

Adéla Hanáková, Eva Urbanovská a kol.

Sebepojetí

v kontextu speciální pedagogiky

Logopedické a somatopedické
perspektivy



Univerzita Palackého v Olomouci
Pedagogická fakulta
Ústav speciálněpedagogických studií

Sebepojetí

v kontextu speciální pedagogiky
Logopedické a somatopedické
perspektivy

Adéla Hanáková
Eva Urbanovská
Petra Křížkovská
Veronika Havlíčková
Tereza Hrudová
Zuzana Příhodová

Olomouc 2024

Oponenti:

Mgr. Eva Šalamonová

Mgr. Hana Ryšlavá, Ph.D.

Kolektiv řešitelů:

Mgr. Adéla Hanáková, Ph.D. (úvod, kap. 1, kap. 2, podkap. 3.1, podkap.3.2, podkap. 3.2.1, podkap. 3.2.2, podkap. 3.2.4, diskuze, závěr)

Mgr. Eva Urbanovská, Ph.D. (podkap. 2.1.1, podkap. 2.1.2, podkap. 2.1.3)

Mgr. et Mgr. Petra Křížkovská, Ph.D. (podkap. 2.2.1, podkap. 2.2.2, podkap. 2.2.3, podkap. 2.2.4, podkap. 2.2.5)

Veronika Havlíčková (kap. 1, kap. 2, podkap. 2.3, podkap. 3.2.3)

Mgr. Tereza Hrudová (podkap. 2.2.6)

Mgr. Zuzana Příhodová (podkap. 2.1.4)

Tato odborná publikace byla financována z prostředků grantového specifického výzkumu (IGA) Sebepojetí v kontextu osob s narušenou komunikační schopností a omezením hybnosti, PdF UP, 2023/2024 (IGA_PdF_2023_017).

Neoprávněné užití tohoto díla je porušením autorských práv a může zakládat občansko-právní, správněprávní, popř. trestněprávní odpovědnost.

1. vydání

© Adéla Hanáková, Eva Urbanovská, Petra Křížkovská, Veronika Havlíčková,
Tereza Hrudová, Zuzana Příhodová, 2024

© Univerzita Palackého v Olomouci, 2024

DOI: 10.5507/pdf.24.24464336

ISBN 978-80-244-6433-6 (print)

ISBN 978-80-244-6434-3 (online: iPDF)

Obsah

Úvod	7
1 Sebepojetí	9
1.1 Terminologické vymezení	9
1.2 Historický vývoj konceptu sebepojetí	10
1.3 Struktura a komponenty sebepojetí	11
1.4 Determinanty vývoje sebepojetí	12
1.5 Dopady a vliv sníženého sebepojetí na kvalitu života	13
2 Sebepojetí osob se specifickými potřebami	15
2.1 Osoby se specifickými vývojovými poruchami učení	18
2.1.1 Terminologické vymezení specifických vývojových poruch učení	18
2.1.2 Etiologie specifických vývojových poruch učení	20
2.1.3 Klasifikace a symptomatologie specifických vývojových poruch učení	21
2.1.4 Rešerše – sebepojetí osob se specifickými poruchami učení	27
2.2 Osoby se získaným narušením fatických funkcí	34
2.2.1 Terminologické vymezení afází	34
2.2.2 Etiologie	38
2.2.3 Klasifikace	43
2.2.4 Prognóza	49
2.2.5 Rešerše – sebepojetí osob se získaným narušením fatických funkcí	50
2.3 Osoby se získanou dysartrií	56
2.3.1 Terminologické vymezení dysartrií	57
2.3.2 Příčiny	58
2.3.3 Klasifikace	62
2.3.4 Diagnostika	71
2.3.5 Intervence	73
2.3.6 Rešerše – sebepojetí osob se získanou dysartrií	74

2.4	Osoby s nervosvalovými onemocněními	83
2.4.1	Beckerova svalová dystrofie (BMD)	85
2.4.2	Facioscapulohumerální svalová dystrofie (FSHD)	86
2.4.3	Kongenitální myotonická dystrofie	86
2.4.4	Kongenitální svalová dystrofie	87
2.4.5	Pletencová svalová dystrofie (LGMD)	88
2.4.6	Spinální muskulární atrofie (SMA)	89
2.4.7	Duchennova svalová dystrofie	90
2.4.8	Rešerše – sebezpojetí osob se svalovou dystrofií	91
3	Výzkumná část	94
3.1	Cíl	94
3.2	Cílová skupina a výzkumný nástroj	94
3.2.1	Výzkum sebezpojetí osob se specifickými poruchami učení	96
3.2.2	Výzkum sebezpojetí osob se získaným narušením fatických funkcí	107
3.2.3	Výzkum sebezpojetí osob se získanou dysartrií	117
3.2.4	Výzkum sebezpojetí osob s nervosvalovým onemocněním	126
	Diskuze	135
	Závěr	137
	Shrnutí	140
	Summary	141
	Seznam použité literatury	142

Úvod

Sebepojetí je základním kamenem naší identity a ovlivňuje naše myšlenky, pocity a chování. V kontextu speciální pedagogiky hraje sebepojetí klíčovou roli v procesu rozvoje a adaptace jedinců s různými druhy postižení. Publikace *Sebepojetí v kontextu speciální pedagogiky: logopedické a somatopedické perspektivy* přináší ucelený pohled na problematiku sebepojetí u osob s omezením hybnosti a narušenou komunikační schopností, a to jak z teoretického a výzkumného, tak z praktického hlediska.

Jako autorky této knihy máme s prací s klienty s omezením hybnosti a narušenou komunikační schopností osobní zkušenost. Několik členek našeho autorského týmu je samo nositelkami omezení hybnosti nebo narušení grafické stránky řeči. Tato zkušenost nám umožnila hlubší porozumění problematice sebepojetí v kontextu speciální pedagogiky a přispěla k vytvoření této knihy, která je citlivá k potřebám a zkušenostem jedinců s postižením či specifickými potřebami.

Publikace je rozdělena do několika částí. První z nich se zaměřuje na teoretické aspekty sebepojetí osob s narušenou komunikační schopností a osob s omezením hybnosti. Představujeme v ní základní pojmy a teorie týkající se sebepojetí, vývoje identity a jejich vztahu k postižení. Dále jsou analyzovány faktory, které ovlivňují sebepojetí jedinců s omezením hybnosti a narušenou komunikační schopností, jako jsou sociální interakce, stigma nebo přístup ke vzdělávání a zaměstnání.

Cílem výzkumu bylo zjistit míru sebepojetí u osob s omezením hybnosti a narušenou komunikační schopností. Z kategorie osob s omezením hybnosti byly vybrány osoby s nervosvalovým onemocněním a z kategorie osob s narušenou komunikační schopností jedinci s afázií, získanou dysartrií a narušením grafické stránky řeči. U všech uvedených skupin byl využit výzkumný nástroj *Dotazník sebepojetí* (DOS) autorů Dolejš, Dostál, Obereignerů, Orel a Kňážek (2021). Tento Dotazník sebepojetí nám poskytl informace z několika dílčích oblastí člověka, které sebepojetí významně ovlivňují a formují a reflektoval rozmanitá životní témata, která se na utváření sebepojetí podílejí.

Druhá část knihy nabízí praktické perspektivy a přístupy k práci s klienty s omezením hybnosti a narušenou komunikační schopností. Jsou zde popsány různé metody a techniky, které mohou být použity k podpoře rozvoje sebepojetí, jako například terapeutické hry, arteterapie nebo práce s rodinou. Důležitým přínosem této knihy je také její praktická orientace. Publikace tak

nabízí i konkrétní návrhy a doporučení pro práci s klienty v rámci logopedických a somatopedických intervencí.

Cílem monografie je poskytnout studentům speciální pedagogiky ucelený a praktický přehled problematiky sebepojetí u osob s omezením hybnosti a narušenou komunikační schopností. Doufáme, že kniha bude inspirací pro další výzkum i praxi v oblasti speciální pedagogiky a přispěje k rozvoji inkluzivního prostředí, ve kterém budou mít jedinci s postižením možnost plně rozvíjet své sebepojetí a dosahovat svých potenciálů.

Za autorský tým
Adéla Hanáková

1

Sebepojetí

Sebepojetí je termín používaný v psychologii a sociálních vědách pro popis toho, jak jednotlivec vnímá sám sebe a jak hodnotí své vlastnosti, schopnosti a postavení ve společnosti. Tento koncept má hluboký vliv na naše myšlení, emoce a chování, protože ovlivňuje naše postoje, hodnoty a cíle. Sebepojetí je tvořeno mnoha složkami, jako jsou sebehodnocení, sebezpoznání, identita a sebeobraz, které spolu úzce souvisejí a vzájemně se ovlivňují. V této kapitole se podrobněji zaměříme na tyto složky sebepojetí a jejich význam pro naši psychiku a život.

1.1 Terminologické vymezení

Sebepojetí je komplexní téma spadající do oblasti „self psychologie“. Hartl a Hartlová (2015, s. 524) ho definují jako „představu o sobě, to, jak jedinec vidí sám sebe“. Van der Werff (in Blatný, 2010, s. 108) uvádí starší definici: „sebepojetí (self-concept) může být snadno definováno jako vidění nebo mentální reprezentace sebe“.

Balcar (1991) popisuje sebepojetí jako obraz sebe, který je součástí každého z nás, přičemž tento obraz nemusí vždy odpovídat realitě. Blatný (2010, s. 107) ho charakterizuje jako „souhrn představ a hodnotících soudů, které člověk o sobě chová“.

Shavelson, Hubner a Stanton (in Blatný & Plháková, 2003, s. 92) upozorňují na to, že sebepojetí je „spíše hypotetický konstrukt, vysvětlující chování a prožívání člověka než reálně existující psychická entita“. Shavelson (in Konečná, 2010) rozšiřuje toto pojetí o sebepercepci vznikající během sociálních interakcí.

V literatuře se můžeme setkat s několika synonymy tohoto termínu, jako jsou sebesystém, Já, Self nebo Jáství (Blatný, 2010; Pugnerová, 2019). Macek (2019) však upozorňuje na nejednotnost v jeho pojmání jednotlivými autory.

Současná literatura rozlišuje dva hlavní proudy vnímání sebepojetí:

1. Sebeпоjetí jako synonymum sebesystému, zahrnující kognitivní, afektivní a konativní složku.
2. Sebeпоjetí jako podsložka sebesystému, synonymní s kognitivní složkou.

Je důležité zdůraznit, že sebeпоjetí se během života vyvíjí a je ovlivněno získanými zkušenostmi (Pugnerová, 2019). Tento pohled se liší od dřívějšího náhledu, který považoval sebeпоjetí za neměnné (Konečná, 2010). Největší vliv na jeho formování mají sociální kontakty a interakce s okolím (Pugnerová, 2019).

1.2 Historický vývoj konceptu sebeпоjetí

William James, jeden z prvních badatelů zkoumajících sebeпоjetí, patřil k biologickému přístupu v psychologii. Vycházel především z Darwinova nativismu, který zdůrazňuje vrozenost určitých vzorců chování. James sám kladl důraz zejména na vliv instinktů a přišel s konceptem „dvojakosti jáství“, který je aktuální dodnes. Tento koncept představuje dualitu sebereflexe:

1. „Já“ jako subjekt – spojeno s vědomím, že jsem to já, kdo ví, kdo jsem.
2. „Já“ jako objekt – spojeno s představou o sobě (Plháková, 2004).

Obě tyto složky dohromady vytvářejí „self“ (Macek, 2019). Tento koncept lze shrnout větou „já jsem si vědom sám sebe“ (James in Macek, 2019, s. 75).

Mezi Jamesovy žáky patřili Charles H. Cooley a George H. Mead. Cooley je autorem konceptu „zrcadlového já“ (looking glass self), podle něhož si jedinec vytváří mínění o sobě na základě představ o tom, co si o něm myslí druzí. Mead tuto teorii rozvinul konceptem „významných druhých“. Podle něj si vytváříme mínění o sobě na základě internalizovaných představ osob, které jsou pro nás důležité – v dětství zejména rodiče, v adolescenci například vrstevníci (Obereignerů, 2017).

V humanistické psychologii se sebeпоjetím zabýval Carl Rogers. Často používal pojem „self“ jako synonymum k sebeпоjetí. Podle Rogerse self „představuje základ všech myšlenek, vjemů a hodnot, které utváří já“ (Hartl & Hartlová, 2015, s. 528). Rogers vnímal vývoj sebeпоjetí jako celoživotní dynamický proces ovlivněný zkušenostmi.

Albert Bandura, představitel sociálně kognitivní psychologie, rovněž významně přispěl k výzkumu sebeпоjetí, nabízí další perspektivu na toto téma.

Tyto různé přístupy a teorie ilustrují, jak komplexní a mnohvrstevnatý je koncept sebeпоjetí v psychologii.

1.3 Struktura a komponenty sebezpojetí

Sebezpojetí je fascinující a komplexní psychologický koncept, který hraje klíčovou roli v našem chápání sebe sama. Shevelson et al. (in Konečná, 2010) přišli s pozoruhodným hierarchickým modelem sebezpojetí, který nám pomáhá lépe pochopit jeho strukturu.

Na vrcholu této hierarchie se nachází tzv. generalizované sebezpojetí, které se dále větví na akademické a neakademické sebezpojetí. Pro naše účely je zvláště zajímavá neakademická větev, která zahrnuje sociální, emocionální a fyzické aspekty sebezpojetí. Je důležité si uvědomit, že zatímco sebezpojetí na vrcholu hierarchie je poměrně stabilní, nižší úrovně jsou více ovlivněny aktuálními situacemi a zkušenostmi.

V současné psychologii se na sebezpojetí nahlíží jako na „multifacetovou, hierarchicky uspořádanou strukturu a dynamiku fungování v závislosti jak na tzv. Já-motivech, tak na situačním kontextu“ (Blatný, 2010, s. 111). Tato definice zdůrazňuje, že sebezpojetí není jednotlým konceptem, nýbrž skládá se z mnoha mentálních reprezentací našeho Já. Tyto reprezentace jsou hierarchicky uspořádány od konkrétních po abstraktní a formují se na základě našich každodenních zkušeností.

Existují dva hlavní pohledy na sebezpojetí. První ho vnímá jako kognitivní složku sebesystému, úzce propojenou s emocionální dimenzí (Macek, 2019). Druhý pohled, prezentovaný Pugnerovou (2019, s. 126), chápe sebezpojetí šířeji jako „představy, myšlenky, postoje, přání, pocity“ o sobě samém.

Sebezpojetí zahrnuje několik klíčových komponent:

1. Sebedůvěra (self-reliance) vyjadřuje míru víry v sebe sama a je ovlivněna našimi úspěchy a neúspěchy.
2. Sebevědomí (self-confidence) je spojeno s vědomím vlastní hodnoty. Může být nízké, zdravé nebo nadměrně zvýšené.
3. Sebehodnocení (self-evaluation) je ústřední složkou sebezpojetí a představuje „vědomé prožívání vlastní sociální pozice“ (Hartl & Hartlová, 2015, s. 523).
4. Sebeúcta (self-esteem) odráží, jak moc si vážíme sami sebe.
5. Self-efficacy, koncept vyvinutý Albertem Bandurou, vyjadřuje naši představu o vlastní výkonnosti.

Orel et al. (2016) dále rozšiřují naše chápání sebezpojetí o koncepty jako sebezpozorování, sebeatribuce, sebemonitorování, sebeklam, sebezpřijímání a sebekritičnost.

Pochopení sebepojetí a jeho různých aspektů nám může pomoci lépe porozumět sobě samým i druhým, a tím přispět k našemu osobnímu růstu a rozvoji mezilidských vztahů.

1.4 Determinanty vývoje sebepojetí

Sebepojetí je formováno komplexní souhrou různých faktorů, které ovlivňují lidský vývoj obecně. Orel et al. (2016) tyto faktory rozděluje do tří hlavních kategorií: biologické, psychologické a sociální. Některé z těchto faktorů jsou endogenní (vnitřní), vycházející z našich vrozených a dědičných predispozic. Jiné jsou exogenní (vnější), získávané v průběhu života prostřednictvím zkušeností a interakcí s okolím (Dolejš et al., 2021).

Sociální prostředí hraje ve vývoji sebepojetí klíčovou roli. Rodiče nebo jiné pečující osoby jsou zvláště důležití, jelikož jejich postoje a hodnocení dítě postupně internalizuje. Rodinné prostředí, včetně stylu výchovy, emoční atmosféry a způsobu komunikace, významně ovlivňuje formování sebepojetí. Nelze opomenout ani vliv sourozenců (Dolejš et al., 2021).

K utváření sebepojetí také významně přispívá širší sociální okolí, jako jsou vrstevnické skupiny a školní prostředí. V těchto kontextech dítě získává různé sociální role a osvojuje si skupinové normy. Obzvláště důležitý pro rozvoj zdravého sebepojetí je úspěch ve škole (Dolejš et al., 2021). Výzkumy ukazují, že děti se specifickými poruchami učení často mají sníženou úroveň sebepojetí (Yakut & Akgul, 2019).

Dalším klíčovým faktorem je věk, jelikož sebepojetí prochází různými vývojovými stádii. S věkem souvisí i vývoj kognitivních funkcí, což je třeba zohlednit při volbě diagnostických nástrojů (Dolejš et al., 2021; Vágnerová & Lisá, 2021).

Vývoj sebepojetí také ovlivňují kulturní specifika širšího společenského prostředí, včetně tradic a zvyků (Shaffer in Dolejš et al., 2021).

Ve formování sebepojetí hrají významnou roli rovněž osobnostní charakteristiky. Thorová (2015) zdůrazňuje důležitost vlastností osobnosti, emočního prožívání a typu temperamentu. Blatný (2010) uvádí, že stabilní extroverti mají tendenci k vyššímu sebehodnocení.

Dalšími důležitými faktory jsou emoční ladění, psychická odolnost (resilience) a frustrační tolerance. V náročných životních situacích, například při sdělení nepříznivé diagnózy, se k ochraně sebepojetí aktivují obranné mechanismy jako vytěsnění a popření (Balcar, 1991; Vágnerová, 2004).

Vliv pohlaví a genderu na sebedůvěru je předmětem mnoha výzkumů, ale výsledky jsou nejednoznačné. Některé studie rozdíl mezi pohlavími v určitých doménách sebedůvěry, jako je fyzický vzhled, potvrzují, jiné nikoli (Dolejš et al., 2021).

Je důležité si uvědomit, že sebedůvěra se může v průběhu života v reakci na nové role, zkušenosti a životní změny také vyvíjet. Walshová (2011) například zjistila, že vznik motorické řečové poruchy může sebedůvěru člověka ovlivnit. Charmaz (in Walsh, 2011) dodává, že sebedůvěra se může časem díky postupnému přijetí vlastního stavu zlepšit.

Závěrem lze říci, že vývoj sebedůvěry je ovlivněn komplexní interakcí sociálních, psychologických a biologických faktorů. Toto pochopení je pro další výzkum a práci s jedinci v různých životních situacích klíčové.

1.5 Dopady a vliv snížené sebedůvěry na kvalitu života

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

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

Tyto dopady snížené sebedůvěry úzce souvisejí s kvalitou života jedince. Kvalita života je multidimenzionální koncept, který je obecně vymezen dvěma hlavními rovinami, a to rovinou subjektivní a objektivní. Objektivní rovina vychází z přesných a ověřených informací. Jedná se o objektivní posouzení zdravotního stavu jedince či ověření jeho skutečné ekonomické

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

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

2

Sebepojetí osob se specifickými potřebami

Sebepojetí je klíčovým aspektem lidské psychiky, který ovlivňuje naše vnímání sebe sama, naše rozhodování a interakce s ostatními. U osob se specifickými potřebami je sebepojetí obzvláště důležité, protože může hrát roli v překonávání bariér a stereotypů spojených s těmito omezeními. Tato kapitola se zaměřuje na zkoumání sebepojetí osob se specifickými potřebami s cílem porozumět tomu, jak tito jedinci vnímají své schopnosti, hodnoty a místo ve společnosti.

Zdravotní postižení lze definovat jako „narušení běžné každodenní činnosti, včetně osobní péče, z důvodu tělesné či duševní poruchy“ (Valenta et al., 2015, s. 145). Zdravotní postižení se obvykle klasifikuje do několika kategorií podle různých kritérií. Některá postižení jsou vrozená, jiná získaná. Vliv postižení na sebepojetí je předmětem mnoha výzkumů, přičemž výsledky jsou často protichůdné.

Výzkum Bogarta (2014) ukázal, že osoby s vrozeným postižením mají vyšší úroveň sebepojetí a životní spokojenosti než osoby se získaným postižením. Naproti tomu Scarpa a Palumbo (2017) zjistili, že u osob s vrozeným motorickým postižením je více narušena fyzická složka sebepojetí.

Studie Shpigelmana a HaGaniho (2019) se zabývala rozdíly v sebepojetí mezi osobami s viditelným a neviditelným postižením. Výsledky naznačují, že osoby s neviditelným postižením mají sebepojetí více narušené. Míra sebepojetí také souvisí s rodinným statusem, genderem a závažností postižení. Fernández et al. (2007) zdůraznili důležitost zkoumání jednotlivých složek sebepojetí, přičemž zjistili, že osoby s viditelným postižením mají více narušenou složku týkající se fyzického vzhledu.

Tyto výzkumy ukazují, že vztah mezi zdravotním postižením a sebepojetím je komplexní a individuální, což je třeba zohledňovat při terapeutické práci.

U osob s narušenou komunikační schopností hraje sebepojetí zásadní roli a může ovlivnit úspěch terapeutických intervencí, motivaci jedince ke zlepšení jeho komunikačního či grafického projevu i celkovou kvalitu jeho života.

Výzkumy zaměřené na osoby s narušenou komunikační schopností přinášejí různorodé výsledky ohledně sebepojetí. Al-Bdour et al. (2022) zkoumali sebeúctu osob s poruchami fluence, hlasu a artikulace. Zjistili, že úroveň sebeúcty byla průměrná, přičemž typ poruchy byl nevlivnějším faktorem. Osoby s artikulační poruchou a poruchou hlasu měly vyšší sebeúctu než osoby s koktavostí. Zajímavé bylo, že jedinci do 18 let vykazovali vyšší sebeúctu než starší osoby a že míra sebeúcty klesala s rostoucí závažností poruchy.

Koktavost je často předmětem výzkumů sebepojetí již od 20. let 20. století (Green, 1999). Novější studie Nanga et al. (2018) ukázala, že u žen s koktavostí dochází ke snížení sebepojetí, což negativně ovlivňuje kvalitu jejich života.

U osob s vývojovou poruchou jazyka byly zjištěny rozdíly v sebepojetí v závislosti na věku. Jerome et al. (2002) uvádějí, že zatímco u dětí ve věku 6 až 9 let nebyly zjištěny významné rozdíly, ve skupině 10 až 13 let byly již výrazné rozdíly ve vnímání sebe sama patrné, zejména v oblasti školního výkonu a sociální akceptace.

Yusof a Ibrahim (2023) potvrzují sníženou kvalitu života osob s palatolálií, především v psychické oblasti. Naproti tomu systematické review Bransona et al. (2022) naznačuje, že celkové psychické výsledky dětí narozených s rozštěpem a bez něj jsou podobné, ačkoli některé příznaky jako úzkost a deprese se u dětí s rozštěpem rtu a/nebo patra vyskytují častěji.

U dospělých osob s Brocovou afázií byla sekce sebepojetí a sebedůvěry hodnocena jako podprůměrná (Pallavi et al., 2018).

V souvislosti s dysartrií je relevantní systematické review Shieldse et al. (2006), které hodnotí sebepojetí u osob s mozkovou obrnou. Ačkoli ne všechny případy mozkové obrny jsou spojeny s dysartrií, Mei et al. (2020) uvádějí, že k tomu dochází až v 78 % případů. Výsledky review jsou nejednoznačné – některé studie ukazují nižší míru sebepojetí, jiné naopak míru nadměrně vysokou. Nejvíce zasaženými oblastmi jsou sociální akceptace a fyzický zjev, přičemž ženy jsou v tomto ohledu obecně více ohroženy.

Další systematické review se zaměřilo na dopad traumatického poškození mozku na sebepojetí. Výsledky naznačují negativní změny v sebepojetí, které však mohou být ovlivněny i jinými životními událostmi, jako jsou další poškození mozku nebo stresové situace, například nabytí rodičovské role (Beadle et al., 2016).

Osoby se specifickými poruchami učení často vynikají kreativitou, schopností logického usuzování nebo dovedností zvládnout úkoly konstrukční

povahy. Negativní sebeobraz a sebekoncept však může být způsoben opakováními školními neúspěchy (Bartoňová, 2019). Bartoňová (2019) uvádí, že žáci se specifickými poruchami učení integrovaní do běžné školy mají menší hodnotu sebekonceptu oproti žákům navštěvujícím specializované školy. Přístup okolí a specifika vývoje osobnosti těchto žáků úzce souvisejí s jejich poruchou a mohou mít vliv na sebepojetí. Tito žáci nejhůře snášejí tresty od rodičů a učitelů a zároveň touží po podpoře a povzbuzení od těchto osob, aby dosáhli pocitu jistoty (Fischer & Škoda, 2008).

