á
- Spíše neochotný/á
- Velmi neochotný/á

17. Uvítal(a) byste kurzy zabývající se možnostmi hlasové terapie u trans osob?

- Ano
- Ne

ANOTACE

Jméno a příjmení:	Eliška Tesařová
Katedra:	Ústav speciálněpedagogických studií
Vedoucí práce:	Mgr. Lucie Kytnarová
Rok obhajoby:	2018

Název práce:	Problematika hlasu u transsexualismu
Název v angličtině:	Voice Change in Transgender People
Anotace práce:	Diplomová práce pojednává o hlasu a možnostech hlasové terapie u transsexuálních, popřípadě transgender osob, jakož i o odbornících zainteresovaných do práce s hlasem u těchto osob. Práce je rozdělena na dvě části. Část teoretická se zaměřuje na popis hlasu jako takového, jeho charakteristiky a mezipohlavní rozdíly, možnosti diagnostiky a zejména pak možnosti konzervativní hlasové terapie u trans osob. V poslední kapitole je nastíněna mezioborová spolupráce hlasových profesionálů, kteří se zabývají nebo mohou zabývat hlasovou terapií u trans osob. Empirickou část tvoří kvantitativní výzkum o dvou hypotézách, realizovaný formou dvou dotazníků vlastní konstrukce, jenž se zaměřuje na povědomí klinických logopedů a otorinolaryngologů o problematice transsexuality a konzervativní hlasové terapie u trans osob. Sběr dat byl proveden ve třech vlnách, dotazník vyplnilo 95 logopedů a 13 ORL lékařů. Zpracování dat proběhlo deskriptivní cestou a statisticky pomocí Chí-kvadrátu.

Klíčová slova:	Hlas, transsexualita, trans lidé, transgender, konzervativní hlasová terapie, fonochirurgie, klinická logopedie, foniatrie, otorinolaryngologie
Anotace v angličtině:	The thesis is concerned with voice and voice therapy in transgender people as well as voice professionals‘ approaches to the management of conservative voice and communication therapy. The thesis is divided into two main parts. The first, theoretical part looks into the voice itself, its characteristics such as pitch and resonance, gender-related voice differences, voice evaluation and voice therapy in trans people. After the first part, the empirical studies follows. This part includes two anonymous surveys which were sent to Czech practicing speech-language pathologists and ENT clinicians. These surveys investigated their experience with transgender people, competence and if they are interested in participating in working with transgender people in practice. 95 speech-and-language pathologists and 13 otorhinolaryngologists filled in the survey. The data were analysed through the Chi-Quadrat-Test.
Klíčová slova v angličtině:	Voice, voice change, transsexuality, transgender, speech therapy, speech and language pathology, phonosurgery, voice therapy, communication, otorhinolaryngology
Přílohy vázané v práci:	Příloha č. 1: Dotazník pro klinické logopedy Příloha č. 2: Dotazník pro otorinolaryngology
Rozsah práce:	75 stran
Jazyk práce:	Český