Výzkum Brunswicka a Bergaryho (2022) ukázal, že studenti s dyslexií mají nižší úroveň sebeúcty a odhadované inteligence. Gibby-Leversuch, Hartwell a Wright (2021) zkoumali vztah mezi problémy s gramotností, dyslexií a sebepojetím jak u dětí, tak u mladých lidí. Dospěli k závěru, že tito lidé mohou být vystaveni většímu riziku nízkého sebepojetí.

Huang, Sun, Zhang, Lin, Lin, Wu a Huang (2021) ve svém výzkumu zjistili, že děti s dyslexií mají horší sebepojetí než jejich vrstevníci. Dále zdůrazňují potřebu zlepšit sebepojetí u dětí s dyslexií pro jejich lepší fyzický a duševní rozvoj. Burk a Hasbrouck (2023) představují důsledky situace, kdy se jedinci nenaučí správně číst, jako jsou například zvýšené riziko předčasného ukončení školní docházky, úzkosti, deprese a nízké sebepojetí.

Matějček, Vágnerová et al. (2006) uvádějí, že studenti s nízkým sebevědomím ohledně vlastních čtecích dovedností mají nízké celkové sebepojetí a převažují u nich negativní emoce a nízká sebedůvěra. Pro osoby s těmito specifickými poruchami učení je nejlepším řešením naučit se vyrovnávat s vlastní poruchou.

Zklamání rodičů může být pro žáka v první třídě traumatizujícím zážitkem (Pokorná, 2010). Matějček, Vágnerová et al. (2006) zaznamenali u rodičů žáků s poruchami učení nízkou míru empatie, což může být způsobeno jejich přílišným zaměřením na školní výkon dítěte. Studie těchto autorů také ukázala, že sebehodnocení žáků s poruchami učení se s věkem zhoršuje a své schopnosti začínají hodnotit jako podprůměrné. Často pocítují, že jejich rodiče jsou příliš direktivní a přísní, což může být důsledkem nedostatečného projevu emocí a podpory z jejich strany. Pozitivní vztah mezi rodiči a dítětem může výrazně přispět k nejlepšímu sebehodnocení a sebevědomí dítěte, zatímco negativní emocionální vztah a direktivní styl výchovy může vést k opaku (Matějček et al., 2006).

2.1 Osoby se specifickými vývojovými poruchami učení

2.1.1. Terminologické vymezení specifických vývojových poruch učení

Pojetí a pohled na specifické vývojové poruchy učení (SVPU) se v průběhu let proměňuje a velmi pravděpodobně se bude proměňovat i nadále. Tyto změny se odrážejí v proměně terminologie a různorodosti vymezení a definic dané problematiky. Patrný je nejen dopad vývojových změn v rámci disciplíny sledující téma SVPU, ale také postoj jednotlivých odborníků (Zelinková, 2015).

Významnou českou osobností dlouhodobě se věnující sledovanému tématu byl Zdeněk Matějček, který přinesl několik vymezení. Dle Matějčka (1995, s. 24) jsou poruchy učení „... souhrnným označením různorodé skupiny poruch, které se projevují zřetelnými obtížemi při nabývání a užívání takových dovedností, jako je mluvení, porozumění mluvené řeči, čtení, psaní, matematické usuzování nebo počítání. Tyto poruchy jsou vlastní postiženému jedinci a předpokládají dysfunkci centrálního nervového systému. I když se porucha učení může vyskytovat souběžně s jinými formami postižení (jako například smyslové vady, mentální retardace, sociální a emoční poruchy) nebo souběžně s jinými vlivy prostředí (kulturní zvláštnosti, nedostatečná nebo nevhodná výuka, psychogenní činitelé), není přímým následkem takových postižení nebo nepříznivých vlivů“. Autor dále dodává, že míra obtíží je závislá na závažnosti a místě mozkových změn, vlivu neuroplasticity mozku, využitých kompenzačních strategií a nezpochybnitelně také na vnějších podmínkách (Matějček 1995).

Ve shodě s Matějčkem je v mnohém Zelinková (2015, s. 10), uvádějící vymezení poruch učení v *Perspectives on Dyslexia*: „Poruchy učení je termín označující heterogenní skupinu obtíží, které se projevují při osvojování a užívání řeči, čtení, psaní, naslouchání a matematiky. Tyto obtíže mají individuální charakter a vznikají na podkladě dysfunkcí centrální nervové soustavy.“

Bartoňová (in Pipeková, 2006, s. 144) mimo jiné zmiňuje možnou provázanost s dalšími specifickými obtížemi a dopady na školní i mimoškolní život: „Pojem specifické poruchy učení označuje různorodou skupinu poruch projevujících se obtížemi při nabývání základních vzdělávacích dovedností, jako je mluvení, čtení, psaní a počítání. Poruchy mají individuální charakter, mohou vznikat na podkladě dysfunkce centrální nervové soustavy. Často jsou provázány dalšími příznaky – poruchy řeči, obtíže v soustředění, impulzivní jednání, poruchy v oblasti percepce, poruchy motoriky (syndrom ADD, ADHD).

Všechny příznaky poruch učení způsobují selhávání žáka ve školních výkonech a prolínají se do celého edukačního procesu. Znemožňují mu přiměřeně reagovat, porozumět pokynům, plnit běžné úkoly a instrukce učitele. Opakované neúspěchy vyvolávají v dítěti stavy úzkosti, pocity strachu. Obecně platí, že specifické poruchy učení zasahují psychiku člověka a prolínají se do sféry sociální a pedagogické.“

Pro úplnost přinášíme vymezení Americké psychiatrické asociace: „Specifické poruchy učení jsou skupinou neuro-vývojových poruch projevujících se v dětství coby přetrvávající obtíže při učení se efektivnímu čtení (dyslexie), psaní (dysgrafie) nebo jednoduchým matematickým operacím (dyskalkulie), a to při normální inteligenci, běžných podmínkách vzdělávání, neporušených senzorických funkcích, adekvátní motivaci a sociokulturních podmínkách.“ (Bartoňová, 2012, s. 14).

Na propojení s ADHD/ADD potom upozorňuje Márová (2016, s. 51), uvádějící definici Britské asociace dyslexie (2016): Specifické poruchy učení vnímáme jako obtíže „ovlivňující způsob učení a zpracovávání informací. Mají neurologický podklad, obvykle se projevují napříč generacemi rodin, a to bez ohledu na úroveň inteligence. Specifické poruchy učení jsou termínem zahrnujícím dyslexii, dyspraxii (vývojovou poruchu koordinace), dyskalkulii a ADHD/ADD.“ Márová (2016) dodává, že specifické poruchy učení mají přesah do dospělého věku a nezasahují pouze akademické dovednosti. V souladu s Royal College of Psychiatrists (2016) upozorňuje na vyšší výskyt psychických obtíží, úzkostí a frustrace.

Závěrem dodáváme vymezení MKN-11: „Výrazné a přetrvávající obtíže při osvojování akademických dovedností, které mohou zahrnovat čtení, psaní nebo počítání. Výkon jednotlivce v dotčených akademických dovednostech je výrazně nižší, než by se očekávalo pro chronologický věk a obecnou úroveň intelektuálního fungování, a vede k významnému narušení akademického nebo pracovního fungování jednotlivce. Vývojová porucha učení se poprvé projevuje při výuce akademických dovedností v prvních letech školní docházky. Vývojová porucha učení není způsobena poruchou intelektuálního vývoje, smyslovým postižením (zraku nebo sluchu), neurologickou nebo motorickou poruchou, nedostupností vzdělání, neznalostí jazyka akademické výuky ani psychosociální nepřízní.“ (Konečná, 2022, s. 7).

V rámci terminologie se setkáváme s pojmy porucha učení, specifická porucha učení nebo specifická vývojová porucha učení. Mezi těmito termíny vnímáme jisté nuance. Přesto jsou někdy používány jako ekvivalentní, což může mít za následek vznik nejasností. Můžeme se setkat i s použitím pojmu dyslexie jako zastřešujícím výrazem pro všechny specifické vývojové

poruchy učení (Pokorná, 2010). V následném textu se budeme držet termínu specifické vývojové poruchy učení, a tedy i problematiky, která se právě k tomuto termínu váže.

2.1.2 Etiologie specifických vývojových poruch učení

V otázce etiologie, tedy možných příčin výskytu SVPU, se dostáváme k diskuzi o velmi různorodých hypotézách a obecně se přikláníme k teorii o multifaktoriálním vlivu více činitelů, jejichž skladba není u jednotlivých osob vždy shodná. Michalová a Pešatová (2011) zmiňují neustálý posun v bádání po nejpresnějších vysvětlení heterogenních projevů SVPU. Specifika vnímáme v oblasti motoriky, vizuálních a auditivních procesů, úrovni paměti, schopnosti rychlého zpracování podnětů apod. Zelinková (2015) podotýká, že tato různorodost symptomů nejen předpokládá barvitou etiologii, ale nese s sebou i nemožnost stanovení jedné optimální metody a postupu práce pro všechny. Různorodost se proto stává přívlastkem provázejícím problematiku SVPU napříč všemi diskutovanými aspekty a souvislostmi.

Sama Zelinková (2015) hovoří o třech rovinách, ve kterých nahlíží na možné příčiny vzniku SVPU. Jedná se o rovinu biologicko-medicínskou, kognitivní a behaviorální. V rámci **biologicko-medicínsk**é roviny je důležité zmínit zjevný vliv genetiky (predispozice podmíněné vlivem více genů), specifické struktury a odlišného fungování mozku nebo působení hormonů a jejich jiné hladiny (zejména vyšší hladiny testosteronu). V souvislosti s faktorem dědičnosti zmiňuje Zelinková (2015) také možnost propojení a spolupůsobení společně s vnějšími vlivy – vlivy prostředí. Při zaměření se na determinaci rodinným nastavením se ukazuje, že míra kompenzace SVPU u dětí je mimo jiné závislá na míře a úspěšnosti kompenzace SVPU u jejich rodičů. Autorka tak poukazuje na vliv pochopení a náhledu na danou problematiku a možnost podporujícího a konstruktivního vedení těmi, pro než je SVPU žitou a zvládnutou záležitostí.

V **kognitivní** rovině se Zelinková (2015) zaměřuje na oblast deficitů fonologického a vizuálního vnímání, řeči a jazyka, automatizace, paměti a časového uspořádání ovlivňujícího rychlost kognitivních procesů. Dochází zde ke kombinaci zmíněných projevů oslabení kognitivních funkcí a jejich přímého vlivu na efektivní práci s psaným textem. Rovina **behaviorální** potom stojí na pomezí oblasti etiologie a sledování konkrétních symptomů a průvodních jevů při práci s psaným textem. Jedná se o rozbor procesu čtení, psaní a chování při čtení, psaní a běžných denních aktivitách. Nelze však

popřít důležitost těchto poznatků, neboť nám dokreslují celkový funkční obraz jedince se SVPU, a tedy možnost nastavení optimálního plánu intervence, rozvoje a budování kompenzačních strategií.

Také Pokorná (2001) hovoří o multifaktoriálním vlivu více příčin, které rozděluje do dvou základních skupin – na endogenní a exogenní etiologické faktory. Do **endogenních** (vnitřních) příčin řadí vliv genetiky, struktury a fungování CNS, odchýlnou konstelaci laterality a netypickou dominanci hemisfér. **Exogenní** (vnější) faktory potom zahrnují vliv rodinného a školního prostředí, přičemž jsou vnímány pouze jako doplňující faktory zesilující nebo zeslabující dopady obtíží vzniklých primárně pod tíhou endogenních vlivů.

Za zmínku stojí také problematika přetrvávání primární reflexní aktivity, která způsobuje komplikace v mnoha životních oblastech jedince a svými projevy může být velmi podobná symptomatologii SVPU, ADHD, PAS a dalších vývojových poruch. Je však třeba v rámci diferenciální diagnostiky rozlišit, do jaké míry se obtíže mohou připsat oblasti SVPU a do jaké míry působí přetrvávající reflexní aktivita jako přitěžující faktor (Volemanová, 2013).

2.1.3 Klasifikace a symptomatologie specifických vývojových poruch učení

Specifické vývojové poruchy učení můžeme dle charakteristických projevů a obtíží klasifikovat do několika dílčích podoblastí. V našich tuzemských podmínkách tak hovoříme o dyslexii, dysgrafii a dysortografií, dyskalkulií, dále o dyspinxií, dysmuzii a dyspraxii. Jednotlivé typy SVPU se mohou vzájemně kombinovat (jedná se spíše o obvyklost než o ojedinělý stav) a dochází tak k synergii jednotlivých specifík a dopadů. Jak podotýká Zelinková (2015, s. 41), „SVPU se projevují nejen při osvojování čtení, psaní a počítání, ale jsou doprovázeny řadou dalších obtíží. SVPU postihují například i chování, cítění a sociální vývoj. V běžném životě a ve vzdělávacím procesu si těchto ukazatelů ale nemusí rodiče a pedagogové všimnout a žák je pak označován za nepozorného, lenivého, ba i hloupého. Často vedou k negativním kompenzacím (šáskování). Jedinci mohou trpět pocitem méněcennosti, nepochopením a mít problémy s navazováním sociálních vztahů.“ Je tedy patrné, že mimo specifické projevy, charakteristické pro daný typ SVPU, je důležité brát v potaz také symptomy nespecifické (vyskytující se napříč jednotlivými SVPU, ale také jinými vývojovými poruchami, a to dokonce i bez návaznosti na konkrétní poruchu) a bezesporu také otisk symptomatologie v oblasti sociální a emocionální. S odkazem na problematiku sebepojetí

se jedná o významnou konotaci, která by neměla být odbornou ani laickou veřejností přehlížena. Vitásková (2006) mezi nespecifické symptomy SVPU řadí deficity pozornosti, paměti, motorické deficity, obtíže v časoprostorové orientaci a vnímání posloupnosti, v pravolevé orientaci, deficity senzoricke integrace, obtíže v jazyce a řeči, změny v oblasti aktivity, emoční labilitu a zvýšenou unavitelnost. Celkový obraz jedince se SVPU tak může dokreslovat určitá roztržitost, zvýšená či snížená aktivita, obtíže se zapamatováním si základních skutečností (např. tvarů písmen, řady slov, číselné řada, pracovního postupu, dílčích kroků zadaného algoritmu apod.), narušená koordinace pohybů, chybný přítlak na psací náčiní, obtíže s odhadnutím následného kroku, vzdálenosti, směru nebo délky trvání určité aktivity (ať už pracovní, nebo např. přestávky) nebo obtíže s propojením viděného a slyšeného. Jak upozorňuje Vitásková (2006), již Zdeněk Žlab poukazoval na vyšší výskyt specifických asimilací (obtíží s výslovností slov s artikulačně nebo zvukově podobnými hláskami – svestky, prázdniny apod.) a sníženého jazykového citu (tedy schopnosti přirozeně užívat gramatická pravidla mateřského jazyka). V důsledku zvýšeného úsilí a častějšího vystavení neúspěchu i přes zjevnou snahu se může u těchto jedinců výrazněji projevit únava (slzení očí, zčervenání, vyrušování apod.) a také tendence k reverzním vzorcům chování (pláč, útek, vztekání se, zlobení apod.) (Vitásková, 2006).

Dyslexie

Nejdříve diskutovanou a pravděpodobně nejznámější ze skupiny SVPU je dyslexie (Zelinková, 2015). Pro jeho četnost a také propojenost s dalšími SVPU býval a občas stále je pojem dyslexie zobecňován a používán k označení všech SVPU (Michalová & Pešatová, 2011). Jedná se o poruchu „... postihující základní znaky čtenářského výkonu, a to rychlost, správnost, techniku čtení, pozornost a porozumění čtenému textu.“ (Zelinková, 2015, s. 41). K charakteristickým, tedy specifickým symptomům dyslexie řadíme nízkou techniku čtení (zahrnující slabikování, obtížné propojení písmena a hlásky), čtení bez porozumění, domýšlení slov, záměny tvarově či zvukově podobných písmen a hlásek, pravolevé čtení, dvojí čtení a pomalé tempo čtení. Jednotlivé projevy se objevují v rozličné intenzitě (Zelinková, 2015). Michalová a Pešatová (2011) jsou s tímto ve shodě a zmiňují ještě deficity v měkčení, nedodržování správného pořadí písmen – tedy nejružnější přesmyky, přidávání či vynechávání písmen, slabik, slov, či dokonce celých řádků. Opomenout bychom neměli ani nedodržování délky samohlásek, chybnou práci s intonací a nesprávné čtení předložkových vazeb (Michalová & Pešatová, 2011).

Dysgrafie

Další z rodiny SVPU, dysgrafie, je charakteristická specifiky v oblasti písemného (grafického) projevu, tedy průvodními jevy při realizaci písma a následně deficity v jeho úpravě a čitelnosti (Michalová & Pešatová, 2011; Zelinková, 2015). Michalová a Pešatová (2011) dávají tyto projevy do souvislosti s narušením úrovně jemné motoriky. Typickými projevy jsou obtíže při vybavení si správného tvaru písmene, snaha o jeho napodobení při opisu, pomalé tempo psaní, nesprávný úchop psacího náčiní a v jeho důsledku namáhavost procesu psaní, křečovitý projev a přílišný, nebo naopak nedostatečný přitlak. Charakteristická je nepřiměřená a nejednotná velikost písma, proměnlivý sklon, přepisování a škrtnání (Zelinková, 2015). Michalová a Pešatová (2011) dodávají ještě kostrbatost písma, neudržení se na řádku, záměnu tvarově podobných písmen a kombinaci psacího a tiskacího písma.

Dysortografie

Specifickou poruchou pravopisu, která je často v propojení s dyslexií a dysgrafií, je dysortografie (Michalová & Pešatová, 2011). Ze specifických projevů jmenujme chybné rozlišování krátkých a dlouhých samohlásek, tvrdých a měkkých souhlásek a obtíže při diferenciaci sykavek. Zmínit je potřeba také přesmyky písmen a slabik, komolení slov a nerozlišování hranic slov (Zelinková, 2015). Michalová a Pešatová (2011) dodávají ještě grafické záměny zvukově podobných hlásek a chybnou výbavnost tvarů jednotlivých grafémů. V zásadě můžeme rozlišit dysortografii auditivní (oslabení auditivní analýzy, syntézy a auditivní paměti) a vizuální (oslabení vizuální analýzy, syntézy a vizuální paměti), při nichž zaznamenáváme obtíže s vybavením si a propojením tvaru a zvuku jednotlivých písmen. Náročná je identifikace chyb, jichž při pokusech o kontrolu může naopak spíše přibývat. Třetím podtypem je dysortografie motorická, projevující se zejména zvýšenou unavitelností při grafickém projevu, pomalým tempem psaní, při němž se nedostává energie a pozornosti gramatickým jevům (Michalová & Pešatová, 2011). Zelinková (2015) uvádí obtížnost aplikace gramatických pravidel, a to i při dostatku časové dotace, jež přetrvává až do dospělosti. Michalová a Pešatová (2011, s. 30) naproti tomu předpokládají postupný ústup dysortografických obtíží při dostatku prostoru a v podporujícím prostředí, naopak neúměrný tlak podle nich projev zhoršuje.

Dyskalkulie

Specifická porucha matematických schopností, která ve větší či menší míře komplikuje možnost operovat s číselnými symboly, je označována jako dyskalkulie (Michalová & Pešatová, 2011). Zelinková (2015, s. 44) specifikuje, „že se jedná o poruchu matematických schopností, která postihuje manipulaci s čísly, číselné operace, matematické představy a geometrii“. Podle převažující charakteristiky deficitních projevů rozlišujeme dyskalkulii praktognostickou, verbální, lexikální, grafickou, operacionální a ideognostickou (Michalová & Pešatová, 2011; Zelinková, 2015). V důsledku nepochopení a nenáhledu do matematické logiky a podstaty matematických operací dochází k mechanickému a paměťovému osvojení řešení jednotlivých typů příkladů. V případě výpadku paměti dojde k chybnému vyřešení příkladu nebo k jeho nedokončení. Zelinková (2015) zmiňuje také výraznou potřebu názoru a vizualizace, včetně počítání na prstech.

Dyspinxie

Jednou z méně často zmiňovaných a řešených obtíží je dyspinxie, specifická porucha kresebných dovedností. Projevuje se nízkou úrovní kresby neodpovídající věku jedince (není však v tomto případě ukazatelem na mentální deficit) a bráníci postihnout danou skutečnost prostřednictvím výtvarna (Michalová & Pešatová, 2011). Šauerová, Špačková a Nechlebová (2012, s. 32) dyspinxii vymezují jako specifickou poruchu kreslení, „která je charakteristická neschopností dítěte kreslit přiměřeně svému věku. Příčinou této poruchy bývá motorická neobratnost, jež se projevuje zejména špatným úchopem, nedostatečnou senzomotorickou koordinací, nízkou úrovní jemné motoriky. Typickým projevem bývá neupravenost výkresu a obtíže s pochopením perspektivy.“ Charakteristickými symptomy jsou roztřesenost a kostrbatost linií, jejich přetahování nebo nedotahování, užívání jednoduchých tvarů a prvků. Obdobně jako u dysgrafie pozorujeme změny v přítlaku (příliš silný, či téměř nepatrný). V důsledku vizuálního deficitu se objevuje ztížená schopnost vystavění vlastní představy a kresebného plánu, obtíže dělá trojrozměrné zachycení prostředí, výsledná kresba je chudá na detaily, působí dětsky a schematicky (Bartoňová, 2004; Michalová & Pešatová, 2011; Slowík, 2007).

Dysmuzie

„Dysmuzie je specifická porucha hudebních schopností. Dítě mívá obtíže ve vnímání a reprodukci hudby, nerozlišuje tóny, nepamatuje si melodii, obtížně reprodukuje rytmus.“ (Šauerová et al., 2012, s. 32). Charakteristická je odlišnostmi a deficity ve vnímání a reprodukci hudby a rytmu. Její dopad můžeme vnímat nejen v rámci hudebních aktivit, ale také s přesahem k diferenciaci krátkých a dlouhých vokálů a využití rytmu v rámci čtenářských i grafických aktivit (Michalová, 2004; Müller et al., 2001). Obtíže v rytmitizaci zmiňuje také Fischer et al. (2014). Zelinková (2001) se vymezuje vůči opomíjení dopadů dysmuzických projevů na školskou praxi. Jak upozorňuje, poruchy ve vnímání a reprodukování rytmu mají dopad na jedince v oblasti pohybu, řeči, čtení i psaní. Naproti tomu Vašutová (2007) nabízí možnou interpretaci obtíží se zaznamenáváním not jakožto důsledek dysgrafie.

Dyspraxie

Specifickou kategorií je dyspraxie. Holcová a Kočicová (in Vašutová, 2007, s. 67) ji charakterizují jako „postížení nebo nezralost v organizaci pohybů, která vede k připojeným obtížím v jazyce, vnímání a myšlení“. Charakteristická je dysbalance mezi pohybovými schopnostmi a věkem. Symptomy však nezaznamenáváme pouze v expresivní oblasti. Deficitní je také oblast porozumění informacím a vytvoření pohybového plánu. Specifika jsou rovněž v prostorové orientaci a vnímání tělového schématu (Holcová & Kočicová in Vašutová, 2007). Také Zelinková (2001) upozorňuje na absenci schopnosti plánování pohybu, odlišné vnímání těla a následné zpracování pohybových, hmatových a vestibulárních podnětů. Podle Slowíka (2007) se projevuje zejména při obtížnějších fyzických úkonech a při tlaku na rychlost a přesnost. Michalová & Pešatová (2011) připomínají nepřesný odhad vzdálenosti, neschopnost provádět souběžně více aktivit, ale také obtíže při udržení očního kontaktu při komunikaci. Neopomenutelné jsou jistě rovněž potíže s rovnováhou, nekoordinované a nepřesné pohyby, deficity ve sportovních aktivitách a činnostech vyžadujících dobrou koordinaci oka a ruky nebo činnostech z oblasti osobní péče (styling vlasů, holení, nanášení make-upu, oblékání apod.). Z praktického hlediska má dyspraxie dopad také na používání mobilního telefonu, kalkulačky, klávesnice, myši a dalších zařízení, jež jsou součástí běžného života (Kirbyová, 2000).

Specifické vývojové poruchy učení ve světle MKN-10, MKN-11 a DSM-5

V kontextu klasifikace SVPU je mimo jejich rozdělení dle základní symptomatologie na místě uvést rovněž zařazení a klasifikaci dle jednotlivých mezinárodních klasifikačních systémů – MKN-10, MKN-11 a DSM-5.

Po dlouhou dobu byl manuál **MKN-10** v našich podmínkách běžně používaným systémem. V současné době je postupně nahrazován aktuální revizí MKN-11. Přesto si dovoluujeme čtenáře seznámit s původním dokumentem, neboť v přechodném období (tedy od 1. 1. 2022 do 31. 12. 2026) považujeme za důležité orientovat se v obou verzích. MKN-10 uvádí problematiku SVPU pod označením Specifické poruchy školních dovedností (kódy F81.00–F81.9):

„F81. Specifické poruchy školních dovedností

F81.0 Specifická porucha čtení

F81.1 Specifická porucha psaní a výslovnosti

F81.2 Specifická porucha počítání

F81.3 Smíšená porucha školních dovedností

F81.8 Jiná vývojová porucha školních dovedností

F81.9 Vývojová porucha školních dovedností NS“ (MKN-10).

V **MKN-11**, tedy aktuálně nastupující verzi klasifikačního manuálu, je problematika SVPU zařazena v oddíle Mental, behavioural or neurodevelopment disorder – duševní poruchy, poruchy chování a neurovývojové poruchy, a to pod označením Vývojové poruchy učení – Developmental learning disorder (kód 6A03) (MKN-11). Konkrétní podkategorie se opět dotýkají problematiky oslabení v oblasti čtení, písemného projevu, matematiky a dalších, blíže nespecifikovaných obtíží.

„6A03 Vývojové poruchy učení

- 6A03.0 Vývojová porucha učení s poruchou čtení
- 6A03.1 Vývojová porucha učení s poruchou písemného projevu
- 6A03.2 Vývojová porucha učení s poruchou v matematice
- 6A03.3 Vývojová porucha učení s jinou specifikovanou poruchou učení
- 6A03.Z Vývojová porucha učení nespecifikovaná“ (MKN-11)

DSM-5 přináší pohled Americké psychiatrické asociace, SVPU zde nalezneme pod označením specifická porucha učení (kód 315).

„315.00 Specifická porucha učení s poruchou čtení:

Přesnost čtení

Rychlost a plynulost čtení

Porozumění čtení

- 315.2 Specifická porucha učení s poruchou psaní:
 - Problémy s pravopisem
 - Problémy s gramatikou a interpunkcí
 - Přehlednost nebo uspořádání písemného projevu
- 315.1 Specifická porucha učení s poruchou počítání:
 - Pochopení čísel
 - Zapamatování početních pravidel
 - Přesné nebo plynulé počítání
 - Správné porozumění početním operacím“ (DSM-5).

Z výše uvedených definic a zejména z různorodého výčtu projevů, dopadů a souvislostí je patrné, že v případě specifických vývojových poruch učení mluvíme o celoživotním zásahu do života. Při hlubším zamyšlení nad jednotlivými konkrétními projevy zjistíme, že mají značný přesah do praktického života a zdaleka se tedy netýkají pouze školních lavic. Stejně jako v případě mnoha dalších na první pohled skrytých handicapů přinášejí i specifické vývojové poruchy učení svým nositelům riziko určitého nepochopení a alespoň v určité fázi života neadekvátního přístupu a komunikace. Také proto se sledovaná problematika promítá do oblasti sebepojetí a stává se jeho významnou determinantou. V následujícím textu budeme této skutečnosti věnovat zaslouženou pozornost.

2.1.4 Rešerše – sebepojetí osob se specifickými poruchami učení

Rešerše se zaměřuje na zjištění sebepojetí osob se specifickými poruchami učení, jako jsou dyslexie, dysgrafie a dysortografie. Specifické poruchy učení mohou mít významný dopad na život jedince, a proto je důležité pochopit, jak tyto poruchy ovlivňují jejich vnímání sebe sama. V této rešerši jsme se pokusili nalézt studie, které by nám pomohly zodpovědět otázku: Jaké je sebepojetí osob se specifickými poruchami učení? Pro vyhledávání relevantních zdrojů jsme použili klíčová slova specifické poruchy učení, dyslexie, dysgrafie, dysortografie, sebepojetí a dotazník sebepojetí. Vyhledávali jsme v databázích MEDLINE Complete, Complementary Index, Academic Search Ultimate a CINAHL Ultimate.

Rešeršní otázka:

Jaké je sebepojetí osob se specifickými poruchami učení?

Inkluzivní kritéria: Osoby se specifickými poruchami učení, které musejí být zařazené v 1. normě anebo ve 2. normě
(1. norma: 15–20 let, 2. norma: 21–60 let)

Exkluzivní kritéria: Osoby bez specifických poruch učení.
Osoby pod 15 let a osoby nad 60 let.

Informační zdroje/databáze: MEDLINE Complete
Complementary Index
Academic Search Ultimate
CINAHL Ultimate

Zpřesňování dat: anglický jazyk
plný text
recenzované

Ohraňené období: 2019–2023

Téma: special education (speciální pedagogika)

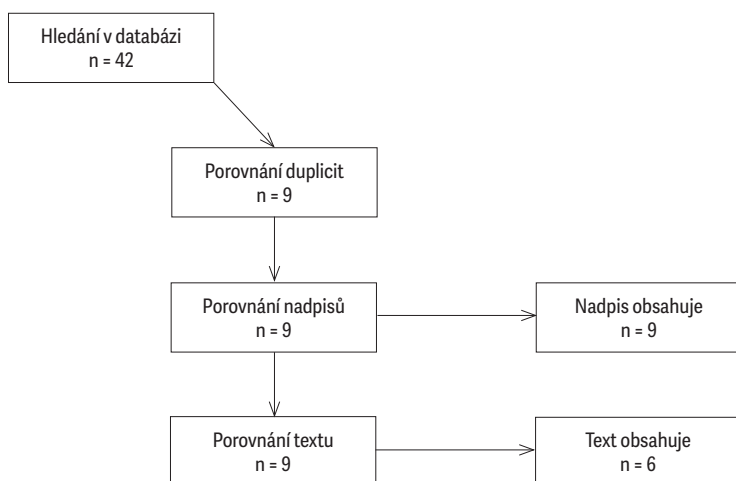
Zdroje obsahu: MEDLINE Complete
Complementary Index
Academic Search Ultimate
CINAHL Ultimate

Výběr studií: Z nalezených studií jsme odstranili duplikáty.

Rešeršní strategie v angličtině: specific learning disabilities AND (dyslexia OR dysgraphia OR dysortographia); self-concept; self-concept questionnaire; specific learning disabilities AND (dyslexia OR dysgraphia OR dysortographia) AND self-concept; specific learning disabilities AND (dyslexia OR dysgraphia OR dysortographia) AND self-concept questionnaire.

Tabulka 1 Vyhledané výsledky dle zvolených kritérií

	Populace (population)	Intervence (intervention)	Intervence (intervention)	Výsledky 1 (results 1)	Výsledky 2 (results 2)
Omezení abstrakt	(dyslexia OR dysgraphia OR dysortographia)	self-concept	self-concept questionnaire	(dyslexia OR dysgraphia OR dysortographia) AND self-concept	(dyslexia OR dysgraphia OR dysortographia) AND self-concept questionnaire
MEDLINE Complete	967	1122	28	3	0
Complementary Index	1162	1869	42	2	0
Academic Search Ultimate	1035	1578	25	2	0
CINAHL Ultimate	371	607	18	1	0
Directory of Open Access Journals	574	1036	56	4	0
APA PsycInfo	788	1422	13	3	0
MEDLINE	968	1117	27	3	0
OpenAIRE	284	518	20	1	0

**Diagram 1** Postupový diagram pro „výsledky 1“

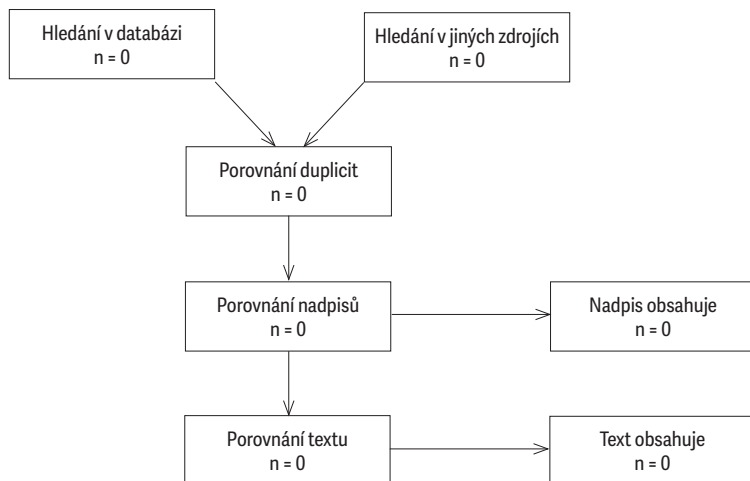


Diagram 2 Postupový diagram pro „výsledky 2“

Výsledkem provedené rešerše je zjištění, že v mezinárodně publikované literatuře neexistuje studie, která by zjišťovala vztah mezi koncepty dyslexie, dysgrafie, dysortografie a dotazníkem sebepojetí.

Zjištěné informace

Tabulka 2 Shrnutí studií na téma sebepojetí osob se specifickými poruchami učení

	Autor (rok)	Titul	Účastníci	Klíčové související výsledky
1	Brunswick, Nicola, & Bargary, Serena (2022).	Self-concept, creativity and developmental dyslexia in university students: Effects of age of assessment.	N = 145 Univerzitní studenti s dyslexií.	Průzkum hodnotil sebevědomí, vlastní účinnost, kreativitu a odhadovanou inteligenci. Studenti s dyslexií uváděli nižší úroveň sebeúcty a odhadované inteligence. Když byl zvažován věk hodnocení, ti, kteří byli hodnoceni brzy, vykazovali nižší sebevědomí a vlastní účinnost, ale žádný rozdíl v odhadované inteligenci. Ti, kteří byli hodnoceni pozdě, vykazovali nižší odhadovanou inteligenci a sebevědomí, ale žádný rozdíl ve vlastní účinnosti. Tato zjištění zdůrazňují důležitost poskytování psychologické podpory studentům s dyslexií, aby se zlepšilo jejich vnímání sebe sama.
2	Lindeblad, Emma, Nilsson, Staffan, Gustafson, Stefan, Svensson, Idor, & Costa, Sebastiano (2019).	Self-concepts and psychological health in children and adolescents with reading difficulties and the impact of assistive technology to compensate and facilitate reading ability.	137 dětí a dospívajících s potížemi ve čtení.	Tato studie zkoumala sebeobraz, psychické zdraví a vliv asistenční technologie (AT) na sebepojetí a psychické zdraví u 137 dětí a dospívajících s potížemi se čtením během systematického intervenčního programu a v ročním sledování. Účastníci byli náhodně zařazeni do kontrolní nebo intervenční skupiny. Cílem intervencí bylo naučit účastníky, jak rozumět textům pomocí AT. Kontrolní skupině nebyla žádná intervence poskytnuta. Ke zkoumání sebeúcty, sebehodnocení, úzkosti a deprese byli všichni účastníci hodnoceni pomocí kulturního inventáře sebevědomí, 3. vydání (CFSEI-3) před intervencí a jeden rok po intervencích. 41 účastníků bylo také hodnoceno na Beck Youth Inventory (BYI). Bylo zjištěno, že AT nemá na sebevědomí účastníků žádný vliv. CFSEI-3 vykazovala podobné hodnoty sebeúcty ve skupině s normou a ve studijních skupinách v době před intervencí, což vedlo k méně očekávanému nárůstu díky použití AT. Výsledky jsou diskutovány z hlediska kontextuálních vysvětlujících faktorů, jako jsou zvýšené znalosti pedagogů o obtížích se čtením a dyslexií. Výsledky na BYI byly poněkud neprůkazné, protože mladší skupina účastníků vykazovala větší úzkost než skupina s normou, ale skupina dospívajících nikoli. To mohlo být způsobeno malou velikostí vzorku, proto se doporučuje další výzkum.

	Autor (rok)	Titul	Účastníci	Klíčové související výsledky
3	Gibby-Leversuch, Rosa, Hartwell, Brettany K., & Wright, Sarah (2021).	Dyslexia, Literacy Difficulties and the Self-Perceptions of Children and Young People: a Systematic Review.		Tento systematický přehled zkoumá souvislosti mezi problémy s gramotností, dyslexií a sebepojetím dětí a mladých lidí (CYP). Staví na Burden's (2008) a aktualizuje jej, dále přezkoumává a zkoumá, jak mohou další faktory stylu připsování a označení dyslexie přispívat k sebepojetí CYP. V přehledu je zahrnuto devatenáct článků a je hodnocena jejich kvalita. Kvantitativní práce měřily sebevnímání CYP s obtížemi s gramotností a/nebo dyslexií (LitD/D) a porovnávaly je s CYP bez LitD/D. Kvalitativní práce zkoumaly prožité zkušenosti CYP s LitD/D, včetně jejich sebehledů a toho, jak byly ovlivněny obdržením diagnózy dyslexie. Výsledky naznačují, že CYP s LitD/D mohou být vystaveni většímu riziku rozvoje negativního vnímání sebe sama jako studentů, ale ne své celkové sebehodnoty. Mezi faktory, které jsou relevantní pro podporu pozitivního sebevnímání, patří adaptivní atribuční styly, dobré vztahy s vrstevníky a rodiči a pozitivní postoje k dyslexii a neurodiverzitě. V některých případech měli CYP s LitD/D pocit, že je ostatní vnímají jako neinteligentní nebo nečinné; u těchto CYP vedla diagnóza k pozitivnějšímu sebevnímání, protože jim poskytla alternativní obraz o nich samých. Je potřeba dalšího výzkumu, který by prozkoumal dopad atribučního stylu a potenciál pro intervenci, stejně jako zkušenosti CYP s diagnózou a s ní souvisejícími výhodami nebo nevýhodami.
4	Huang, Anyan, Sun, Mingfan, Zhang, Xuanzhi, Lin, Yuhang, Lin, Xuecong, Wu, Kusheng, & Huang, Yanhong (2021).	Self-Concept in Primary School Student with Dyslexia: The Relationship to Parental Rearing Styles.	N = 50 dětí s dyslexií a 50 dětí intaktních.	Autoři použili Piers-Harrisovu škálu sebepojetí dětí (PHCSS) a čínskou verzi Egna Minnen Beträffande Uppfostran pro děti (EMBU-C) k hodnocení sebepojetí a stylů rodičovství studované populace. Výsledky ukázaly, že akademická kompetence, popularita a obecné sebepojetí ve skupině dyslektiků byly významně nižší než v kontrolní skupině ($p < 0,05$). Na základě vícerozměrné lineární regrese autoři také zjistili, že bydliště ($\beta = -0,32$, $p < 0,05$) a fyzická aktivita ($\beta = 0,36$, $p < 0,01$) mohou ovlivnit faktory sebepojetí u dyslektických dětí. Kromě toho byla pomocí Spearmanovy korelační analýzy nalezena mírná a pozitivní korelace mezi sebepojetím fyzického vzhledu a emocionální vřelostí matky ($r = 0,36$, $p < 0,05$). Výsledky naznačují, že děti s dyslexií mají horší sebepojetí než typicky se vyvíjející děti. Mělo by se zlepšit sebepojetí dyslektických dětí, aby se dosáhlo jejich lepšího fyzického a duševního rozvoje.

	Autor (rok)	Titul	Účastníci	Klíčové související výsledky
5	Solgi, Z., & Veisi, R. (2019).	The effectiveness of Mindfulness Training on anxiety sensitivity, self-concept and academic self-efficacy of students with dysgraphia.	N = 114 osob s dysgrafií.	Zjištění ukázala, že trénink všímavosti má významný vliv na citlivost na úzkost ($F = 16,46$, $P = 0,001$), sebepojetí ($F = 51,97$, $P = 0,001$) a vzdělávací sebeúčinnost ($F = 69,69$, $P = 0,001$) a tento efekt zůstal nezměněn ve dvouměsíční následné fázi. Vzhledem k tomu, že trénink všímavosti vede u studentů k akceptování emocí a fyzických i psychických symptomů, lze jej použít jako účinnou intervenční metodu ke snížení psychických problémů, zejména u dětí s dysgrafií.
6	Burk, K., & Hasbrouck, J. (2023).	Connecting the science of reading to social justice: Introduction to the special section.		Věda o čtení je konsensus výzkumu prováděného napříč mnoha obory po mnoho let, který informuje o tom, jak se děti učí číst, o těch typech výukových postupů, které fungují nejlépe pro většinu studentů, a také o tom, jak řešit potřeby studentů, kteří mají potíže se čtením. Tento soubor konvergentních důkazů silně naznačuje, že přibližně 95 % dětí lze naučit číst na úrovni odpovídající jejich ročníku nebo blížíci se této úrovni, včetně studentů s dyslexií nebo jinými poruchami učení (Moats, 2020). Navzdory těmto přesvědčivým důkazům dvě třetiny dětí ve Spojených státech amerických neumějí číst zdatně a tato data ilustrují přetrvávající rozdíly ve znalostech čtení napříč rasou, studenty angličtiny, různým postižením a socioekonomickým postavením (National Center for Education Statistics, 2022). Důsledky toho, že se nenaučíte správně číst, jsou hluboké, včetně zvýšeného rizika předčasného ukončení školní docházky, úzkosti, deprese a nízkého sebepojetí.

Tato kapitola se zabývá problematikou sebepojetí u osob se specifickými poruchami učení. Popisuje rozdílnou terminologii těchto poruch v ČR a v zahraničí a vysvětluje jednotlivé typy poruch, rovněž ukazuje dopady těchto poruch na školní výkon a život jedinců a zdůrazňuje vliv rodiny i školy na sebepojetí těchto osob. Také se věnuje psychosomatickým obtížím, které mohou být důsledkem těchto poruch, a potřebě podpory a pomoci pro tyto jedince. Zároveň jsou zmiňovány výhody, které mohou tyto osoby mít, jako je například vynikající kreativita a logické myšlení, i význam sebepřijetí a hledání kompenzačních mechanismů. Připomenuta je rovněž důležitost diagnostiky těchto poruch a podpory ze strany rodiny, školy a společnosti. V této kapitole je také provedena rešerše na téma sebepojetí osob se specifickými poruchami učení. Po jejím provedení jsme zjistili, že v mezinárodně

publikované literatuře neexistuje studie, která by zkoumala vztah mezi koncepty dyslexie, dysgrafie, dysortografie a dotazníkem sebepojetí. Tento nedostatek informací naznačuje potřebu dalšího výzkumu v této oblasti, aby bylo možno lépe pochopit sebepojetí osob se specifickými poruchami učení a poskytnout jim adekvátní podporu. Vzhledem k tomu, že specifické poruchy učení mohou mít významný dopad na život jedince, je důležité získat více informací o tom, jak tyto poruchy ovlivňují sebepojetí těchto osob a jak mohou být tyto informace využity ke zlepšení jejich životní situace.

2.2 Osoby se získaným narušením fatických funkcí

Následující kapitola čtenářům představí nástin problematiky osob se získaným narušením fatických funkcí – konkrétně osob s afázií. Toto teoretické ukotvení je nezbytné k pochopení praktické části publikace orientované na vnímání sebe sama v kontextu afatických symptomů. Právě deficity v oblasti produkce a percepce řeči jsou považovány za jeden z nejmarkantnějších aspektů, který ovlivňuje psychický stav jedince. Z uvedených důvodů se v této části textu věnujeme terminologii, etiologiím, klasifikacím a prognóze. Oblast diagnostiky, intervence a preventivních aktivit u afázií záměrně není součástí této publikace.

2.2.1 Terminologické vymezení afázií

Úvodem považujeme za nutné čtenáře stručně seznámit se základní terminologií. Prvním pojmem je velká skupina fatických funkcí. Dle Růžičky (2019) jsou fatické funkce součástí tzv. symbolických (kortikálních) funkcí. Právě symbolické funkce umožňují kontakt jedince s okolím, stejně jako příjem a zpracování informací, plánování konkrétní činnosti nebo tvoření abstraktních pojmů. Fatické funkce jsou primárně předmětem zájmu neurologie, logopedie, psychologie a v důsledku rozvoje výzkumných aktivit i neurolingvistiky nebo neuropsychologie (srov. Csefalvay et al., 2013; Koukolík, 2024). Úžeji je sem možno zařadit řečové dovednosti, paměť a kognitivní funkce (srov. Čecháčková, 2003; Koukolík, 2002; Kulišťák, 2011). Dvořák (2007) symbolické funkce popisuje šířeji jako souhrn procesů týkajících se řeči a mluvy komplexně. Poukazuje na strukturu pojmu „afázie“, ve kterém už je terminologicky patrná porucha fatických funkcí. Lze také souhlasit

s pojetím Neubauera et al. (2007), kteří fatickým funkcím přisuzují odpovědnost za porozumění a produkci řeči.

Terminologické vymezení tohoto okruhu narušené komunikační schopnosti (dále jen NKS) se během let vyvíjí a mění v návaznosti na rozvoj vědy a techniky. Z uvedeného důvodu je možné ve starší logopedicky (ale i neurologicky) orientované literatuře nalézt termín alálie. Dle Obereignerů (2013) se v této terminologicky neaktuální souvislosti jednalo spíše o popis klinického obrazu afatických obtíží. Čecháčková (in Škodová & Jedlička, 2007) užívá historické členění na část dysfázie (vnímáno jako částečná porucha) a část afázie (úplná porucha). Zároveň uvádí neaktuálnost tohoto rozdělení, kdy se předpona „dys“ v moderním chápání logopedie uplatňuje zejména v kontextu neurovývojových poruch. Autoři Cséfalvay a Traubner (1996) doplňují anglosaské pojetí, v němž je předpona „a“ chápána výhradně jako úplná ztráta dané dovednosti. V České republice se užívá standardně označení afázie, vycházející z řeckého „phasis“ (řeč) a předpony „a“, označující získanou ztrátu nebo poruchu již rozvinuté funkce (srov. Berg et al., 2022; Neubauerová & Neubauer, 2020; Vitásková & Mlčáková, 2013).

Z pohledu teorie a praxe je jednoznačné definování afázie značně diskutabilní, neboť popisů této NKS existuje nepřeborné množství. Její symptomatika a klasifikace, stejně jako diagnostika i intervence jsou natolik široké, že se v moderní logopedii hovoří o afaziologii (samostatném logopedickém podoboru) (Cséfalvay, 2007; Vitásková & Mlčáková, 2013). Jedním z důvodů vzniku samostatně stojící afaziologie je nezpochybnitelná potřeba multidisciplinarity nejen v diagnostice, ale i intervenci. Často jde o kombinaci neurologických, logopedických, psychologických/neuropsychologických i lingvistických pohledů. Následující definice budou kategorizovány dle výše zmíněných pojetí a řazeny chronologicky.

Protože dále v textu bude uvedena Hrbkova klasifikace afází, považujeme za nutné započít neurologické pojetí afázie jeho definicí: „...afázie je ztráta nebo porucha interindividuálního dorozumívání prostřednictvím mluvené řeči“ (Hrbek, 1983, s. 584). O afázii jako multimodální poruše, která se manifestuje variabilními obtížemi zejména v doménách porozumění, čtení, řečové produkce a psaní hovoří definice z roku 1989 od autorů Rosenbecka, LaPointea a Wertra (in Love & Webb 2009). Uvedení odborníci se shodují na obtížích v jazykových schopnostech produkce a percepce. Rovněž zdůrazňují, že narušení jazykových schopností může být doprovázeno negativními (ale přesto fyziologickými) deficity či involucí kognitivních funkcí. Obdobný náhled poskytuje Koukolík (1997, s. 74): „afázie je porucha chápání a vyjadřování jazyka podmíněná dysfunkcí vymezených mozkových oblastí“. V kontextu

názvu této publikace zde uvedený autor za výčtem obtíží krátce reflektuje i negativní vliv afázie na osobnost jako takovou (Koukolík, 1997). Kulišťák, Lehečková, Mimrová a Nebudová (1997) specifikují afázii jako úplnou nebo částečnou neschopnost přijímat a vysílat symbolické kódy mluvené nebo psané řeči, vznikající na základě jednostranného poškození mozku. Ambler (2006, s. 70) vnímá afázii jako poruchu komunikace, při níž vážne porozumění nebo percepce řeči a která vzniká při lézi dominantní hemisféry. Koukolík (2000, s. 125) ve své novější definici zmiňuje neschopnost proměny neslovních mentálních reprezentací tvořících myšlenky do symbolů a gramatického uspořádání a naopak.

Uvedené neurologické pojetí afázie se orientuje primárně na narušené oblasti produkce a porozumění řeči v souvislosti s lokalizací a závažností vzniklé mozkové léze. Prostor pro sebepojetí, případně pro vliv afatického syndromu na osobnost člověka je zde minimální.

Na neurologické pojetí dále v textu navazuje logopedická charakteristika. Viktor Lechta v souvislosti s definicí termínu NKS publikoval členění do deseti okruhů podle symptomatologického hlediska. Afázie spadá do okruhu získané orgánové nemluvnosti (srov. Hrnčiarová, 2009; Lechta et al., 2003; Peutelschmiedová, 2005). Čecháčková (2003) užívá rozšířenější definici a afázii řadí do souboru poruch vyšších kortikálních funkcí společně s poruchami lexie, grafie, gnózie, praxie, kalkule, poruchami orientace v prostoru, poruchami pravolevé orientace atd. Neubauer (2007) ve svých pracích poukazoval v souvislosti s afaziologickými obtížemi na nutnost exaktního rozlišení pojmů jazyk a řeč. Navrhl členění získaných neurogenních poruch dle zasažených modalit. Afázii řadí k poruchám s dominantně narušenou modalitou individuálního jazykového systému. Další logopedický pohled reprezentuje popis Cséfalvaye a Lechty (2013, s. 232), v němž je afázie chápána jako „získaná porucha produkce a porozumění řeči, která vzniká při ložiskovém poškození mozku“. Toto poškození je lokalizováno v dominantní hemisféře a jeho projevy mohou být variabilní v návaznosti na lokalizaci ložiska, rozsahu apod. Obdobný názor zastávají Neubauer et al. (2018), kteří lézi podmiňující vznik afatických obtíží umísťují do oblasti levé mozkové hemisféry spojené s nejčastěji náhle vzniklou ztrátou schopnosti realizace mluveného projevu a neschopnosti porozumění mluvené i psané formě řeči. Simpson (2001) v souvislosti s lateralizací systému jazyka zmiňuje „zkříženou afázii“. Uvedená diagnostická situace nastává v momentě poškození pravé hemisféry u praváků (za jednoznačného předpokladu využití zobrazovacích metod), srov. práce Košťálové et al. (2006), Hrnčiarové (2010) nebo Grosjeana a Li (2019) o vázanosti jazyka na jednu z mozkových hemisfér. Z uvedeného

výčtu definic je patrná jejich orientace na neurologický a symptomatologický aspekt. Opět se v nich neobjevuje deskripce vztahu k sobě samému ani k důležitým skutečnostem vlastního života jedince ovlivněného vznikem této neurogenní poruchy komunikace.

Jinak je tomu v psychologickém pojetí. Psychologické definice afázií jednoznačně upřednostňují popis psychologického vlivu této NKS na prožívání stíženého jedince i jeho okolí. V tuzemské literatuře se objevují i psycholinguvisticky orientované popisy, jejichž předmětem zájmu je řečové chování v kontextu variabilních způsobů zpracování informací (i ve spojení s výskytem určité patologie) (srov. Lightbown, 2021; Lojová & Vlčková, 2011). Autorka této podkapitoly v rámci své praxe nejvíce využívá přístup ruské neuropsychologické školy, ze které vychází i pojetí facilitačně-systemického přístupu v diagnostice i intervenci u afázií. Dle Luriji (1982) znamená afázie „systémové narušení řeči vznikající při organickém poškození mozku a zasahující různé úrovně organizace řeči“. Toto poškození ovlivňuje vztah řeči k ostatním psychickým funkcím, vyvolává dezintegraci všech psychických sfér člověka a narušuje především komunikativní funkci řeči. Jedná se o poruchu s interpsychickými a intrapsychickými následky“ (Lurija in Cséfalvay & Taubner, 1996, s. 15). Na Lurijovy práce navazuje Cvetková (in Hrnčiarová, 2010, s. 49) tvrzením, že „afázie je příčinou dezintegrace celé psychické sféry člověka“. Psychologické, resp. neuropsychologické definice jsou nezbytné, neboť uvedené obtíže prostupují celou osobností a mají významný dopad na sociální role i sociální vazby (srov. Křivohlavý, 2002; Sapolsky, 2019).

Z výčtu různých vědeckých přístupů bude nyní věnován prostor poslednímu z nich, a to neurolingvistice. Tato vědní disciplína zkoumá řeč na základě konkrétních neuroanatomických struktur a neurofyzilogických procesů (Brady, 2022; Flanderková, 2019; Mysliveček et al., 2022). Přesněji pracuje s jejich lokalizací, časovým sledem osvojování, způsoby aktivizace nebo patologiemi (viz analogicky poznatky z výše zmíněné afaziologie). Neurolingvisté tedy charakterizují poruchy komunikace prostřednictvím abnormálně fungujících mozkových oblastí a jejich vztahu k jazykovým patologiím (Ball, 2009; Perkins et al., 2008). Již v roce 1969 foniatr Josef Kiml popsal afázii jako „...poruchu řeči různého druhu, podoby a stupně za ztráty znalosti slov, gramatiky, vět při postižení ústřední nervové soustavy, řečových zón mozku.“ (Kiml, 1969, s. 67). Flanderková (2019) ve své práci *Čeština v afázii* charakterizuje tento typ NKS jako poruchu jazyka, která se prolíná všemi jazykovými modalitami (vyjádření způsobu platnosti určité výpovědi) a je přítomna ve všech jazykových rovinách. V tomto pojetí se do popředí dostává

především sledování vyjádření způsobu platnosti určité výpovědi jako nedílná součást lingvistiky propojená s neuroanatomickými komponentami.

2.2.2 Etiologie

Celkový klinický obraz afázie se dle Čecháčkové (2007) odvíjí od povahy patologického procesu, lokalizace, rozsahu léze a věku pacienta. Poškození centrální nervové soustavy lze obecně rozčlenit na ložiskové (ohraničené) a difuzní (rozptýlené) (srov. Fiala & Valenta, 2020; Mysliveček, 2009). Nejčastější příčinou vzniku afází jsou ložiskové léze korových či podkorových oblastí dominantní hemisféry. Cséfalvay a Lechta (2013) tyto oblasti více konkretizují a uvádějí, že se jedná o poškození fronto-temporo-parietální oblasti mozku, při okluzi anebo stenóze arteria cerebri media. Méně častými příčinami vzniku afázie jsou léze v oblasti bazálních ganglií a léze thalamu. Cséfalvay et al. (2007) podotýkají, že dochází k přerušení krevního zásobení mozku a tím k odumírání mozkových buněk, čímž vzniká mozková dysfunkce na základě ložiskového poškození mozku. Dle Neubauera et al. (2018) patří mezi nejčastěji zmiňované příčiny napříč odbornou literaturou (srov. Klenková, 2006; Kulišťák et al., 1997; Neubauer & Pospíšilová, 2017):

- cévní mozkové příhody,
- nádory,
- traumatické léze CNS,
- neurodegenerativní onemocnění,
- zánětlivá onemocnění,
- intoxikace.

Cévní mozkové příhody (dále jen CMP) lze charakterizovat jako infarkt tkáně centrální nervové soustavy (CNS) (Herzig, 2014). Pro CMP je typický náhlý začátek doprovázený neurologickými příznaky, poruchami cití, bolestmi hlavy, nevolností až zvracením. Frekventovaná je hemiparéza nebo hemiplegie (porucha hybnosti končetin na jedné polovině těla) (Nair & Peate, 2015). Z logopedického pohledu je přítomna porucha řeči (Neubauer & Skákalová, 2015). Cévní mozkové příhody se řadí mezi třetí nejčastější příčinu úmrtí. Každoročně bývá v České republice hospitalizováno s tímto onemocněním okolo 50 000 osob. První rok po náhlé mozkové příhodě se mortalita pohybuje okolo 20 % a minimálně 1/3 pacientů při onemocnění nedosahuje ani věku 60 let. Samotná afázie pak bývá diagnostikována zhruba u 30–45 % osob (Cséfalvay et al., 2013; Kolář, 2009; Tomek et al., 2018).

Dylevský (2009) dělí CMP dle příčiny vzniku na ischemické (v 75 % případů) a hemoragické (asi 18 % všech statisticky zaznamenaných případů). Tomek (2018) o několik let později uvádí odlišné procentuální zastoupení, a to 80 % u ischemických CMP a 20 % u hemoragických CMP.

Ischemické CMP (dále jen iCMP) vznikají při nedostatečném krevním zásobení určité oblasti mozku, např. následkem nízkého krevního tlaku, zúžením nebo uzávěrem přírodní tepny trombem či embolem (Nevšimalová et al., 2002), zánětlivým onemocněním krevní stěny atd. (srov. Orel, 2023; Seidl, 2015). Nastává systémová hypoxie, jejímž přímým důsledkem je generalizovaný pokles saturace mozku kyslíkem. Další autoři mezi tzv. neovlivnitelné rizikové faktory vzniku iCMP řadí vliv pohlaví (převaha mužů), věku (65–75 let), genetiky, rasy atd. (Herzig, 2014). Dle Šaňáka (2013, s. 13) se jedná o: „náhle se rozvíjející klinické projevy ložiskového poškození mozku trvající déle než 24 hodin nebo vedoucí ke smrti a současně je vyloučena jiná příčina potíží. Odezní-li symptomy kompletně do 24 hodin, mluvíme o tranzitorní ischemické atace.“ Jak bylo uvedeno v definicích afázie výše, nastane-li mozková léze v dominantní hemisféře, může se v klinickém obraze rozvinout fatická porucha. Pokud nastane postižení nedominantní hemisféry, lze připustit vznik fatické poruchy ve 4 % případů (zejména u lidí, kteří mají řečové funkce na rozdíl od většiny populace v pravé hemisféře nebo bilaterálně) (srov. Kaňovský & Bártková, 2023; Orel, 2023; Tomek, 2018). Podrobnější členění iCMP není předmětem předkládané publikace.

K **hemoragické CMP** (dále jen hCMP) dochází vlivem ruptury tepny s krevním výlevem do okolní mozkové tkáně (Nair & Peate, 2015; Neubauer, 2018). Na základě ruptury dojde k rozvoji intracerebrálního hematomu (Nevšimalová et al., 2002). Za příčiny hCMP jsou v literatuře nejčastěji uváděny projevy hypertenze, aneurysmata a mozkové nádory s krvácivými projevy. Seidl (2015) dodává jako další možné příčiny antikoagulační léčbu, malformaci cév, poruchu krevní srážlivosti či užívání alkoholu a drog (srov. Tomek, 2018). V klinickém obraze je přítomno zvýšení krevního tlaku, zpomalení tepu, zvýšení spavosti, ztráta vědomí a oslabení končetin – nastává syndrom nitrolební hypertenze (Čecháčková, 2007). Až u 50 % případů osob s CMP je hemoragické krvácení situováno do oblastí bazálních ganglií (hemoragie putaminální), mozkových laloků (hemoragie lobární), mozkového kmene (hemoragie pontinní) a mozečku (Ambler, 2006). Přestože iCMP jsou častější, hCMP se naopak vyznačují vyšší mortalitou (Kolář, 2009).

Úrazy hlavy

Podle autorů Cséfalvaye a Traubnera (1996) se jedná o druhou nejčastější příčinu poškození mozku. Čecháčková (2007) je naopak o jedenáct let později uvádí jako nejčastější. Základní rozdělení úrazů mozku reprezentují úrazy zavřené (kosterní integrita zůstává neporušená) a úrazy otevřené (porušen je povrch hlavy nebo kůže, případně podkoží a kosti se vstupem do dutiny lebeční) (Ambler, 2006). Na zvýšení četnosti výskytu úrazů hlavy lze nahlížet v přímé souvislosti s nárůstem dopravních nehod (Neubauer, 2018). Tomek (2018) svůj popis soustředil na přímou charakteristiku rizikových skupin. První se pohybuje ve věkovém rozpětí do 4 let věku z důvodu pádů, druhá se nachází v intervalu 15–25 let ve spojitosti se sportovními úrazy a třetí skupinu představují senioři opět z důvodu pádů. Genderově jsou muži kraniotraumatem ohroženi dvakrát až třikrát více než ženy (Tomek, 2018).

Dalším možným členěním úrazů hlavy je dělení na komoce, kontuze a komprese. **Komoc** (neboli otřes) mozku patří mezi nejfrekventovanější a zároveň nejlehčí typy úrazu mozku. Kulišťák (2011, s. 118) ji definuje jako „reverzibilní traumatickou poruchu mozkových funkcí, v současnosti též nejnížší stupeň difúzního axonálního poranění“. Dle Kejklíčkové (2011) je průvodním jevem komoce stav bezvědomí, který nesmí být delší než 15 minut, na nějž navazuje ztráta epizodické paměti před událostí (retrográdní amnézie) nebo neschopnost vštípit si do paměti jakékoli nové informace a zážitky po spouštěcím stimulu (anterográdní amnézie) (srov. Dvořák, 2007; Preiss & Příkrylová, 2006). Ke komoci mozku dochází po tupém úderu do lebky, po němž ale nenastane dlouhodobé poškození CNS (nevznikají trvalé následky, neurologický nález je bez ložiskových změn). Doprovodnými symptomy mohou být kromě výše uvedených i bolesti hlavy, závratě, nauzea, zvracení, pocení, únava, bledost, hypotenze apod. (Kejklíčková, 2011; Neubauer, 2018). Po otřesu mozku většinou nedochází k rozvoji fatické poruchy (Čecháčková, 2003).

Dalším typem úrazu je **kontuze** (zhmoždění) mozku. Oproti komoci mozku kontuze způsobuje patologické a často nevratné změny v mozkové tkáni. Dvořák (2007) kontuzi popisuje jako tupé a obvykle uzavřené zranění s nebezpečím krvácení do mozkových tkání. Ambler (2006) upřesňuje, že se jedná o strukturální poranění mozkové tkáně. Vlivem kontuze nastává morfologické poškození mozkové tkáně, případně otok mozku (srov. Cséfalvay & Traubner, 1996; Kaňovský & Bártková, 2023). Následky kontuze mozku mohou být variabilní s přímým vztahem k lokalizaci, typu i rozsahu zhmoždění. Tato variabilita navíc znamená motorické, senzorické i senzitivní obtíže (Ambler, 2006). Symptomatologie kontuze mozku zahrnuje zejména nevolnost,

psychomotorický neklid, zvýšenou teplotu, poruchy dýchání, poruchy hybnosti, poruchy řeči, potíže s respirací, křeče, bezvědomí, zmatenost, zvýšenou spavost, poruchu prostorové orientace, stejně jako subdurální hematomy nebo subarachnoidální krvácení spojené s nitrolební hypertenzí apod. (srov. Ambler, 2006; Cséfalvay & Traubner, 1996; Čecháčková, 2003). Přetrvávají závratě, ložiskové neurologické projevy a celkový pokles výkonosti mozku (Janečková & Čížková, 2023). Čecháčková (2003) kontuzi pro potřeby logopedické praxe navíc diferencuje na středně těžké poranění s fatickou poruchou, ale dobrou prognózou, na těžký úraz hlavy s bezvědomím trvajícím i 6 hodin a na dlouhodobé bezvědomí (apalický syndrom).

V případě **komprese mozku** se jedná o stlačení mozkové tkáně hematomem. Krvácení tedy nastává přímo do mozkové tkáně (následkem silného nárazu do hlavy a přímým poškozením cévy). Neurochirurgický zákrok je nevyhnutelný. Zhmoždění mozku zapříčiňuje strukturální léze, které se projevují ložiskovými příznaky (Šlapal, 2007; Waberžinek et al., 2006). Za charakteristický příznak komprese považuje Ambler (2006) tzv. dvoufázové bezvědomí. Uvedený jev nastává po probuzení z „běžného“ bezvědomí, je doprovázen pocitem nevolnosti, únavy, zvracení, jednostranným rozšířením zornice a končí opět bezvědomím způsobeným utlačením mozku hematomem. Při kompresi dochází k nevratnému poškození mozkové tkáně.

Nádorová onemocnění

Nádorová onemocnění lze obecně rozdělit na benigní (nezhoubná) a maligní (zhoubná). Čecháčková (2003, s. 146) přímo zmiňuje, že „nezáleží na histologické povaze nádoru, ale pouze na jeho lokalizaci“. Dle Seidla (2015) se statisticky jedná o 5–6 případů ročně s výskytem na 100 000 obyvatel. Dle Neubauera et al. (2007) se nádory mozku vyskytují přibližně u 0,3–2,6 % všech neurologických pacientů. Významnou roli zde sehrává včasná diagnostika. Projevem mozkových nádorů může být časté utlačování okolní oblasti mozkové kůry, expanze do dalších struktur (prostor v lebce je limitovaný), případně také sekundární hydrocefalus (Ambler, 2000; Obereignerů, 2013; Slezáková, 2022). Cséfalvay a Traubner (1996, s. 64) popisují výskyt mozkových nádorů v pravé i levé hemisféře, mozečku, mozkovém kmeni, mozkových komorách nebo obalech mozku. Poruchy fatických funkcí se vyskytují zejména při nádorech temenního laloku dominantní hemisféry. Jedinou spolehlivou terapií mozkových nádorů je chirurgický zákrok. Cséfalvay a Traubner (1996) rovněž uvádějí, že z hlediska poruch fatických funkcí jsou významné nálezy v rolandické oblasti (zejména pak gyrus praecentralis a postcentralis) či nádory parietálního laloku. Ambler (2000) v klinickém obraze uvádí nitrolební

hypertenzi, jejímž následkem se rozvine častá frekvence i vysoká intenzita bolesti hlavy. Uvedené příznaky doprovázejí pocity nevolnosti, nauzea, zvracení, závratě, pocity nejistoty, poruchy paměti nebo pozornosti apod. Poruchy funkcí se objevují pozvolna, nikoli náhle, jako např. u cévních onemocnění mozku (Neubauer, 2018). Tentýž autor však ve své starší publikaci z roku 2007 zmiňuje, že se v individuálních případech objevují tzv. skokově progredující komplikace. Z této etiologie může docházet ke vzniku tzv. primární progresivní afázie (Cséfalvay & Rusina, 2023).

Zánětlivá onemocnění mozku

Neubauer (2018) uvádí statistický výskyt infekcí CSN zhruba u 20 osob na 100 000 obyvatel – konkrétně jde o meningitidy (záněty mozkomíšních plen), encefalitidy (záněty mozku) a myelitidy (záněty míchy). Tomek (2018) dodává, že při těžším průběhu mohou zmíněná infekční onemocnění způsobit reziduální chronické obtíže v oblasti individuálního jazykového systému. Z hlediska významnosti jsou pro logopeda nejdůležitější encefalitidy, protože napadají zejména mozek a mozkové pleny. Frej (2015) je charakterizuje jako virová a zánětlivá onemocnění, která se v klinickém obraze projevují podobně jako chřipka nebo jiná virová onemocnění. Amber (2006) doplňuje další symptomy, jako jsou bolesti hlavy, nevolnost, nervozita, závratě, poruchy dýchání, poruchy mozkových funkcí, v nejtěžších případech poruchy vědomí, obrny apod. Jak bylo uvedeno výše, jedná se o virová onemocnění, ale mohou se vyskytnout i jako sekundárně nasedající na prodělané záněty středního ucha nebo příušnice (Čecháčková, 2007). Porucha komunikace je také typická pro neuroinfekci způsobenou virem herpes simplex (Roháčová, 2001).

Degenerativní onemocnění

Ambler (2000, s. 269) definuje degenerativní onemocnění jako „progredující zánik neuronů různých oblastí nervového systému“ a s tím související tvorbu charakteristických histopatologických změn (Růžička, 2002). Afázie se velmi často vyskytuje jako součást Alzheimerovy choroby (Čecháčková, 2003) nebo Pickovy choroby (Rusina et al., 2019). Fanfrdlová (2006) popisuje Alzheimerovu chorobu jako primární atroficko-degenerativní onemocnění mozku nejasné etiologie s postupným rozvojem demence. Autoři Vostrý a Veteška (2021) ji považují za nejčastější příčinu demence vůbec.

Klinický obraz Alzheimerovy choroby mívá kolísavý průběh. Počátky onemocnění bývají velmi často považovány za obecné projevy stárnutí (Zvěřová, 2017). Kolísavý průběh této choroby bývá závislý na progresi a regresi příznaků nemoci. Zkraje se vyskytují poruchy paměti, v pozdějších stádiích

jsou vážně narušeny kognitivní funkce. Rozvoj onemocnění je spjat s poruchami aktivit týkajících se každodenního života. Zpočátku se jedná např. o obsluhu počítače nebo řízení dopravních prostředků, později se rozpadají i mnohem jednodušší aktivity související se sebeobslouhou, sebepečí apod. (srov. Tillkovská, 2022; Tomek, 2018). Z pohledu afázie se u osob s Alzheimerovou chorobou objevují obtíže s porozuměním auditivně vnímanému slovu nebo obtíže s produkcí srozumitelné řeči (ačkoli jsou artikulační orgány intaktní). Diskrétnějšími symptomy jsou komolení slov, obtíže s fluencí projevu, hledání vhodných slov k pojmenování předmětů každodenního života, dysgramatismy, alexie, agrafie (srov. Ambler, 2000; Čecháčková, 2003; Vostrý & Veteška, 2011).

Druhým typem degenerativního onemocnění je Pickova choroba. Ta je charakteristická rozvojem demence s atrofií mozkových laloků (Rektorová, 2007). Dle Čecháčkové (2003) se jedná o temporální nebo frontální lalok. Neubauer (2007) za symptomy typické pro toto onemocnění uvádí poruchu auditivního porozumění, váhavou a rozvláchnou promluvu, poruchy pojmenování a postupné zhoršování jazykových dovedností vzhledem k syntaxi českého jazyka.

Intoxikace CNS

Obtíže v individuálním jazykovém systému může způsobit nadměrná konzumace alkoholu, drog, léků, oxidu uhelnatého a jiných návykových látek. Jejich užívání ovlivní nejen komunikační schopnost jedince, ale negativně se projeví i v dalších kognitivních aspektech jedince (Čecháčková in Škodová et al., 2003). Ze zkušenosti autorky této teoretické části můžeme potvrdit, že práce s osobami závislými na omamných látkách, případně osobami recidivujícími, patří mezi ty nejnáročnější a je třeba velmi citlivě vnímat aktuální mentální výkon těchto osob, stejně jako situace vedoucí u nich k recidivě závislosti.

2.3.2 Klasifikace

Existuje velmi široké spektrum klasifikačních systémů afázie, které se postupně stále rozšiřuje vlivem dokonalejšího a preciznějšího rozvoje techniky a diagnostických metod. Již autoři Tkačev a Šmidt v roce 1965 připisovali obsáhlost klasifikačních systémů velkému množství projevů poruch fatických funkcí. Dle Obereignerů (2013) se tyto systémy vyvíjejí z různých afaziologických škol formujících se od 19. století. Všechny z nich pracují s klinickými projevy afázií, na jejichž základě specifikují tzv. afaziologické syndromy.

Na jejich užití v logopedické praxi má bezesporu vliv i zaměření autora. Ani dnes neexistuje všeobecně přijatá klasifikace, kterou by afaziologické školy jednotně využívaly. Nicméně autoři se shodují, že i přes rozdíly v jednotlivých klasifikačních systémech všechny obsahují shodné stěžejní klinické symptomy (srov. Neubauer, 2007; Obereignerů, 2013; Vitásková & Mlčáková, 2013). Nejrozšířenější je bostonský klasifikační systém (srov. Cséfalvay, 2007; Cséfalvay & Košťálová, 2013; Neubauer, 2018), dále Lurijova klasifikace (např. Čecháčková, 2003; Hrnčiarová, 2010; Lurija, 1982). Méně často využívanými klasifikacemi jsou Kimlova klasifikace, Hrbkova klasifikace a z ní vycházející olomoucká klasifikace afázií (např. Cséfalvay & Traubner, 1996; Čecháčková, 2003). V publikaci *Klinická logopedie* z roku 2007 je uvedena ještě tzv. klasická klinická klasifikace.

- motorický typ afázie (kam autoři řadí Brocovu afázii),
- senzorický typ afázie (kam autoři řadí Wernickeho afázii),
- globální afázii (Škodová & Jedlička, 2007)

Bostonská klasifikace

Bostonská klasifikace pracuje s hodnocením čtyř základních symptomů u osmi typů afázií (Cséfalvay & Košťálová, 2013):

- Brocova afázie,
- globální afázie,
- transkortikální afázie smíšená (neboli syndrom izolace řečových zón),
- transkortikální afázie motorická,
- transkortikální afázie senzorická,
- Wernickeho afázie,
- kondukční afázie,
- smíšená afázie.

Hodnocenými symptomy jsou výkony jednotlivých pacientů v doménách: fluence projevu, porozumění řeči, opakování a pojmenování (Cséfalvay, 2007; Cséfalvay & Lechta, 2013; Cséfalvay & Traubner, 1996; Vitásková & Mlčáková, 2013). Bostonská klasifikace pracuje především s topografickým umístěním léze a hodnocením spontánního projevu z pohledu fluence. Z pohledu Čecháčkové (2003) v této klasifikaci převažuje výhradně lingvistický aspekt a zmíněná autorka v ní zcela postrádá vyšetření praxe, gnozie a orientace v prostoru (srov. Škodová & Jedlička, 2007). Následující informace budou popisovat jednotlivé druhy afázií dle symptomatologie bostonské klasifikace.

Brocova (motorická) afázie: vzniká v důsledku poškození řečových oblastí v dominantní hemisféře (Tuncel et al., 2015). Projev osob je **nonfluentní** z důvodu typicky zpomaleného řečového tempa a namáhavé, tím pádem i zredukované slovní produkce. **Porozumění** běžnému hovoru bývá zachováno. Poruchy porozumění se projevují až u komplexních syntaktických (Flanderková, 2019) nebo složitějších logicko-gramatických struktur. Autoři Cséfalvay a Košťálová (2013) uvádějí, že obecně lze porozumění hodnotit jako lepší než spontánní řečovou produkci, přičemž diskrétní obtíže v oblasti porozumění nemusejí být na první pohled patrné. V klinickém obraze bývají přítomny poruchy **pojmenování**, jejichž kompenzačním mechanismem bývají cirkumlokece (opisy hledaného slova) (Cséfalvay & Košťálová, 2013). **Opakování** může být zasaženo na úrovni slov a vět. Brocova afázie se často transformuje do transkortikální, kondukční či anomické afázie (Neubauer, 2018).

Globální afázie: jedná se o nejtěžší typ afázie. Topograficky jde o multifokální nebo velké léze v temporální oblasti (Hallowell, 2023). Diagnóza globální afázie je velmi často přítomna v iniciálním stádiu, nicméně klinický obraz se velmi často mění z důvodu spontánní úpravy nebo vlivem farmakoterapie (Cséfalvay & Košťálová, 2013). Nejčastější modifikace je směrem k motorické afázii (Neubauer, 2018). Projev je **nonfluentní** – pacient často mlčí nebo produkuje repetitivní vokalizaci (Love & Web, 2009). Obtíže ve sféře **porozumění** jsou patrné již během prvního kontaktu – výzvy nejsou pochopeny a zůstávají tudíž pacientem nesplněny. Někdy může porozumění mírně podpořit vizuální opora, např. pomocí gesta. **Pojmenování** předmětů/činností je člověk schopen jen někdy a s obtížemi. Ve sféře **opakování** se jedná pouze o perserverace slabik a repetitivní neologismy.

Transkortikální afázie smíšená: klinický obraz je v tomto případě velmi podobný globální afázii. Spontánní projev je **nonfluentní**. **Porozumění** i **pojmenování** jsou výrazně deficitní. **Opakování** je zachováno na úrovni vysoce automatizovaných forem slov (srov. Flanderková, 2019; Hallowell, 2023).

Transkortikální afázie motorická: klinický obraz je podobný Brocově motorické afázii. Projev je **nonfluentní** s minimální řečovou produkcí. **Porozumění** je narušeno na úrovni delších gramatických struktur. V rámci **pojmenování** dosahují osoby velmi dobré výsledky u izolovaných vysokofrekvenčních slov (Cséfalvay et al., 2007). **Opakování** je zachováno na úrovni slov a krátkých víceslovných obrátů. Prognóza bývá příznivá, jelikož dochází k celkové úpravě stavu či přetrvávání pouhých anomických obtíží (Neubauer, 2018).

Transkortikální afázie senzorická: jde o **fluentní** typ afázie. Z hlediska **porozumění** jsou osoby schopny opakovat celé věty, ale bez pochopení jejich významu. Autoři Cséfalvay a Košťálová (2013) zmiňují v této souvislosti termín „asémantická“ afázie. **Pojmenování** je ovlivněno sémantickými parafáziemi a neologismy, ale **opakování** je zachováno opět na úrovni slov a krátkých sdělení (jako u předešlých transkortikálních forem). Tento typ afázie mívá dobrou prognózu, často dochází k úplné úpravě stavu.

Wernickeho afázie: topograficky se jedná o poškození perisylvijské krajiny temporální dominantní hemisféry. Verbální projev je **fluentní** i s dobrými artikulačními dovednostmi. Narušení v oblasti **porozumění** v různé míře je mnohými autory považováno za dominantní projev tohoto typu afázie. Čecháčková (2003) v této souvislosti uvádí výskyt narušení fonemického sluchu. Flanderková (2019) upozorňuje na nízkou informační hodnotu produkované řeči z důvodu absence plnovýznamových slov, což odpovídá výrazným obtížím ve sféře **pojmenování**. Ve výkonu **opakování** dochází k užívání fonemických a sémantických parafází. Symptomy Wernickeho afázie se postupně v klinickém obraze mohou proměnit do anomie, kdy dochází k úpravě od neologického žargonu k sémantickému žargonu (Neubauer, 2018).

Kondukční afázie: topograficky tento typ afázie odpovídá lézím na fasciculus arcuatus (Čecháčková, 2003). Projev je **fluentní**. **Porozumění** bývá zachováno. **Pojmenování** lehce komplikují obtíže týkající se vyhledávání vhodných slov (Love & Webb, 2009). **Opakování** se zhoršuje s rostoucí délkou věty i frekvencí jednotlivých slov či celého větného celku, kdy se zpočátku mohou vyskytovat ojedinělé fonemické parafázie s postupnou převahou žargonu (Flanderková, 2019). U kondukční afázie bývá obecně dobrá prognóza, kdy dochází ke kompletní nápravě stavu či přetrvávají jen anomická rezidua (Neubauer, 2018).

Anomická afázie: z pohledu lokalizace léze nemá anomická afázie „přesně přidělenou“ oblast. Mezi autory panuje teze, že tato forma afázie spíše indikuje postižení levé hemisféry nebo difuzní postižení mozku. Symptom anomie je příznakem většiny afází (srov. Helm-Estabrooks et al., 2013; Košťálová et al., 2006). Projev je **fluentní**, **porozumění** je relativně zachováno. Obtíže s **pojmenováním** jsou osoby schopny velmi dobře maskovat využitím synonym. **Opakování** slov a vět narušeno není.

Lurijova klasifikace

Klasifikační systém dle Luriji pracuje především s topikou léze (podobně jako bostonská klasifikace), ale přidává další důležitý aspekt, kterým je tzv. identifikace primárního defektu. Tato identifikace je nezbytná z důvodu přesného stanovení symptomů, jež při lézích vznikají. Cséfalvay (2013) konkretizuje, že např. porucha porozumění může vzniknout jako následek různého umístění léze (a tedy i z jiného důvodu). Lurijova klasifikace je výhodná v tom, že „poškození mozku rezultuje v primární defekt, který se manifestuje typickou symptomatologií“ (Obereignerů, 2013, s. 97; Papathanasiou & Coppens, 2021). Lurijova koncepce nezkoumá afázie izolovaně, nýbrž v kontextu funkcionálního systému (Cséfalvay & Trabner, 1996). Afázie dělí do dvou skupin na základě výskytu léze mozku – v předních či zadních oblastech mozku (viz výčet níže) (Hrnčiarová, 2009).

Klasifikační systém obsahuje sedm typů afází:

- eferentní motorická afázie: léze předních oblastí mozku,
- aferentní motorická afázie: léze zadních oblastí mozku,
- dynamická afázie: léze předních oblastí mozku,
- senzorická afázie: léze zadních oblastí mozku,
- sémantická afázie: léze zadních oblastí mozku,
- akusticko-mnestická afázie: léze zadních oblastí mozku,
- amnestická afázie: léze zadních oblastí mozku.

Kimlova klasifikace afází

Kiml rozděluje afázie do tří skupin podle symptomatiky jazykových deficitů:

- motorická afázie,
- senzorická afázie,
- totální afázie.

Uvedené jazykové deficity odpovídají místům poškození mozku, jedná se tedy o syndromologický přístup v klasifikačním systému (Obereignerů, 2013). Čecháčková již v roce 2003 uváděla, že v tehdejší praxi měla tato klasifikace historický charakter.

Hrbkova klasifikace

Základ Hrbkovy klasifikace spočívá v šesti korových okresech a jejich vzájemných spojeních (Obereignerů, 2013). Korové okresy tvoří proprioceptivní a motorické periferní neurony některých spinálních a hlavových nervů a vymezené centrální proprioceptivní neurony (Hrbek, 1983):

- propioceptivně logestetický korový okresek: integruje fatické funkce; je tvůrcem vnitřní řeči; podněcuje pohyby mluvidel;
- propioceptivně grafestetický korový okresek: zajišťuje plánování pohybů horní končetiny a psaní; převádí vnitřní řeč do psané podoby;
- logomotorický korový okresek: řídí výkon mluvené řeči; není schopen samostatné činnosti; je podněcován k aktivitě signály z prvního okrsku;
- grafomotorický korový okresek: řídí výkon psané řeči; není schopen samostatné činnosti; je podněcován k aktivitě signály z druhého okrsku;
- akustický korový okresek: zodpovídá za vnímání slyšené řeči a hudby;
- optický korový okresek: zajišťuje vnímání zrakového vjemu (Dvořák, 2007; Hrbek, 1983; Obereignerů, 2013).

Hrbkova klasifikace umožňuje schematický záznam všech úkonů spojených s řečí. Škodová a Jedlička (2007) však upozorňují, že zmíněná klasifikace (resp. její autor) popírala význam Wernickeova centra v temporálním laloku. Oproti tomu je v ní poskytován větší prostor parietálnímu laloku, jenž slouží k rozklíčování neurogenních mechanismů řečové produkce.

Olomoucká klasifikace

Z Hrbkovy klasifikace byly vybrány aspekty lokalizace mozkového poškození v příslušném laloku včetně specifických příznaků. Tyto byly následně rozšířeny o poznatky týkající se moderních zobrazovacích metod a o praktické longitudinální zkušenosti s diagnostikou dospělých osob. Výsledkem byl vznik olomoucké klasifikace pod záštitou primárky klinické logopedie Miroslavy Čecháčkové. Klasifikace se zčásti užívá i dnes ve Fakultní nemocnici Olomouc (Čecháčková, 2003) a obsahuje:

- expresivní afázii,
- integrační afázii,
- receptivní afázii,
- amnestickou afázii,
- globální afázii (Obereignerů, 2013).

Vyšetření u jednotlivých podtypů afázie je obohaceno o kognitivní dovednosti – pracuje s úrovní gnozie, praxe, prostorové a pravo-levé orientace (Čecháčková, 2003).

Klasifikace dle Koukolíka

Pro úplnost zde považujeme za vhodné zařadit i klasifikování afází dle Koukolíka, které je zajímavé dvěma ne příliš frekventovanými typy afázie. Hlavní členění afází je na klasické a neklasické. Do skupiny „klasických afází“ řadí Koukolík stejné typy, které jsou uvedeny v bostonské klasifikaci výše. Mezi

„neklasické afázie“ spadají „bazální ganglia“ a „talamická afázie“. Afázie typu bazální ganglia je nonfluentní, porozumění mluvené řeči při ní není narušeno, sféra opakování může, ale nemusí být narušena. Přítomny jsou i lehké poruchy nomie. Z pohledu somatopedie je tento druh doprovázen poruchami hybnosti pravé poloviny těla. Pro talamickou afázii je typický fluentní projev až do logorey, porozumění a pojmenování je narušeno. Opakování podobně jako výše. Tento typ afázie je často spojován s kolísáním stavu bdělosti a poruchou paměti (srov. Koukolík, 2000, 2004).

2.2.4 Prognóza

Afázie patří k nejtěžším typům narušené komunikační schopnosti. Její dopady mají negativní vliv nejen na samotného člověka (a to v kontextu všech jeho dosavadních sociálních rolí), ale i na jeho rodinu a blízké okolí. Z uvedeného důvodu je stanovení prognózy značně komplikované. Měnící se profil některých typů afází je naznačen v textu výše, nicméně expresivní fatická porucha bývá hodnocena v dlouhodobém horizontu příznivěji než její percepční nebo globální varianta (Janečka, 2022). Právě nemožnost vyjádřit se je nejvýznamnějším z faktorů ovlivňujících kvalitu života (Housarová, 2011), a tím i vlastní sebepojetí. Tento faktor se v odborné literatuře vyskytuje v kumulaci s rizikem sociální izolace (jež se týká i osob s mírnějšími symptomy) a podnětové či emocionální deprivace.

Prognostické vyhlídky tedy ovlivňuje především typ a stupeň afázie, ovšem i postoj konkrétního pacienta ke stanovené diagnóze. Svou roli hrají rovněž pacientův socioekonomický status a jeho vzdělání. Náročná jsou zejména období intenzivní medicínské léčby (nejvyšší dynamika změn nastává v akutní a subakutní fázi) a období bezprostředně po propuštění do domácího prostředí. Jako další potenciální komplikace je nutno vzít v potaz přítomnost bolesti, depresi, negativní vlivy prostředí např. na jednotce intenzivní péče, přítomnost poruch zraku a sluchu, možný rozvoj kognitivního deficitu. V počáteční fázi vzniku afázie jsou rodinnými příslušníky/blízkými pokládány otázky ohledně prognostického vývoje stavu jejich blízkého. Osoby s afází se v praktickém kontextu dělí do dvou skupin: na ty, které chtějí znát (jakoukoli) prognózu (vývoj onemocnění, terapeutický plán) a na ty, které prognózu znát nechtějí. Rozdíly mezi uvedenými skupinami lze spatřovat v psychoemocionálních procesech. Pozitivním vlivem je jednoznačně bezpečné prostředí s podporujícím rodinným zázemím.

2.2.5 Rešerše – sebepojetí osob se získaným narušením fatických funkcí

Tato rešerše se zaměřuje na sebepojetí osob se získaným narušením fatických funkcí, jako jsou afázie, alexie a agrafie, které mohou být důsledkem cévní mozkové příhody nebo traumatu hlavy. Cílem rešerše je vyhledat relevantní literaturu v databázích EBSCO a zjistit, jaké je sebepojetí těchto jedinců. Pro vyhledávání byla stanovena klíčová slova v češtině i angličtině a kritéria pro výběr studií. Výsledky ukazují, že v tuzemské literatuře neexistuje studie zkoumající korelaci mezi afázií a sebepojetím, zatímco mezinárodní literatura se primárně zaměřuje na problematiku komunikační funkčnosti. Studie spojující „Dotazník sebepojetí“ s oblastí problematiky jedinců s afázií nebyla nalezena ani v mezinárodně publikované literatuře.

Řešitelka provedla literární rešerši pro EBSCO (propojeno z portálu elektronických informačních zdrojů knihovny UP). Pro strategii vyhledávání záznamů literatury byl zvolen následující postup:

Stanovení cíle rešerše: Cílem rešerše bylo vyhledání literatury vztahující se k sebepojetí osob se získaným narušením komunikační schopnosti v důsledku narušení fatických funkcí v portálu EBSCO.

Stanovení rešeršních otázek: Jaké je sebepojetí osob se získaným narušením fatických funkcí?

Stanovení klíčových slov v češtině: sebepojetí, dotazník sebepojetí, afázie, porucha fatických funkcí, agrafie, alexie, sebepoznání, sebehodnocení, sebpřijetí, sebeúcta, seberealizace, cévní mozková příhoda, traumata hlavy.

Stanovení klíčových slov v angličtině: self-concept, self-concept questionnaire, aphasia, language disorder, agraphia, alexia, self-knowledge, self-evaluation, self-acceptance, self-esteem, self-realization, stroke, head trauma.

Vymezení kritérií pro vyhledávání, stanovení limitů: plný text článků, akademická periodika, vše od roku 2003, odstranění duplikátů z nalezených studií.

Vyhledávání v konkrétních databázích EBSCO: MEDLINE Complete, Complementary Index, Academic Search Ultimate a CINAHL Ultimate.

Tabulka 3 Záznamy literatury vyhledané přes portál EBSCO

	Klíčová slova	výsledky
1.1	self-concept	161,745
1.2	sebepojetí	9
1.3	self-concept questionnaire	25
1.4	Dotazník sebepojetí	0
2.1	self-concept, AND aphasia	67
2.2	self-concept, AND language disorder	54
2.3	self-concept, AND agraphia	2
2.4	self-concept, AND alexia	0
2.5	self-concept, AND stroke	646
2.6	self-concept, AND head trauma or head injury or brain injury	738
2.7	self-concept questionnaire, AND aphasia	0
2.8	self-concept questionnaire, AND language disorder	0
2.9	self-concept questionnaire, AND stroke	0
2.10	self-concept questionnaire, AND head trauma or head injury or brain injury	0
2.11	self-concept questionnaire, AND alexia or agraphia	0
2.12	sebepojetí, AND afázie	0
2.13	Dotazník sebepojetí, AND afázie	0
3.1	self-concept, AND aphasia, AND agraphia	1
3.2	self-concept, AND aphasia, AND agraphia, AND alexia	0
3.3	self-concept, AND aphasia, AND language disorder	2
3.4	self-concept AND aphasia, AND stroke	32
3.5	self-concept AND aphasia, AND stroke, AND head trauma or head injury or brain injury	3
3.6	self-knowledge or self-evaluation or self-acceptance or self-esteem or self-realization, AND aphasia	544
3.7	sebepoznání, or sebehodnocení, or sebedpřijetí, or sebeúcta, or seberealizace	14
3.8	sebepojetí, or sebepoznání, or sebehodnocení, or sebedpřijetí, or sebeúcta, or seberealizace, AND afázie	0

Díky výsledkům vyhledávání literatury podle vybraných klíčových slov (viz tabulka výše) došlo ke zjištění, že v tuzemské literatuře neexistuje studie, která by korelovala s klíčovými slovy „afázie“ a „sebepojetí“. Z mezinárodně publikované literatury byly vyloučeny takové zdroje, které nesplňovaly některou ze tří stanovených kritérií: a) participantů musejí být zařazeni mezi osoby s afázií, alexií, agraphií získané po cévní mozkové příhodě či traumatu hlavy, b) věk účastníků musí být 65 let nebo méně, c) výzkumný účel musí být zaměřený na otázky sebepojetí (zahrnující sebepoznání, sebehodnocení, sebedpřijetí, sebeúctu i seberealizaci).

Jak ukazuje další tabulka, v letech 2003–2023 bylo nakonec nalezeno de-
vět recenzovaných studií na téma sebezpojetí jedinců s afázií.

Zjištěné informace

Tabulka 4 Shrnutí recenzovaných studií o sebezpojetí jedinců s afázií

	Autor	Název článku	Participant	Výsledky odpovídající vybraným klíčovým sloům
1	Harmon, T. G., Lin, M. L., Scronce, G., & Jacks, A. (2019)	Podpora důvěry a participace lidí s afázií prostřednictvím interakce studentů: Popisná studie o účincích interdisciplinárního kampusového programu Supporting Confidence and Participation for People with Aphasia Through Student Interaction: A Descriptive Study on the Effects of an Interdisciplinary Campus Program	N = 3	Snížená sociální participace lidí s afázií je jedním z důsledků afázie, který může vést ke špatnému psychickému zdraví a snížení kvality života. Jedním ze způsobů zvýšení sociální participace těchto osob může být jejich zapojení do osvěty o afáziích. Skóry v dotaznících souvisejících s komunikační důvěrou nebo sociální participací byly po účasti v programu vyšší u všech tří účastníků s afázií a skóry kvality komunikačního života byly vyšší u jednoho. Tematické kódování dat ohniskové skupiny potvrdilo, že účastníci s afázií a jejich manželé vnímali výhody účasti v programu, včetně zvýšeného sociálního přístupu a lepšího sebezpojetí.
2	Juniper, Ashley R., & Tabor Connor, Lisa (2022)	Sebezpočítovaná funkce ADL/IADL ovlivněná reziduálním neurologickým postižením, afázií a úzkostí Self-Perceived ADL/IADL Function is Influenced by Residual Neurological Impairment, Aphasia, and Anxiety	Účastníci s afázií (N = 44), průměrný věk 60 (2,9)	Bylo zkoumáno, do jaké míry stav afázie, deprese po mrtvici a úzkost ovlivňují sebezpočítovanou funkci ADL (activities of daily living) / IADL. Sebevnímání funkce ADL a IADL je nepříznivě ovlivněno u jedinců po mozkové příhodě, dokonce i u osob s mírným neurologickým deficitem. Bylo zjištěno, že úzkost, stav afázie a reziduální neurologické poškození jsou nezávislými prediktory sebezpočítované funkce ADL a IADL, zatímco deprese nebyla spojena s vnímáním ADL/ IADL v multivariabilní analýze. Tato studie zdůrazňuje důležitost řešení sebezpočítovaných funkcí ADL a IADL, stejně jako afázie a úzkosti, během rehabilitace po cévní mozkové příhodě, aby se podpořilo opětovné začlenění do komunity a zapojení do každodenních činností.

	Autor	Název článku	Participant	Výsledky odpovídající vybraným klíčovým slovům
3	Taubner, Helena, Hallén, Malin, & Wengelin, Åsa (2020)	Pořád stejný? – Dilemata vlastní identity při životě s afázií po mozkové příhodě v digitalizované společnosti Still the same? – Self-identity dilemmas when living with post-stroke aphasia in a digitalised society	N = 9, věková hranice 25–54	Tato studie si klade za cíl prozkoumat z hlediska Bambergových dilemat konstrukci vlastní identity u osob v produktivním věku žijících s afázií po mozkové příhodě v digitalizované společnosti (tj. ve Švédsku). Konkrétněji se zaměřujeme na zodpovězení výzkumné otázky: Jsou dilemata relevantní pro konstrukci sebeidentity účastníků, a pokud ano, jak se v nich orientují online a offline? Zjištění naznačují, že všechna tři dilemata jsou pro účastníky vysoce relevantní. Konstruují svou vlastní identitu ve smyslu stálosti a změny (tj. obě jsou stejné jako před mrtvicí i změněné), stejnosti a odlišnosti (tj. obě jsou stejné i odlišné ve vztahu k ostatním) a jednání a závislosti (tj. zažít schopnost i neschopnost). Účastníci tak procházejí dilematy a neustálým vyjednáváním o tom, co zahrnout do příběhů o sobě.
4	Cavanaugh, R., & Haley, K. L. (2019)	Subjektivní komunikační potíže u velmi mírné afázie Subjective Communication Difficulties in Very Mild Aphasia	N = 5, věková hranice 31–64 let	Účelem této pilotní studie bylo charakterizovat problémy, se kterými se setkávají lidé, kteří se zotavili do té míry, že mají normální skóry v afázických bateriích, ale uvádějí, že afázií nadále mají. Pět lidí s afázií se zúčastnilo polostrukturovaného rozhovoru. K analýze subjektivních popisů obtíží v každodenních komunikačních situacích života s afázií byl použit deskriptivní kvalitativní design. Účastníci uváděli výrazné komunikační potíže, sníženou sociální participaci, potíže s návratem do práce, trvalou potřebu soustředit se při plnění jazykových úkolů a velmi si uvědomovali své přetrvávající postižení.

	Autor	Název článku	Participant	Výsledky odpovídající vybraným klíčovým sloům
5	Babbitt, E. M., & Cherney, L. R. (2010)	Důvěra v komunikaci u osob s afázií Communication confidence in persons with aphasia	N = 1, ve věku 41 let	Důvěra v komunikaci je konstrukt, který nebyl v literatuře o afázii dosud prozkoumán. V poslední době národní a mezinárodní organizace schválily širší metody hodnocení, které se zabývají kvalitou života a zahrnují participaci, aktivitu a oblasti postižení, stejně jako psychosociální oblasti. Jedinci s afázií se v životě s poruchou komunikace denně setkávají s obtížemi ve všech těchto oblastech. Jejich zlepšení se často odrážejí ve vyprávěních, která obvykle nejsou zahrnuta do standardních hodnocení. Tento článek ilustruje, jak by se nový nástroj pro měření komunikační důvěry mohl začlenit do širokého hodnoticího rámce, a pojednává o interakci komunikační důvěry, autonomie a sebeurčení u jedinců žijících s afázií.
6	Silverman, Maura English (2016)	Důstojnost boje. The dignity of struggle	N = 1	Téma tohoto článku se zaměřuje na schopnost afatiků účastnit se života tak, jak si sami zvolí, a na způsob, jakým mohou tento cíl podporovat jejich pečující osoby. Je poskytnut popis toho, jak může nástup komunikačních poruch v dospělosti ovlivnit sebeobraz a vlastní identitu.
7	Pinhasi-Vittorio, L. (2008)	Poezie a próza v sebepojetí jednoho muže, který žije s poraněním mozku a afázií Poetry and prose in the self-perception of one man who lives with brain injury and aphasia	N = 1, muž ve věku 23 let	Tento článek popisuje dvouletou případovou studii muže, který má expresivní a receptivní afázii v důsledku poranění mozku. Jak studie postupovala, účastník objevil svou schopnost psát poezii jako způsob vyjádření. Při psaní a čtení jeho básní se jeho vnímání sebe sama v průběhu času měnilo. Tato studie naznačuje, že používání expresivního psaní (prózy a poezie) může mít pozitivní dopad na vnímání sebe sama a v konečném důsledku může zlepšit rehabilitační proces. Článek podrobně popisuje proces práce s jednotlivci, kteří trpí ztrátou jazyka a poraněním mozku, a zaměřuje se na kreativní psaní jako způsob, jak zlepšit a podpořit rehabilitaci.

	Autor	Název článku	Participant	Výsledky odpovídající vybraným klíčovým slovům
8	Rautakoski, Pirkko (2012)	Sebevnímání funkčního komunikačního výkonu při celkové komunikační intervenci Self-perceptions of functional communication performance during total communication intervention	N = 38, věková hranice 26–65 let	Cílem této studie bylo zjistit, jak lidé se středně těžkou a těžkou afázií vnímají svůj funkční komunikační výkon a jak jej vnímají jejich komunikační partneři. Na skupinové úrovni lidé se středně těžkou a těžkou afázií a jejich komunikační partneři vnímali velká omezení ve funkční komunikační výkonnosti po afázii. Komunikační partneři zaznamenali výrazné zlepšení tohoto výkonu během intervence. Před intervencí lidé s afázií odhadovali svůj funkční komunikační výkon jako výrazně lepší než jejich partneři, ale tento rozdíl během intervence zmizel. Lidé se středně těžkou a těžkou afázií a jejich komunikační partneři vnímají po afázii velká omezení ve funkčním komunikačním výkonu. Zlepšení v této oblasti však vnímají zejména komunikační partneři při intervenci zaměřené na celkovou komunikaci a vedení partnera. Lidé s afázií si během rehabilitace více uvědomují své problémy v komunikační výkonnosti.
9	Pallavi, Jagadeesan, Perumal, Radhakrishnan Chella, & Krupa, Murugesan (2018)	Kvalita komunikačního života u jedinců s Brocovou afázií a normálních jedinců: srovnávací studie Quality of communication life in individuals with Broca's aphasia and normal individuals: A comparative study	N = 12, věková hranice 28–57 let	Cílem této studie bylo porovnat kvalitu komunikačního života (QoCL) mezi jednotlivci s Brocovou afázií a normálními jednotlivci. Skóry QoCL ve třech doménách byly pozorovány nižší u jedinců s Brocovou afázií ve srovnání s normálními dospělými. Jedinci s Brocovou afázií vyjadřovali větší problémy v oblasti socializace / aktivit QoCL než v oblasti sebedůvěry/sebepojetí a rolí a odpovědností. Informace získané na sebehodnotící škále QCL ve známém nebo mateřském jazyce usnadní plánování klientsky orientovaného managementu afázie.

V rešerši byly prohledány databáze EBSCO, konkrétně MEDLINE Complete, Complementary Index, Academic Search Ultimate a CINAHL Ultimate. Hledání probíhalo na základě klíčových slov a stanovených kritérií, která zahrnovala plný text článků, akademická periodika a vše od roku 2003. Dále byly stanoveny limity pro výběr studií, jakými byly věk účastníků (65 let a mladší) a zaměření výzkumu na otázky sebepojetí (zahrnující sebepoznání, sebehodnocení, sebepřijetí, sebeúctu i seberealizaci).

Výsledky rešerše ukazují, že většina nalezených studií se soustředila na téma sebepojetí v oblasti komunikace, zatímco ostatní oblasti (rodinné, pracovní, studijní, environmentální, finanční) zůstaly opomíjeny. Tato skutečnost poukazuje na nedostatek literatury zaměřené na zkoumání sebepojetí jedinců s narušením fatických funkcí ve vztahu k různým aspektům jejich života.

Rešerše zároveň odhalila, že neexistuje studie věnující se vytváření si názoru na sebe sama a formování nové osobnosti vzniklé důsledkem negativního prožitku u jedinců s narušením fatických funkcí. Tento nedostatek literatury naznačuje potřebu dalšího výzkumu sebepojetí osob se získaným narušením fatických funkcí, který by mohl přispět k lepšímu porozumění jejich psychologickým potřebám a k podpoře jejich adaptace na novou životní situaci. Vzhledem k těmto zjištěním je tato rešerše důležitým prvním krokem k identifikaci mezery ve výzkumu a nastínění možných směrů pro budoucí studie. Je nezbytné provést další výzkum, který by se zaměřil na sebepojetí jedinců s narušením fatických funkcí v různých oblastech života a zkoumal, jak tyto aspekty ovlivňují jejich schopnost adaptace a celkovou kvalitu života.

2.3 Osoby se získanou dysartrií

V první části této kapitoly se zaměříme na terminologické vymezení dysartrie. Společně se podíváme na její základní a nejrozšířenější definice a vysvětlíme si rozdíly mezi získanou a vývojovou formou této poruchy. Dále se stručně podíváme na nejčastější příčiny jejího vzniku. Velká část kapitoly pak bude věnována klasifikačním systémům, v nichž si stručně představíme jednotlivé typy dysartrie společně s jejich základními charakteristickými znaky. V závěru této kapitoly se pak stručně podíváme na diagnostiku a terapii dysartrie.

2.3.1 Terminologické vymezení dysartrií

Dysartrie je jedním z typů narušené komunikační schopnosti. Jednu z jejích prvních definic vytvořil již v roce 1969 kolektiv autorů ve složení Darley, Aronson a Brown, kteří charakterizují dysartrii „jako poruchu, která vzniká v důsledku ochrnutí, slabosti nebo poruchy koordinace svalstva podílejícího se na tvorbě řeči“ (Love & Webb, 2009, s. 193). Dle Neubauera (2018, s. 416) „dysartrií nazýváme poruchy motorické realizace řeči na základě organického poškození nervové soustavy“. Další významnou definici uvádí kolektiv autorů Cséfalvay et al. (2013, s. 117), kteří říkají, že „dysartrie je neurogenně podmíněná narušená komunikační schopnost, která se manifestuje jako porucha neuromuskulární exekuce řeči“. Vzniká na základě narušení svalové síly, abnormalit svalového tonu a deficitů v načasování a koordinaci pohybů (Weismer, 2023). Mlčáková (2013) uvádí, že v případě dysartrie se jedná o narušení artikulace v širším slova smyslu, jelikož dochází k narušení respirace, fonace, rezonance i artikulace v užším slova smyslu. Poruchy artikulace jsou přitom konzistentní (Rusina & Cséfalvay, 2023). U čisté formy dysartrie nejsou narušeny jazykové procesy ani nedochází k deficitům v porozumění (Rusina & Cséfalvay, 2023). Dysartrie spadá mezi poruchy řečové, které řadíme do poruch nesymbolických procesů. Ovšem při současném výskytu jazykové poruchy (například afázie) mohou být tyto deficity přítomny. V případě afázie tedy hovoříme o poruchách symbolických funkcí, které se typicky manifestují i ve čtení a psaní (Cséfalvay et al., 2013). Obecně lze říci, že „dysartrie a anartrie mohou vzniknout v kterémkoliv období života člověka“ (Klenková, 2006, s. 117). V rámci terminologického vymezení je však potřeba rozlišit pojmy vývojová a získaná dysartrie. Vývojová dysartrie vzniká na podkladě poškození centrální nervové soustavy, které je prenatální či perinatální. V ojedinělých případech může dojít k jejímu rozvoji i těsně po porodu. Typickým příkladem je výskyt vývojové dysartrie společně s dětskou mozkovou obrnou (DMO). Získaná dysartrie je naopak náhle vzniklá či pomalu progredující porucha, která vzniká na podkladě poškození nervové soustavy. Získaná dysartrie se může objevit i u dětí, a to v případě, že dojde k poškození nervové soustavy v období, kdy již dochází k rozvoji jazykových a řečových schopností jedince. V literatuře je tedy uváděn první až druhý rok života (Neubauer, 2018). Důležité je také zmínit, že předpona dys- v tomto případě nepoukazuje na získanou formu poruchy, nýbrž označuje její závažnost. V případě nejtěžšího stupně poruchy se tedy využívá pojmu anartrie (Cséfalvay et al., 2013; Klenková, 2006).

2.3.2 Příčiny

Příčiny vzniku dysartrie představují poměrně širokou problematiku. Právě z tohoto důvodu jsou konkrétní etiologie detailněji popsány v další části práce, která se blíže zabývá konkrétními typy dysartrie. Cséfalvay et al. (2013) uvádějí, že mezi nejčastější příčiny vzniku dysartrie můžeme obecně zařadit DMO, cévní mozkové příhody (CMP), mozkové tumory, kraniotraumata a degenerativní onemocnění. V rámci obecné etiologie vývojové dysartrie můžeme v krátkosti zmínit zejména dětskou mozkovou obrnu, dnes spíše označovanou pouze jako mozkovou obrnu. Jedná se přitom o neprogresivní poškození motorického systému, které vzniká na podkladě prenatálních, perinatálních nebo raně postnatálních příčin. Mozková léze se tedy nerozšiřuje, porucha se ovšem zráním CNS prohlubuje (Kraus, 2004). Mezi nejčastější přidružené poruchy řadíme epilepsii, narušenou komunikační schopnost, mentální postižení, zrakové postižení, sluchové postižení či poruchy chování a učení (Kraus, 2011). Obecně rozlišujeme tři hlavní formy mozkové obrny, tedy formu spastickou, dyskinetickou a ataktickou. Hlavním symptomem spastické formy je zvýšené svalové napětí. Typické je pro ni buď částečné ochrnutí, které označujeme pojmem paréza, či ochrnutí úplné, označované pojmem plegie. Důležitá je v tomto případě i distribuce. Obecně hovoříme o diparéze (postižení horních nebo dolních končetin), hemiparéze (postižení obou končetin na jedné polovině těla) či kvadraparéze (postižení horních i dolních končetin). Dyskinetická forma je dále typická výskytem mimovolních pohybů, které nejsou vůlí ovladatelné. Ataktická forma se projevuje sníženým svalovým napětím, její klinický obraz se však s přibývajícím věkem mění. Speciální kategorií jsou smíšené formy, které vznikají při současném výskytu symptomů forem ostatních (Kraus, 2011). Výskyt narušené komunikační schopnosti (NKS) u dětí s DMO zmiňují například Vaillant et al. (2020), kteří zdůrazňují provázanost motorických obtíží a narušené komunikační schopnosti. U dětí s DMO, které můžeme dle škály Gross Motor Function Classification System (GMFCS) hodnotit úrovní 1 až 3, se NKS vyskytuje u 58 % až 81 %. U dětí, které na této škále hodnotíme stupněm 4 a 5, je výskyt obtíží téměř 100 %. Z výzkumu Mei et al. (2020) vyplývá, že mezi nejčastější typy přidružené narušené komunikační schopnosti můžeme v současné době zařadit zejména dysartrii (78 %). Zhruba v 50 % dochází k současnému výskytu artikulačních poruch, opožděného fonologického vývoje, fonologické poruchy konzistentní či fonologické poruchy nekonzistentní. Vývojová verbální dyspraxie se k DMO přidružuje zhruba v 17 %.

U dospělých osob se s dysartrií setkáváme zejména po cévních mozkových příhodách. Ty bývají v dnešní době v ČR jednou z nejčastějších příčin úmrtí (Ehler et al., 2011). Obecně je můžeme rozdělit do dvou hlavních kategorií – CMP ischemickou a CMP hemoragickou. Ischemie může být způsobena embolií či trombem. Trombus bývá přitom zapříčiněn aterosklerózou, v jejímž rámci dochází ke kornatění mozkových cév s jejich následným uzavřením. Embolie je stav, kdy dojde k zanesení krevní sraženiny z jiné části těla (nejčastěji ze srdce) krevním řečištěm až do mozku. Zde dochází k obstrukci jedné či více mozkových cév. V případě hemoragie dochází k ruptuře cévní stěny a následnému krvácení, které může být zapříčiněno například aneurysmatem. Aneurysma je výduť tepny, které zvyšuje riziko její ruptury (Král et al., 2012). Dle lokalizace krvácení ho můžeme rozdělit na epidurální (mezi kostí a dura mater), subdurální (mezi dura mater a arachnoideou) a subarachnoidální (mezi subarachnoideou a pia mater) (Love & Webb, 2009; Seidl, 2023). Ehler et al. (2011) zároveň upozorňují, že během prvních 24 hodin po vzniku CMP často dochází ke změně klinického obrazu ve smyslu progresu poškození.

Další velice důležitou skupinou, která může způsobit vznik dysartrií, jsou tumory (nádory, mozkové expanze). Nejznámější bývá dělení na nádory primární a sekundární. Primární nádory mají svou lokalizaci přímo v lebeční dutině, naopak nádory sekundární se nacházejí v jiných orgánech, ale jejich metastázy postihují CNS. Další důležité dělení je na nádory benigní (nezhoubné) a maligní (zhoubné). V případě mozkových nádorů ale nemusí být zhoubnost nádoru klíčem k určení prognózy. Například nezhoubný nádor, který je svou lokalizací obtížně přístupný a jeho operace není možná, může mít vzhledem k útlaku ostatních struktur horší prognózu než některý nádor zhoubný. Hlavní je tedy umístění nádoru společně s rychlostí jeho růstu (Král et al., 2012). Celkem existuje několik typů nádorů. Seidl (2023) je dělí na intraaxiální a extraaxiální. Love a Webb (2009) uvádějí v této souvislosti zejména glioblastom, který je v současné době nejčastěji se vyskytujícím a nejvíce maligním typem mozkového nádoru. Nejčastěji se přitom vyskytuje ve frontálním nebo temporálním laloku. Dle nově vydaných statistik Ústavu zdravotnických informací a statistik (ÚZIS) za roky 2019 až 2021 můžeme vidět, že k 31. 12. 2021 žilo v České republice přes 4000 osob se zhoubným nádorem mozku, míchy a jiných částí CNS. Prevalence a incidence tohoto onemocnění stále lehce narůstá, přičemž více bývají zasaženi muži v celkovém poměru 1,1 : 1 (ÚZIS, 2023).

Traumatická poškození mozku představují další velmi častou příčinu vzniku dysartrie. Traumatická poškození mozku jsou nejčastěji asociována

s dopravními nehodami, popřípadě je jejich výskyt typický po napadení či pádu. Pád může být spojen s jakoukoli sportovní činností, u seniorů jsou však pády obvyklé i z důvodu pokročilého věku, který je doprovázen polymorbiditou spojenou s existencí vysokého a různorodého množství symptomů. Pády tak mají v tomto věku multifaktoriální příčinu (Berková & Berka, 2018; Seidl, 2023). Z hlediska rozsahu můžeme traumatická poškození mozku rozdělit do dvou hlavních částí. Jedná se o poškození lokální, která se již podle názvu váží k jednomu konkrétnímu místu. Na druhé straně stojí poškození difúzní, jejichž následkem je zasaženo více struktur (Král et al., 2012). Love a Webb (2009) dělí poranění na penetrující a zavřená, jinak také označovaná jako nepenetrující. Hlavní dělicí hranicí mezi těmito typy je poškození tvrdé pleny. Pokud je zasažena, jedná se již o poškození penetrující, při kterém dochází ke vzniku vstupu do nitrolebeční části, čímž se zvyšuje riziko vzniku infekce. Obecně můžeme poškození rozdělit na primární a sekundární. Ta primární jsou bezprostředním následkem vzniklé situace, naproti tomu sekundární poškození vznikají až jako následný jev vzniklé poruchy (Seidl, 2023). Pokud se blíže zaměříme na primární léze, můžeme je rozdělit na intraaxiální (týkájí se mozkové tkáně) a extraaxiální. Právě extraaxiální poruchy jsou spojeny s výskytem hematomů. Ty můžeme dle lokalizace rozdělit na epidurální, subdurální či subarachnoidální. Do intraaxiálních poruch řadíme například mozkovou komoci (otřes) (Seidl, 2023). Ta bývá obecně považována za poruchu, která je zvrtná a nezanedbává žádné následky. Dle nových výzkumů je ale zřejmé, že mozková komoce může způsobit deficity kognitivních funkcí (Collins et al., 2023). Difúzní axonální poškození, jak již název napovídá, je poškození axonů, které má dle Seidla (2023, s. 152) „za následek porušení komunikace mezi kůrou a kmenem“. Právě tento typ poškození je nejčastěji smrtelný nebo je spojen s dlouhodobým vigilním stavem či apalickým syndromem. Dále můžeme do této kategorie zařadit mozkovou kontuzi neboli zhmoždění či například poranění lebky či jejich pokrývek (Seidl, 2023). Do sekundárních lézí řadí Seidl (2023) edém (otok) mozku vzniklý následkem úrazu, subdurální hematom chronického typu (čímž se liší od primárních lézí, při kterých je subdurální hematom akutního či subakutního typu), herniaci (posun) mozkových struktur, hydrocefalus, poúrazovou ischemii mozku a poúrazovou infekci.

Dysartrie bývá také velmi často součástí degenerativních onemocnění. Typickým projevem je v tomto případě pozvolná progresie onemocnění, ke které dochází společně s progresí celkového zdravotního stavu pacienta (Seidl, 2023). Mezi tato onemocnění můžeme nejčastěji zařadit poruchy extrapyramidového systému, kam spadá Parkinsonova nemoc a Huntingtonova

choroba. Tato dvě onemocnění jsou nejčastěji spojována s poruchou tonu a pohybu. Parkinsonova nemoc proto bývá označována jako hypertonicko-hypokinetický syndrom, zatímco Huntingtonova choroba je hypotonicko-hyperkinetickým onemocněním (Seidl, 2023). Nelze však říci, že by obě tyto choroby byly spojeny jen s těmito problémy. Dle výzkumu Goldmana et al. (2018) byla u osob s Parkinsonovou chorobou zjištěna ve 20 až 50 % případů mírná kognitivní porucha. Z longitudinálního výzkumu pak vyplývá, že zhruba u 80 % pacientů s touto chorobou byla naplněna diagnostická kritéria demence. Aarsland a Kurz (2010) dále upozorňují na důležitost délky trvání Parkinsonovy choroby. Prevalence výskytu kognitivních obtíží se pohybuje v prvních pěti letech nemoci na 30 %, po deseti letech však stoupá na 75 %. K podobným závěrům docházíme i u Huntingtonovy choroby. Z výzkumu Julayanont et al. (2020) vyplývá, že v počátku onemocnění se může objevovat mírná kognitivní porucha s největším zasažením exekutivních funkcí. Po pěti letech od nástupu symptomů manifestujících se v motorické rovině byla demence rozvinuta u 70 % účastníků jejich výzkumu. Ve zkratce můžeme dále zmínit například Wilsonovu chorobu, jež je metabolickým onemocněním, které způsobuje deficity v transportu mědi a její následné nadměrné ukládání, a to zejména v mozku a játrech (Seidl, 2023). Poškození horního i dolního motoneuronu dále způsobuje vznik amyotrofické laterální sklerózy. Dalším degenerativním onemocněním je Friedrichova ataxie, která primárně postihuje mozeček (Love & Webb, 2009). V neposlední řadě se může jednat například o olivo-ponto-cerebelární atrofii, při které je poškozen mozeček a extrapyramidový systém (Seidl, 2023).

Na vině mohou být také některá autoimunitní onemocnění. Mezi ně můžeme zařadit například roztroušenou sklerózu, při které dochází k demyelinizaci nervových vláken, čímž je negativně ovlivněn přenos nervového vzruchu.

Dalším autoimunitním onemocněním, které však již nespadá do degenerativních onemocnění, je například myasthenia gravis (Love & Webb, 2009).

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

2.3.3 Klasifikace

V současné době existuje hned několik klasifikačních systémů získané dysartrie. Ty vycházejí buď z lokalizace mozkové léze, či z hlavních symptomů. V této kapitole si představíme různé klasifikace, se kterými se můžeme setkat v české i zahraniční literatuře. Jednou z nich je například klasifikace, kterou vytvořil Cséfalvay v roce 2002. Ten rozdělil dysartrie z hlediska lokalizace lézí do šesti hlavních typů. Konkrétně se jedná o dysartrie korové, pyramidové, extrapyramidové, bulbární, mozečkové a smíšené (Cséfalvay et al., 2013). Dalším příkladem je jedno z nejznámějších a v zahraničí nejvíce uváděných dělení, které v rámci české literatury zmiňuje Neubauer (2018). Ten hovoří o dysartriích flakcidní, spastické, extrapyramidové (hypokinetické, hyperkinetické), cerebelární a smíšené. Dle některých autorů můžeme do základního dělení dysartrií přidat dysartrie po unilaterální lézi centrálního motoneuronu a dysartrie neznámé etiologie (Duffy in Atkinson-Clement et al., 2019). Každý z těchto typů dysartrie přitom odkazuje na poškození v jiné části centrální nebo periferní nervové soustavy (Weismer, 2023). Při vzniku smíšené dysartrie je pak typ dysartrie závislý na lokalizacích mozkových lézí (Freed, 2020). Toto dělení přehledně shrnuje následující tabulka.

Tabulka 5 Typy dysartrií a umístění lézí (Neubauer, 2018, s. 421)

Typ dysartrie	Místo léze nervového systému
flakcidní	periferní motoneuron
spastická	centrální motoneuron
hypokinetická	bazální ganglia a jádra asociovaných nervových drah
hyperkinetická	bazální ganglia a jádra asociovaných nervových drah
ataktická	cerebellum nebo jeho propojení nervovými drahami

Spastická dysartrie

Spastická dysartrie vzniká jako následek poškození horního motorického neuronu, který je součástí pyramidového a extrapyramidového systému. Pyramidový systém slouží k přenosu informací mezi motorickými oblastmi mozkové kůry a dolním motorickým neuronem (Freed, 2020). Existují zde dvě hlavní dráhy, a to dráha kortikobulbární (vede k hlavovým nervům) a kortikospinální (vede k míšním nervům) (Love & Webb, 2009). Poškození pyramidového systému je tedy typické právě slabostí svalů a latencí v provedení pohybů. Extrapyramidový systém má na starosti zejména udržení

postury, svalového tonu a regulaci reflexů. Důsledkem jeho poškození jsou abnormální svalové reflexy a zvýšený svalový tonus, který má za následek vznik spasticity. Je ovšem potřeba mít na paměti, že spastický sval je výrazně oslaben (Freed, 2020). Mezi hlavní příčiny vzniku spastické dysartrie řadíme cévní mozkové příhody, traumatická poranění hlavy, degenerativní onemocnění, tumory mozkového kmene či virové nebo bakteriální infekce mozkové tkáně. Jelikož jsou si pyramidový a extrapyramidový systém vzájemně velice blízké, s největší pravděpodobností dojde při poranění jednoho z nich zároveň k poruše druhého. Poškození je přitom vždy bilaterální. V případě cévní mozkové příhody musí dojít k jejímu vzniku v mozkovém kmeni. Pokud vznikne CMP v jedné či druhé hemisféře a pacient před tím neprodělal jinou CMP ani jiné poranění, je pravděpodobnost vzniku spastického typu dysartrie minimální a spíše budeme hovořit o dysartrii po unilaterální lézi centrálního motoneuronu. Pokud by však u pacienta došlo v minulosti k poškození pyramidového a extrapyramidového systému jedné hemisféry a CMP by poškodila tyto systémy v hemisféře druhé, dojde s největší pravděpodobností ke vzniku tohoto typu dysartrie (Freed, 2020). Spastickou dysartrii můžeme najít v literatuře také ve spojení s pojmem pseudobulbární paralýza, která je typická výskytem hned několika projevů. Jedná se zejména o dysartrii, dysfagii, dysfonii, zvýšený masseterový reflex, spasticitu jazyka a absenci atrofií a fascikulací jazyka (Eggenberger & Clark, 2014; Love & Webb, 2009). Často se k paralýze přidá i pseudobulbární afekt, který má za následek nekontrolovatelný spastický smích a pláč. Ten je způsoben poškozením oblasti, která má na starosti inhibici emocí (Eggenberger & Clark, 2014; Freed, 2020). V řeči pacienta je nejčastějším problémem nepřesná artikulace a špatné tvoření samohlásek (Freed, 2020). Zasažena je také prozódie projevu. Ten se může jevit jako monotónní, a to z důvodu zvýšeného tonu laryngeálních svalů. Tonus dále ovlivní schopnost aktivace a uvolnění jednotlivých svalů, což má za následek deficit v práci s frekvencí hlasu. Dalším problémem je zpomalené tempo projevu způsobené oslabením a omezením hybnosti mluvidel (Freed, 2020). K tomu, aby vzduch prošel hyperadduktivními hlasivkami, je potřeba vynaložit velké úsilí, proto dochází také ke vzniku tlačené fonace. Zároveň se zkracuje délka jednotlivých výpovědí (Cséfalvay et al., 2013). Typická je také hypernazalita způsobená spasmem velárních svalů, které omezují pohyby měkkého patra (Freed, 2020). Problémem je tak kontrola velofaryngeálního uzávěru (Neubauer, 2018). V tomto typu dysartrie se ovšem nevyskytují na rozdíl od dysartrie flakcidní nasální emise (Love & Webb, 2009). Respirační obtíže se u pacientů ve většině případů neobjevují, můžeme však pozorovat

určité abnormální pohyby dýchacích svalů. Ty mohou mít za následek snížení vitální kapacity plic nebo nepravidelné a těžko koordinované dýchání (Darley in Freed, 2020). Hlas je nejčastěji tlačенý, přiškrčený a drsný. Mnoho typických charakteristik hlasu je způsobeno již výše zmíněnou hyperaddukcí hlasivek, která vzniká na základě zvýšeného svalového tonu (Freed, 2020). Hlas bývá častěji hlubší a v projevu se může objevit nevhodné umístění přízvuku (Love & Webb, 2009). Dalším typickým projevem je drooling (vytékání slin či tekutin z úst, vypadávání sousta z úst), který je možno vysvětlit narušením orální kontroly polykání. Druhým možným vysvětlením je nižší frekvence polykání slin (Freed, 2020). S tím souvisí i častý výskyt hypersalivace (Cséfalvay et al., 2013). Z výzkumů vyplývá, že zhruba u poloviny osob dochází k poruchám polykání nejčastěji spojených s aspirací (Love & Webb, 2009).

Dysartrie při unilaterální lézi centrálního motoneuronu

Do centra pozornosti se tento typ dysartrie dostal až v 80. letech minulého století, i když se o něm vědělo již mnohem dříve. Jedním z možných vysvětlení je to, že jeho důsledky nejsou oproti jiným typům dysartrie natolik závažné. Samotná lehká dysartrie může být mnohdy jedinou známkou proběhlé CMP (Freed, 2020). Dalším vysvětlením může být častý výskyt komorbidit, který mnohdy ztěžoval samotný výzkum. Posledním vysvětlením je pak fakt, že v mnoha případech dojde ke spontánnímu vymizení poruchy bez nutnosti logopedické intervence (Duffy in Freed, 2020). Tento typ dysartrie vzniká jako následek unilaterálního poškození centrálního motoneuronu kterékoli hemisféry, a to nejčastěji v důsledku cévní mozkové příhody (Love & Webb, 2009). Další možnou příčinou vzniku jsou nádory, které přímo zasahují horní motorický neuron nebo ho utlačují či svou expanzí omezují prokrvení, což má negativní vliv na správné fungování horního motorického neuronu (Freed, 2020). Pokud dojde ke vzniku léze v levé hemisféře, mohou se k dysartrii často přidružit afázie nebo apraxie. V případě poškození pravé hemisféry dochází mnohdy k přidružení kognitivních či zrakových poruch. Poruchy se vzhledem k unilaterální lokalizaci projeví nejčastěji na kontralaterální straně vůči mozkové lézi (Freed, 2020). Výjimkou jsou však jazyk a dolní část obličeje, a to vzhledem k unilaterální inervaci těchto struktur (Cséfalvay et al., 2013). V nejhorším případě dojde v této oblasti ke vzniku parézy, mnohem častěji se ovšem setkáme s oslabením a omezením rozsahu pohybu daných struktur (Freed, 2020). Symptomatologie tohoto typu dysartrie je velice podobná symptomatologii spastické dysartrie, jelikož v obou případech dochází k poškození centrálního motoneuronu. Symptomy přitom nebývají u dysartrie při unilaterální lézi centrálního motoneuronu tak závažné, a to

zejména díky kompenzaci, kterou poskytuje nepostižená strana (Cséfalvay et al., 2013). Nejvýraznějším symptomem je především narušená artikulace, obzvláště se jedná o nepřesné tvoření konsonantů (Love & Webb, 2009). Dále je u tohoto typu dysartrie typicky narušena diadochokinéza (v anglické terminologii známá pod pojmem alternating motion rate) (Freed, 2020). Nazalita projevu bývá nejčastěji zvýšená. Jedním z hlavních vysvětlení je pravděpodobné unilaterální oslabení měkkého patra (Freed, 2020). V rámci fonace je hlas nejčastěji popisován jako drsný. To může být zapříčiněno například deficitem v hlasivkovém uzávěru, spasticitou hlasivek nebo dysfonií, která je u starších lidí poměrně běžná (Freed, 2020). Freed (2020) uvádí, že respirace a prozódie zůstávají u tohoto typu dysartrie nejčastěji bez poškození. Duffy in Freed (2020) ovšem upozorňuje, že prozódie může být narušena zpomaleným tempem projevu. I u tohoto typu dysartrie může dojít ke vzniku poruch polykání, a to zejména v orální fázi. Toto poškození je typické pro osoby s levohemisférovou lézí. U osob s lézí v pravé hemisféře pak častěji dochází k penetraci či dokonce aspiraci (Love & Webb, 2009).

Flacidní dysartrie

Flacidní dysartrie vzniká jako následek poškození periferního (distálního, dolního) motoneuronu. Dochází tedy k poškození jader hlavových nervů, které jsou důležité pro řečovou produkci, či spinálních nervů, které mohou ovlivnit například proces fonace (Freed, 2020; Neubauer, 2018). Typickým důsledkem tohoto poškození je hypotonie a s ní spojené oslabení svalstva (Singh & Kent in Freed, 2020). V souvislosti s tímto typem dysartrie se můžeme v literatuře setkat s pojmem bulbární paralýza, jehož součástí je právě dysartrie, dysfagie a dysfonie. Hlavním rozlišovacím kritériem od pseudobulbární paralýzy, která je součástí spastické dysartrie, je výskyt atrofií a fascikulací a snížení reflexů svalů, které jsou zapojeny do řečové produkce (Dworkin in Freed, 2020; Eggenberger & Clark, 2014). Love a Webb (2009, s. 344) zároveň uvádějí, že se jedná o „onemocnění způsobené postižením jader posledních čtyř nebo pěti hlavových nervů“. Pro správnou řečovou produkci popisujeme pět základních hlavových nervů (Love & Webb, 2009). Jejich funkci přehledně shrnuje následující tabulka.

Tabulka 6 Hlavové nervy podílející se na řečové produkci (Love & Webb, 2009, s. 190)

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

Freed (2020) hovoří v této souvislosti o poruše šesti hlavových nervů, přičemž přidává nervus accessorius. Ten společně s nervus vagus vytváří plexus pharyngeus, který inervuje uvulu, musculus levator veli palatini, musculus palatoglossus a musculus palatopharyngeus (Čihák, 2013). Poškození jednoho z nich se tak automaticky projeví i na nervu druhém (Freed, 2020; Love & Webb, 2009). Mezi nejčastější příčiny vzniku řadíme cévní mozkové příhody, nádory, poranění hlavy a krku (zejména při autonehodách) či nervosvalová onemocnění (myasthenia gravis, polyradikuloneuritida). K poruše hlavových nervů může také dojít neúmyslně, a to například při chirurgických zákrocích, jako jsou karotická endarterektomie či operace štítné žlázy. Další možností je výskyt nádoru v oblasti mozkového kmene (Cséfalvay et al., 2013; Freed, 2020). Z hlediska artikulace je typická nepřesná výslovnost samohlásek i souhlásek. Konkrétní artikulační chyby i míra jejich závažnosti jsou vždy závislé na míře poškození jednotlivých hlavových nervů. Při poškození nervus hypoglossus bude narušena artikulace hlásek vyžadujících elevaci jazyka. Poškození nervus facialis ovlivní například pohyby rtů, což bude mít za následek problém při artikulaci bilabiálních a labiodentálních hlásek (Cséfalvay et al., 2013; Freed, 2020). Také prozódie projevu bude narušena. Zejména se jedná o monotónii, které je způsobena oslabením hrtanových svalů (Freed, 2020; Love & Webb, 2009). Nejtypičtějším symptomem je hypernazalita, vzniklá v důsledku velofaryngeální dysfunkce. Dále je oslaben intraorální tlak vzduchu, který je zároveň spojen s přítomností nasálních emisí (Freed, 2020). Narušení respirace je dále přímo vázáno na poškození míšních nervů, které inervují dýchací svaly. Častými symptomy jsou nedostatečný tlak vzduchu v subglotickém traktu či častější nádechy (Freed, 2020). Nedomykavost hlasivek je dalším velice významným symptomem, který ovlivní proces fonace (Freed, 2020). Může se stát, že dojde pouze k jednostranné paréze hlasivek. V tomto případě bude charakteristika hlasu přímo závislá na paretické pozici hlasivky (addukce,

abdukce, paramediální pozice) (Love & Webb, 2009). Obecně je v tomto typu dysartrie hlas chraptivý a dyšný. V některých případech se u pacientů může vyskytovat také šepot. Dochází ke zkrácení délky výdechové mluvní fráze a častěji je také výskyt úplné afonie (Freed, 2020).

Hypokinetická dysartrie

Hypokinetická dysartrie se manifestuje v různé míře ve všech modalitách motorické realizace řeči, tedy v respiraci, fonaci, rezonanci a artikulaci. Nejvíce ovšem postihuje hlas, artikulaci a prozódii mluvního projevu (Duffy in Freed, 2020). Neubauer (2018) uvádí, že z výzkumů provedených v zahraničí, do kterých bylo zapojeno celkem 6000 osob, vyplývá, že hypokinetická dysartrie se vyskytuje přibližně v 8 % případů diagnózy motorická řečová porucha. Z etiologického hlediska dochází k poškození extrapyramidového systému, konkrétně bazálních ganglií, která jsou součástí šedé hmoty a hrají důležitou roli v řízení pohybu (Freed, 2020). Tvoří je nucleus caudatus a putamen (souhrnně označované jako striatum) a globus pallidus (palidum). Funkčně mezi ně můžeme zařadit i nucleus subthalamicus, nucleus pedunculopontinus a substantia nigra (Koukolík, 2012). V oblasti bazálních ganglií existuje řada mediátorů. Jedním z nich je například dopamin, který se nalézá zejména v substantia nigra a má inhibiční povahu, další je acetylcholin, který má naopak excitační charakter a nalezneme ho zejména ve striatu (Seidl, 2023). Hypokinetická dysartrie bývá nejčastěji spojena s parkinsonismem, který přímo souvisí s nedostatkem dopaminu. Nadbytek acetylcholinu způsobuje rigiditu či bradykinezi, které patří mezi hlavní symptomy parkinsonismu. Důležitý je také výskyt Lewyho tělísek v oblasti substantia nigra. Příčin vzniku hypokinetické dysartrie však existuje více. Mezi ty další můžeme zařadit traumatické poškození mozku, kdy vlivem jednorázového traumatu či opakovanými zraněními dojde k poškození bazálních ganglií nebo substantia nigra. Dále se může jednat o cévní mozkovou příhodu či o otravu kovy (měď) nebo farmaky (Freed, 2020; Neubauer, 2018; Seidl, 2023). Hlavním symptomem této formy dysartrie bývá často zrychlené tempo mluvního projevu, které se nevyskytuje u žádného jiného typu dysartrie (Freed, 2020). V řeči se často vyskytují dysfluence. Konkrétně se jedná o repetici hlásek na začátku výpovědi či po pauze (Duffy in Freed, 2020). Dalším typem dysfluencí jsou palilálie (Cséfalvay et al., 2013; Freed, 2020). Mezi typicky se vyskytující symptomy řadíme také oslabení orálního svalstva. Pohyby jazyka, rtů či měkkého patra jsou zpomalené a mají omezený rozsah. To se nejvíce projeví při vyšetření diadochokinézy (Love & Webb, 2009). Z hlediska artikulace dochází častěji ke změně způsobu tvoření hlásky při zachovaném správném místě tvoření

(Love & Webb, 2009). Rezonance bývá nejčastěji narušena ve formě hypernazality mírného stupně (Freed, 2020). Z hlediska respiračních obtíží hovoří Freed (2020) o narušené koordinaci svalů, které se podílejí na dýchání. Zároveň je omezen rozsah pohybu těchto svalů. To ovlivní charakter nádechů, které jsou mělké a časté. Fonace bývá velmi často narušena. Nejčastěji se jedná o nedostatečné uzavření hlasivkové šterbiny během fonace, které má za následek únik vzduchu, a to do takové míry, že hlas může znít jako šepot (Freed, 2020). Problémem je také koordinace fonace s respirací. Dynamický i frekvenční rozsah hlasu bývá omezen. U pacientů s Parkinsonovou chorobou je hlas často zastřený, drsný, tichý a monotónní (Zamišková et al., 2010). Dalším častým symptomem bývá laryngeální dysfunkce, která je doprovázena chrapotem (Love & Webb, 2009). Hypokinetická dysartrie je zároveň v mnoha případech doprovázena i dysfagií. Polykání je přitom narušeno ve všech svých fázích. Největším rizikem je zejména tichá aspirace, kdy se tekutina či strava dostává do dýchacích cest bez jakékoli reflexní response těla (Love & Webb, 2009).

Hyperkinetická dysartrie

Tento typ dysartrie bývá ve většině případů spojen s jiným druhem onemocnění, které zasahuje bazální ganglia. Jedním z těchto onemocnění může být Huntingtonova choroba. Jejím hlavním projevem je zvýšená míra pohybu, kterou jedinec není schopen kontrolovat (Freed, 2020). Jedná se o tzv. mimovolní pohyby označované jako dyskineze (Seidl, 2023). Konkrétně do této kategorie spadá chorea (choreatické pohyby jsou rychlé a trhavé pohyby s predilekcí na horních končetinách), myoklonus (krátký a rychlý svalový záškub), tiky, dystonie či tremor (jinak označovaný také jako třes). Mimovolní pohyby mohou mít různou závažnost. Některé jsou mírné a zasahují pouze jeden sval, jiné mohou ovlivnit pohyby celého těla (Freed, 2020). Při bližším pozorování pacienta lze tento typ dysartrie dobře poznat právě vzhledem k vyskytujícím se mimovolním pohybům (Duffy in Freed, 2020). Stále není jasné, jaká je přesná příčina vzniku mimovolných pohybů. Jedna z teorií říká, že možnou příčinou by mohl být nepoměr mezi dopaminem a acetylcholinem ve prospěch dopaminu. Toto tvrzení potvrzuje výzkum, během kterého byla pacientům s Parkinsonovou chorobou podána L-dopa, jež u účastníků studie zapříčinila vznik mimovolných pohybů (Wiederholt in Freed, 2020). Levodopa, známá také pod pojmem L-dopa, je látka, která se využívá k léčbě Parkinsonovy nemoci. V mozku se z tohoto preparátu vytváří právě tolik potřebný dopamin (Seidl, 2023). Mnoho odborníků se ovšem domnívá, že skutečná příčina vzniku mimovolných pohybů bude pravdě-

podobně mnohem složitější. Již v úvodu kapitoly bylo zmíněno, že hlavním důvodem vzniku hyperkinetické dysartrie jsou jiná onemocnění. V literatuře byly popsány i případy, kdy se na vzniku této formy dysartrie podílely cévní mozková příhoda nebo kraniotraumata (Freed, 2020). V rámci artikulace se u hyperkinetické dysartrie můžeme nejčastěji setkat s nepřesnou artikulací, chybným tvořením hlásek či jejich prolongovanou výslovností. Tyto chyby se objevují ve chvílích dyskineze. Pokud tedy osoba v daný okamžik nemá žádný mimovolní pohyb, bude její artikulace výrazně lepší (Freed, 2020). Cséfalvay et al. (2013) dále uvádějí, že mezi typické symptomy můžeme zařadit také artikulační kolapsy nepravidelného rázu. Z hlediska prozódie mohou být nejvýraznějším symptomem tiché pauzy. Vznikají nejčastěji na základě dystonie svalů, které se podílejí na tvorbě hlasu (Freed, 2020). Prozódie je dále narušena omezeným frekvenčním a dynamickým rozsahem hlasu (Cséfalvay et al., 2013). Poruchy rezonance jsou i v tomto případě lehčího charakteru. Nejčastěji se jedná o hypernazalitu (Freed, 2020). Mimovolní pohyby mohou ovlivnit také respirační svaly. Deficitní je pak spojení respirace a fonace, které často vyústí v přerušovanou fonaci. U pacientů s dystonií je hlas nejčastěji popisován jako drsný. Pokud se u pacienta objeví spasmus hrtanu, hlas může být až přiškrcený (Freed, 2020). U chorey je hlas drsný nebo přiškrcený a může dojít ke kolísání hlasitosti mluvního projevu. Častý je také výskyt spastické dysfonie (Love & Webb, 2009).

Ataktická dysartrie

V tomto případě dochází k poškození mozečku (cerebella) a jeho drah. Cerebellum má na starosti zejména rovnováhu a svalový tonus. Dále zpracovává senzorické informace z celého těla a integruje je do provedení konkrétních pohybů. V neposlední řadě zajišťuje koordinaci, vhodné načasování a zpřesnění pohybů (Ambler, 2011; Freed, 2020; Seidl, 2023). Cerebellum je tvořeno centrálně uloženým vermisem cerebelli a dvěma hemisférami (Seidl, 2023). Pro správné fungování jsou také důležité tři hlavní dráhy, které souhrnně označujeme jako pedunculus cerebellaris. Prvním z nich je pedunculus cerebellaris inferior, který přenáší do mozečku senzorické informace z celého těla. Dále se jedná o pedunculus cerebellaris medius, který do mozečku přenáší informace z mozkové kůry. Jedná se o předběžné informace o plánovaných pohybech, které musí mozeček dále zkoordinovat. Poslední drahou je pedunculus cerebellaris superior, který naopak předává informace mozkové kůře a extrapyramidovému systému (Freed, 2020). Příčinnou vzniku tohoto typu dysartrie mohou být například různá neurodegenerativní onemocnění (např. Friedrichova ataxie), cévní mozkové příhody, intoxikace (nejčastěji

alkoholové, ale i způsobené otravou olovem), kraniotraumata, tumory či hypotyreóza. Mezi další, méně časté příčiny řadíme infekce (tyfus, syfilis) či bakteriální abscesy (Cséfalvay et al., 2013; Freed, 2020; Love & Webb, 2009). Ataktická dysartrie je pojmenována právě podle svého hlavního symptomu, tedy ataxie. Tu můžeme definovat jako „poruchu koordinace pohybů, danou nesprávným zpracováním senzorických informací do motorického výstupu“ (Love & Webb, 2009, s. 211). Deficity řečových schopností se projevují zejména narušením artikulace a prozódie. Osoby mají problém s koordinací artikulačních pohybů, je narušena výslovnost všech hlásek a řeč má často ráz opilosti (Freed, 2020). Typický je výskyt artikulačních kolapsů (Love & Webb, 2009). Časté je zpomalené tempo projevu, prolongace fonémů a prodloužení pauz mezi jednotlivými hláskami. Dalším symptomem je nadměrný a nepřírozený důraz na nepřízvučných slabikách a slovech (Freed, 2020). Cséfalvay et al. (2013) uvádějí, že důraz je naopak na každé slabice stejný. V souvislosti s tímto typem dysartrie se často setkáváme s pojmem skandovaná řeč, jelikož po vyslovení každé slabiky dochází ke krátké pauze a řeč zní skandovaně (Love & Webb, 2009). Narušení rezonance nepatří mezi prominentní symptomy. V literatuře můžeme nalézt informace týkající se zejména výskytu hypernazality (Freed, 2020). Duffy (in Freed, 2020) ovšem upozorňuje i na výskyt hyponazality, která může být způsobena problémy s načasováním pohybů měkkého patra a ostatních svalů, které se podílejí na artikulaci. Hlas jeví ve většině případů známky drsnosti, která je pravděpodobně způsobena sníženým svalovým tonem v oblasti laryngu (Freed, 2020). Dále se může u osob s ataktickou dysartrií objevit hlasový tremor (Cséfalvay et al., 2013). Kolísání hlasové síly může být dalším ze symptomů (Love & Webb, 2009). V rámci poškození mozečku může dojít k problémům při koordinaci svalů podílejících se na dýchání (Freed, 2020).

Smíšená dysartrie

O smíšené dysartrii hovoříme tehdy, dojde-li ke kombinaci dvou či více typů dysartrie (Singh & Kent in Freed, 2020). Neurologická poškození totiž ne vždy zasáhnou pouze jednu anatomickou strukturu, mnohdy tak dochází ke vzniku rozsáhlejšího poškození. Ačkoli mohou být symptomy kvalitativně velice podobné, u každého pacienta může mít smíšená dysartrie jiné následky s celkově jinými dominujícími symptomy. Také může často docházet k převládání jednoho typu dysartrie nad druhým (Freed, 2020). Nejčastější příčinou jsou zejména CMP či degenerativní onemocnění (Neubauer, 2018). Dále se jedná o nádory, traumatická poranění mozku či infekce. Typickým příkladem může být cévní mozková příhoda vzniklá v mozkovém kmeni,

kteřá mnohdy způsobí poškození horního i dolního motorického neuronu, čímž dojde ke vzniku spasticko-flakcidní dysartrie (Freed, 2020). Ta se může objevit i u amyotrofické laterální sklerózy (ALS), též označované jako Lou Gehrigova choroba (Love & Webb, 2009; Neubauer, 2018). ALS je typická tím, že v první řadě dochází k poškození dolního motorického neuronu (vzniká flakcidní dysartrie), s postupnou progresí onemocnění je zasažen i horní motorický neuron (vzniká spastická dysartrie). Traumatické poškození mozku může dále poškodit mozeček a hlavové nervy, což vede ke vzniku atakticko-flakcidní dysartrie (Freed, 2020). Spasticko-ataktickohypokinetickou dysartrií můžeme vidět u Wilsonovy nemoci a hypokineticko-spastickoataktickou u progresivní supranukleární paralýzy. Atakticko-spastická dysartrie se typicky objevuje u roztroušené sklerózy (Hedánek & Roubíčková in Neubauer, 2018). Ve všech případech budou symptomatologicky převládat více zasažené struktury (Freed, 2020).

2.3.4 Diagnostika

V rámci diagnostiky dysartrií je momentálně v České republice nejrozšířenější *Test 3F – dysartrický profil*. Ten byl vytvořen dvojicí autorů Hedánek a Roubíčková v roce 1997. Vyšetřovány jsou tři hlavní oblasti – faciokineze, fonorespirace a fonetika. Faciokineze je dále rozdělena do podoblastí, které se zaměřují na rty, čelist, jazyk, měkké patro, diadochokinézu bez fonace, diadochokinézu s fonací. Fonorespirace je dělena na respiraci, fonaci a respiraci při fonaci. Artikulaci, prozódii a srozumitelnost můžeme nalézt v oblasti fonetiky. V každé podoblasti může osoba získat 10 bodů, takže maximální bodový zisk této verze testu odpovídá 120 bodům (Hedánek & Roubíčková, 1997). Jeho výhodou je, že není založen pouze na kvantitativním hodnocení, nýbrž umožňuje co nejpřesněji popsat silné a slabé stránky pacienta (Neubauer, 2018). V současné době existuje již třetí verze tohoto testu, která vznikla v roce 2011 díky práci kolektivu autorů Hedánek, Roubíčková a Straník. Test zůstává i nadále rozdělen do tří hlavních oblastí, maximální bodový zisk je však snížen na 90 bodů (Roubíčková et al., 2011). Kromě *Testu 3F* můžeme v rámci českého prostředí zmínit například *Metodiku vyšetření dysartrie*, kterou vytvořil Cséfalvay v roce 2002. Ta je obdobně jako jiné zahraniční materiály, o kterých se zmíníme níže, rozdělena na hodnocení respirace, artikulace, rezonance, fonace a souvislého řečového projevu (Cséfalvay et al., 2013). Vyšetření získaných neurogenních poruch řečové komunikace od Neubauera z roku 2007 je dalším diagnostickým materiálem, který usnadňuje diferenciální diagnostiku

mezi jednotlivými typy narušené komunikační schopnosti u dospělých osob (Neubauer, 2007). Hallowell (2017) uvádí výčet nejčastěji využívaných diagnostických materiálů, se kterými se můžeme setkat v zahraničí, zejména ve Spojených státech. Mezi ně patří například *Quick Assessment for Dysarthria (QAD)*. Tento test byl vytvořen v roce 1999 Tannerem a Culbertsonem a zaměřuje se na respiraci, fonaci, artikulaci, rezonanci a prozódii. Zároveň je součástí baterie nazvané *Quick Assessment for Neurogenic Communication Disorders*, v níž nalezneme také testy na afázii, apraxii a dysfagii. Dalším takovým testem je *Frenchay Dysarthria Assessment-Second Edition (FDA-2)*. Ten je v současné době jedním z nejvyužívanějších diagnostických materiálů. Jeho autory jsou Enderby a Palmer, přičemž jeho druhá verze pochází z roku 2008. Test má celkem osm hlavních částí, jejichž cílem je zjistit silné a slabé stránky jedince a v návaznosti na to určit i konkrétní typ dysartrie. Pro hodnocení srozumitelnosti je hojně využíván test *Assessment of the Intelligibility of Dysarthric Speech (AIDS)*. Ten byl vytvořen v roce 1984 Yorkstonem a Beukelmanem a slouží k hodnocení srozumitelnosti projevu na úrovni slov a vět. *Robertson Dysarthria profile*, vytvořený již v roce 1982, je jedním z dalších možných využitelných materiálů. V roce 1995 přitom prošel tento test revizí, kterou provedl Pert. Obecně je rozdělen do několika oblastí, které se zabývají respirací, fonací, obličejovými svaly, diadochokinézou, artikulací a srozumitelností, komunikační kompetencí, příjmem potravy a polykáním (Pert, 1995). V návaznosti na naši práci uvádíme také příklady testů, které se zabývají kvalitou života nebo dopadem dysartrie na danou osobu. Právě tyto testy v sobě velmi často zahrnují otázky, které blíže zkoumají sebezpojetí osob s dysartrií. V zahraničí jsou tyto diagnostické testy běžnou součástí praxe klinických logopedů. Do této skupiny testů můžeme konkrétně zařadit *Dysarthria Impact Profile*, který byl vytvořen ve Velké Británii v roce 2009 a slouží ke kvantifikaci psychosociálního dopadu získané dysartrie z pohledu samotných osob (Walshe et al., 2009). Dalším takovým testem je *QOL – DyS (Quality of Life in the Dysarthric Speaker)*. Ten byl vytvořen na základě testu *Dysarthria from the Point of View of the Dysarthric Patient*. Tento původní test z roku 1994 obsahuje sto položek, a proto došlo v nově vzniklém testu k jeho zkrácení a úpravě. Výsledkem je nový test, který se zaměřuje na kvalitu života osob s dysartrií, a to celkem ve čtyřiceti položkách (Piacentini et al., 2011). Ve Švédsku byl také vytvořen dotazník *Living with Neurologically Based Speech Difficulties (Living with Dysarthria)*. Jeho cílem je zjistit, jak jedinci vnímají sami sebe, své řečové obtíže a jak jsou schopni se přizpůsobit své situaci (Hartelius et al., 2008). *Quality of Communication Life scale (ASHA QCL)* je dalším testem, jehož užívání doporučuje přímo American

Speech-Language-Hearing Association (ASHA). Test je určen dospělým osobám s řečovými i jazykovými obtížemi, jako jsou například afázie, dysartrie nebo kognitivně komunikační porucha. Cílem tohoto testu je poskytnout informace o psychosociálním dopadu poruchy na člověka, zejména v souvislosti s komunikací (Kavya et al., 2022). Kromě percepčního hodnocení hlasu bychom v dnešní době neměli opomíjet ani jeho akustické hodnocení, které vychází z objektivních metod. Může se tak jednat například o spektrální analýzu hlasu, jejímž výsledkem je spektrogram či měření hlasového pole (Cséfalvay et al., 2013). Mezi dostupné softwary v ČR můžeme zařadit například software pro vizualizaci dysartrické řeči (dysarthric speech visualization tool) či software pro kvantifikaci dysartrické řeči (dysarthric speech quantification tool), které vznikly pod hlavičkou Vysokého učení technického v Brně (Galáž et al., 2015, 2016).

2.3.5 Intervence

V rámci teoretického vymezení dysartrie se ještě ve zkratce zastavíme u intervenčních přístupů. Ty se mohou velmi lišit v souvislosti s konkrétním typem dysartrie, jež musíme brát v potaz společně s věkem osob při stanovení vhodných intervenčních postupů (Neubauer, 2011). V rámci získaných dysartrií se v literatuře dočteme zejména o dělení terapeutických přístupů v návaznosti na konkrétní motorické modality řeči, tedy respiraci, fonaci, rezonanci a artikulaci, přičemž nesmíme opomíjet ani prozódii (Freed, 2020). Dále bychom měli své působení cílit na zlepšení svalového tonu a práci s orofaciálním systémem. Velký důraz by měl být kladen též na rytmus. Terapie by měla být zahájena co nejdříve po vzniku dysartrie, aby se maximalizovala pravděpodobnost jejího úspěchu. Specifickou kategorií jsou degenerativní onemocnění, kdy je naším cílem spíše zpomalit progresi onemocnění. V rámci terapie můžeme využívat také velké množství pomůcek, a to technického i netechnického charakteru. Existuje i několik počítačových programů či aplikací. V případě anartrie můžeme v rámci terapie pracovat též se systémy alternativní a augmentativní komunikace. Jako velice užitečná se jeví rovněž skupinová forma terapie (Neubauer, 2011). Toto tvrzení podporuje výzkum Whillanse et al. (2020), z jehož závěrů vyplývá, že skupinová terapie může být účinným prostředkem ke zlepšení produkce řeči. Také prostřednictvím sociálních kontaktů může dojít ke zlepšení celkového well-beingu osob. Základem každé intervence by přitom mělo být vytvoření terapeutického plánu, který bude brát v potaz individuální

charakteristiky jedince. Zejména je důležité pracovat s motivací a působit i na psychickou složku jedince (Neubauer, 2011). V konečném důsledku bychom měli pomocí logopedické intervence zlepšovat kvalitu života jedinců se získanou dysartrií (ASHA, 2016). S osobami s vývojovou dysartrií je potřeba pracovat již od raného věku. Mezi základní terapeutické koncepty můžeme zařadit Bobath koncept, metodu reflexní lokomoce podle profesora Vojty, Kabatovu metodiku, metodu Castillo-Morales či myofunkční terapii. Své místo mají u těchto dětí bezesporu také přístupy využívané v terapii dysfagie (Neubauer, 2011). Korkalainen et al. (2023) uvádějí, že v zahraničí patří mezi nejvíce využívané přístupy u dětí zejména Lee Silverman Voice Treatment (LSVT), Phonetic Placement Therapy (PPT), Prompts for Restructuring Oral Musculature Phonetic Targets (PROMPT) či Speech Intelligibility Treatment (SIT).

2.3.6 Rešerše – sebepojetí osob se získanou dysartrií

Cílem rešerše bylo zjistit úroveň sebepojetí u osob se získanou dysartrií. Vyhledávání bylo provedeno v relevantních databázích. Základním cílem bylo stanovit cíl rešerše, na jehož základě byla vytvořena rešeršní otázka. Dále došlo ke stanovení inkluzivních a exkluzivních kritérií a vytvoření klíčových slov, která byla použita při vyhledávání. Tato klíčová slova byla dále díky booleovským operátorům konkretizována, aby došlo k co nejpřesnějším výsledkům vyhledávání. Dalším důležitým faktorem pro vyhledávání dat bylo použití VPN (virtual private network), které umožnilo lepší dostupnost článků. K vyhledávání došlo v rámci multivyhledávače EBSCO Discovery Service, Web of Science, ProQuest a Google Scholar.

Rešeršní otázka: Jaké texty jsou dostupné o sebepojetí osob se získanou dysartrií?

Inkluzivní kritéria: Osoby se získanou dysartrií ve věku 20 až 65 let.

Exkluzivní kritéria • Osoby bez získané dysartrie.

- Osoby, které mají kromě získané dysartrie jinou narušenou komunikační schopnost (například afázii).

Informační zdroje/databáze • multivyhledávač EBSCO Discovery Service

- Web of Science
- ProQuest
- Google Scholar

Zpřesňování dat • omezeno na: nespecifikováno

- ohraničené období: 2003–2023
- typ dokumentů: všechny výsledky
- jazyk: angličtina

Klíčová slova upravená pomocí booleovských operátorů v angličtině:

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

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

Tabulka 7 Přehledová tabulka

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

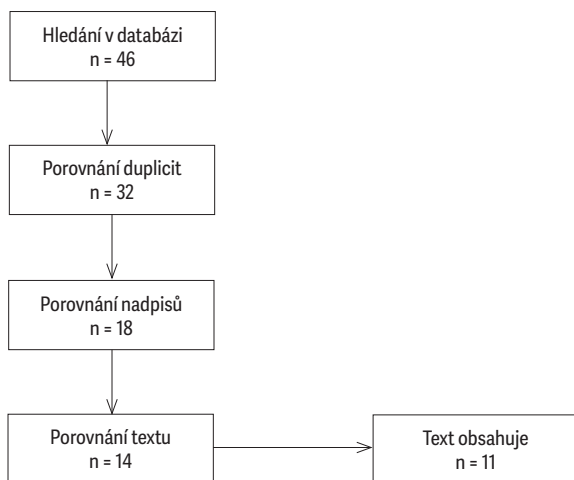


Diagram 3 Postupový diagram pro „výsledky 2“

Z provedené rešerše zjišťujeme, že v současně publikovaných vědeckých článcích existuje 11 studií, které obsahují informace týkající se problematiky sebepojetí osob se získanou dysartrií. V úvodu došlo k určení inkluzivního kritéria, při němž by měla být naplněna podmínka věkové hranice účastníků. Mnohé z těchto výzkumů ovšem informace o věku respondentů neobsahují. Z toho důvodu tedy věková hranice při analýze výsledků nebyla brána v potaz. Na základě předběžného vyhledávání v domácí literatuře jsme taktéž zjistili, že neexistují české studie, které by zkoumaly sebepojetí osob se získanou dysartrií.

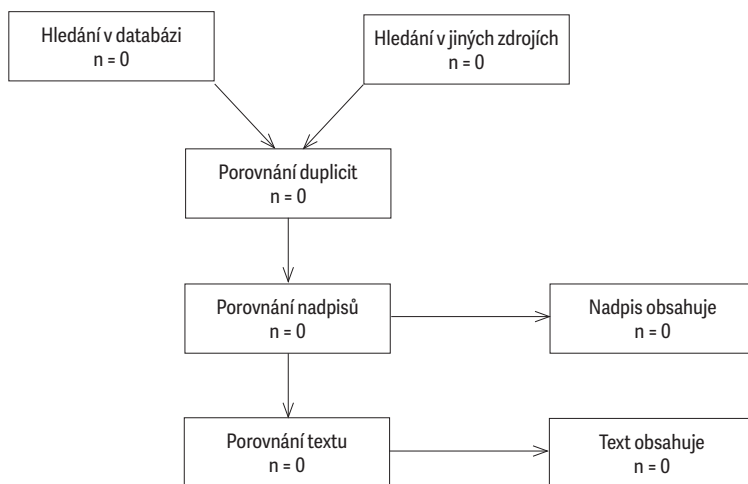


Diagram 4 Postupový diagram pro „výsledky 3“

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

Zjištěné informace

Název: The impact of acquired neurological dysarthria on the speaker's self-concept

Autoři: Margaret Walshe

Rok: 2003

Tato studie je jedinou studií, která se přímo zabývá vztahem mezi konceptem sebepojetí a osobami se získanou dysartrií. Výzkumu se účastnilo celkem 31 osob se získanou dysartrií. Sebeпоjetí bylo hodnoceno pomocí *Head Injury Semantic Differential Scale*. Účastníci vyplňovali tento dotazník dvakrát. Jednou hodnotili sebe sama 6 měsíců před vznikem poruchy, podruhé hodnotili své současné já. Většina respondentů hodnotila své nynější „já“ negativněji a celkový rozdíl mezi minulým a současným sebepojetím byl statisticky významný. Autorka textu ovšem sama uvádí, že výzkum měl mnoho limitů.

Název: Living With Acquired Dysarthria: The Speaker's Perspective**Autoři: Margaret Walshe, Nick Miller****Rok: 2011**

Toto kvalitativně provedené výzkumné šetření shrnuje poznatky, které pochází z rozhovorů s 11 osobami, které mají různé typy získané dysartrie. Obecně se díky této práci dostáváme k šesti základním oblastem, které tyto osoby považují v rámci psychologického dopadu za nejproblémovější – dysartrie je pouze částí komplexnější poruchy, komunikace se změnila, lidé se ke mně chovají jinak, dysartrie vede k negativním emocím, objevují se překážky v komunikaci, život je nyní jiný. Studie se sice přímo nezaobírá problematikou sebepojetí, z výpovědí respondentů ovšem vyplývá, že u nich můžeme nalézt změny v oblasti vnímání sebe sama před a po vzniku poruchy, a to zejména v poslední zkoumané oblasti.

Název: Dysarthria Impact Profile: Development of a Scale to Measure Psychosocial Effects**Autoři: Margaret Walshe, Richard K. Peach, Nick Miller****Rok: 2009**

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

Název: The Dysarthria Impact Profile: A Preliminary French Experience with Parkinson's Disease**Autoři: Alban Letanneux, Margaret Walshe, François Viallet, Serge Pinto****Rok: 2013**

Jedná se o předvýzkum, který proběhl ve Francii v roce 2013 a byl zaměřen pouze na 10 osob s parkinsonismem. Kontrolní skupinu tvořilo 10 osob bez

jakéhokoli zdravotního postižení ve stejné věkové skupině. Zatímco u kontrolní skupiny byl průměrný výsledek testu 194,1 bodu, u skupiny osob s hypokinetickou dysartrií kleslo toto číslo na 148,8 bodu. Psychosociální dopad poruchy je tak zřejmý.

Název: Psychosocial Impact of Dysarthria: The Patient-Reported Outcome as Part of the Clinical Management

Autoři: Cyril Atkinson-Clement, Alban Letanneux, Guillaume Baille

Rok: 2019

V roce 2019 došlo k rozšíření tohoto výzkumu, kterého se celkově účastnilo 105 osob s různými typy dysartrie (hypokinetická, hyperkinetická, ataktická, smíšená) a 15 osob bez dysartrie. Průměrné skóre v kontrolní skupině byly 204,5 bodu, zatímco u osob se získanou dysartrií byl tento průměr 149,3 bodu. Nejmenší dopad přitom měla dysartrie hypokinetická, zatímco největší dysartrie smíšená. Zajímavým poznatkem je zjištění nezávislosti mezi mírou dysartrie a psychosociálními důsledky. Autoři textu se proto domnívají, že vlastní náhled na poruchu je také velmi důležitým kritériem, které ovlivní celkový stav pacienta.

Název: Psychosocial Impact of Parkinson's Disease-associated Dysarthria: Cross-cultural Adaptation and Validation of the Dysarthria Impact Profile into European Portuguese

Autoři: Rita Cardoso, Isabel Guimarães, Helena Santos

Rok: 2018

V roce 2018 vznikla také portugalská adaptace tohoto testu. Ta se opět zaměřila pouze na osoby s hypokinetickou dysartrií. Průměrné bodové skóre byly v tomto případě vyšší než v předešlých výzkumech a činily 170 bodů. Tato studie zároveň brala v potaz i míru závažnosti poruchy. S rostoucí mírou se závažnost zvyšovala, ale osoby s nejtěžší formou dysartrie překvapivě hodnotily své obtíže lépe než osoby s těžkou formou dysartrie. V tomto případě ale musíme zmínit nedostatky studie, jelikož v jednotlivých skupinách nedošlo k rovnoměrnému rozložení respondentů. Dalším důležitým faktorem může být i kulturní odlišnost.

Název: Reliability and Validity of an Instrument to Measure Quality of Life in the Dysarthric Speaker

Autoři: Valentina Piacentini, Annalisa Zuin, Davide Cattaneo, Antonio Schindler

Rok: 2011

Další dotazník, který stojí za to v rámci rešerše dané problematiky zmínit, je *QOL – DyS (Quality of life in the dysarthric speaker)*. Cílem tohoto 40položkového dotazníku je vyhodnotit kvalitu života osob s dysartrií, a to na základě otázek týkajících se čtyř hlavních kategorií – charakteristika projevu osoby, situační náročnost, kompenzační strategie a reakce druhých. Výzkum sice nebyl zaměřen přímo na sebepojetí, ale v rámci jednotlivých otázek se test problematiky vnímání sebe sama dotýkal. Studie se účastnilo celkem 50 osob se spastickou, flakcidní, hypokinetickou, ataktickou a smíšenou dysartrií. Kontrolní skupinu tvořilo 30 osob. Zatímco kontrolní skupina dosáhla v průměru 28,4 bodu, osoby z dysartrií měly v průměru 86,8 bodu (skóre označí nejlepší kvalitu života). Použití *QOL – DyS* u různých skupin pacientů s dysartrií ukázalo rozdílné skóre. Například pacienti s hypokinetickou dysartrií dosáhli v průměru vyššího skóre, zatímco pacienti s flakcidní dysartrií dosáhli nižšího skóre. Tímto vzniká zajímavá situace. Zatímco v rámci této studie hodnotili pacienti s hypokinetickou dysartrií svou kvalitu života nejhůře ze všech, v dříve zmíněném výzkumu Atkinson-Clementa et al. (2019) zabývajícím se psychosociálním dopadem této poruchy ovšem tato skupina osob vychází jako nejméně zasažená.

Název: Measuring Quality of Life in the Speaker with Dysarthria: Reliability and Validity of the European Portuguese Version of the QoL-DyS

Autoři: Dalia Nogueiraa, Elizabeth Reisa, Pedro Ferreirac, Antonio Schindler

Rok: 2019

I v případě tohoto testu došlo ke vzniku jeho portugalské verze. V rámci výzkumu byla použita 40položková verze, která ale byla vzhledem ke kulturním a jazykovým odlišnostem poté zkrácena na 33položkovou. Výzkumnou skupinu tvořilo 105 osob s dysartrií s průměrným výsledkem 78,4 bodu. V kontrolní skupině byly 103 osoby bez dysartrie s průměrným výsledkem 28 bodů. Nejvyšších výsledků dosahovaly osoby se spastickou a ataktickou dysartrií, naopak nejnižších výsledků osoby s unilaterální lézí centrálního motoneuronu. Velice zajímavou pasáží této studie byla část zabývající se vztahem mezi závažností dysartrie a subjektivním vnímáním vlastního projevu. Na tyto dvě skutečnosti je potřeba nahlížet odděleně a při plánování

terapie brát v potaz každou z nich samostatně. Dotazník se zároveň snažil zohledňovat i pohlaví, věk a úroveň dosaženého vzdělání. V rámci hypotéz však nebyla citlivost na tyto položky prokázána.

Název: Living with Dysarthria: Evaluation of a Self-Report Questionnaire

Autoři: Lena Hartelius, Marie Elmberg, Rebecca Holm, Ann-Sofie Lövberg, Stiliani Nikolaidis

Rok: 2008

Cílem této studie bylo zjistit, jak jedinci s dysartrií vnímají sami sebe, zejména s ohledem na svou narušenou komunikační schopnost, a jak se přizpůsobují konkrétním situacím. Studie se účastnilo celkem 55 osob, které měly za úkol vyplnit dotazník *Living with Dysarthria (LwD)*. Ten je rozdělen do 10 základních okruhů a opět v něm můžeme najít otázky týkající se sebepojetí. Ze závěru studie vyplývá, že právě sebepojetí bylo jednou z nejnegativněji hodnocených položek dotazníku v rámci této cílové skupiny. Výzkum zároveň potvrzuje domněnky vycházející z jiných studií a týkající se závažnosti subjektivního pocitu vnímání vlastních obtíží. Věk, pohlaví, závažnost ani doba trvání nemoci neměly na sebevnímání žádný signifikantní vliv.

Název: How Do I Sound to Me? Perceived Changes in Communication in Parkinson's Disease

Autoři: Nick Miller, Emma Noble, Diana Jones, Liesl Allcock, David J. Burn

Rok: 2008

V tomto výzkumu využil kolektiv autorů ke zkoumání sebepojetí *Semantic Differential Questionnaire* u 104 osob s parkinsonismem. Z výzkumu vyplývá, že osoby s hypokinetickou dysartrií vnímají samy sebe jako komunikačního partnera mnohem negativněji než před nástupem poruchy. Dalším zjištěním byl fakt, že i přes veškeré negativní sebepojetí se tyto lidé stále vnímají jako přátelští, starostliví a hodnotní.

Název: Impact of Communication Difficulty on the Quality of Life in Individuals with Parkinson's Disease

Autoři: Srinivasaraghavan Kavya, Pranav Viswanathan, Radhakrishnan Chella Perumal, Sharon Mizpah Prathana Charan

Rok: 2022

Cílem této studie bylo za pomoci dotazníku *Quality of Communication Life (QoCL)* vyhodnotit dopad NKS na kvalitu života. Výzkumu se účastnilo celkem 30 osob (15 bez dysartrie a 15 s dysartrií hypokinetickou). Škála se skládá z 18 položek, z nichž 17 je rozděleno do tří hlavních oblastí – socializace

a aktivity, sebedůvěra a sebepojetí, role a schopnosti. Právě sekce zabývající se sebepojetím obsahuje 6 dotazníkových položek, které konkrétněji řeší sebedůvěru, sebelásku a vnímání sebe sama v souvislosti s komunikací s druhými. Ve výsledku byla míra sebepojetí u osob s hypokineticou dysartrií nižší než u intaktních osob. Oproti zbylým dvěma kategoriím však tento rozdíl nebyl signifikantní.

Doplňková rešerše EBSCO eBook Collection

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

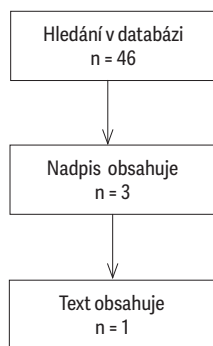


Diagram 5 Postupový diagram pro vyhledávání knih v databázi EBSCO eBook Collection

Název knihy: *Assessment of Motor Speech Disorders*

Název kapitoly: *The Psychosocial Impact of Acquired Motor Speech Disorders*

Autor kapitoly: Margaret Walshe

Rok: 2011

V této knize nalezneme kapitolu zkoumající psychosociální dopad poruch řeči. Speciální část uvedené kapitoly je pak věnována samotné problematice

sebepojetí u této skupiny osob. Autorka shrnuje dosavadní poznatky a zmiňuje mnohé studie, které jsou k dohledání i v naší rešerši. Monografie je zároveň prolnuta mnoha přímými citacemi osob se získanou dysartrií.

Závěr

Z provedené rešerše zjišťujeme, že v současně publikované literatuře neexistuje novodobý článek, který by pomocí dotazníku hodnotil pouze aktuální úroveň sebepojetí u osob se získanou dysartrií. Mezi hlavní odborníky zabývající se touto problematikou patří především Margaret Walshe, která provedla na toto téma mnoho výzkumů. Z výsledků zároveň vyplývá, že existuje více dotazníků, jejichž součástí jsou i otázky, které se touto problematikou zabírají. Výzkumy, které na toto téma proběhly, sice potvrzují sníženou úroveň sebepojetí u osob se získanou dysartrií, mají ale značné limity. Většina z nich je více než deset let stará, není adaptována na českou populaci a nevěnuje se dané problematice do hloubky. Navíc mnoho výzkumů je zaměřeno pouze na osoby s parkinsonismem a zabývá se tak pouze hypokinetickou dysartrií. Bližší a aktuální výzkumné šetření této problematiky tak v rámci českého prostředí stále schází.

2.4 Osoby s nervosvalovými onemocněními

Podle Národního zdravotnického informačního portálu (2024) představují nervosvalová neboli neuromuskulární onemocnění rozsáhlou skupinu chorob, které se vyznačují poruchami funkce svalstva. Tato onemocnění se mohou objevit buď jako vrozená, zejména při výskytu genetických predispozic v rodině, nebo jako získaná v důsledku různých faktorů, jako jsou záněty, úrazy či ischemie. Charakteristickým znakem těchto onemocnění je především svalová slabost. Je důležité zmínit, že většina těchto onemocnění spadá do kategorie vzácných chorob.

Nervosvalová onemocnění představují rozsáhlou skupinu chorob s různými projevy a průběhem. Pro lepší přehlednost uvádíme v následující tabulce základní typy těchto onemocnění včetně jejich charakteristiky, jak je popisuje Asociace muskulárních dystrofií v ČR (2024).

Tabulka 8 Přehled typů nervosvalových onemocnění

Název onemocnění	Zkratka	Charakteristika
Bethlemova myopatie	-	Spadá do kategorie kongenitálních svalových dystrofií a patří do skupiny pletencových forem dystrofií. Projevuje se kontrakturami na kloubech horních končetin a Achillových šlach, ochabováním svalstva a lehkým oslabením dýchacích svalů.
Emeryho-Dreifussova svalová dystrofie	EDMD	Onemocnění způsobuje svalovou slabost, začíná se projevovat v dětství nebo dospívání. Charakteristické jsou časně kontraktury loktů a Achillových šlach a postižení srdce.
Charcot-Marie-Toothova choroba	CMT	Dědičné onemocnění postihující motorické a senzorické periferní nervy. Hlavními příznaky jsou slabost končetinového svalstva, atrofie svalstva a porucha citlivosti.
Kongenitální myastenické syndromy	CMS	Skupina geneticky podmíněných poruch nervosvalového přenosu, projevujících se krátce po narození nebo v útlém dětství. Způsobují svalovou slabost spojenou s rychlou unavitelností.
Kongenitální svalová dystrofie	-	Skupina onemocnění s časným rozvojem příznaků a svalovou slabostí. Příznaky jsou přítomné již u novorozenců nebo v kojeneckém věku.
Kongenitální myotonická dystrofie	-	Časná dětská forma myotonické dystrofie, manifestuje se ihned nebo velmi časně po narození.
Pletencová svalová dystrofie	LGMD	Skupina onemocnění postihujících hlavně svalstvo kolem boků, pánve a ramen. Může se začít projevovat v dětství, dospívání, rané dospělosti nebo později.
Facioscapulohumerální svalová dystrofie	FSHD	Genetické onemocnění postihující hlavně svalstvo obličeje, lopatek a paží.
Beckerova svalová dystrofie	BMD	Mírnější varianta Duchenneovy svalové dystrofie, postihuje pouze muže. Má pomalejší a variabilnější průběh.
Spinální svalová atrofie	SMA	Vrozená neuromuskulární choroba s progresivním průběhem, postihující části nervového systému odpovědné za řízení spontánního pohybu svalů.
Duchennova svalová dystrofie	DMD	Vrozená genetická vada postihující pouze chlapce, charakteristická ochabováním a ztrátou aktivní svalové hmoty.

V následující části tohoto textu se zaměříme na specifické typy nervosvalových onemocnění, které byly diagnostikovány u respondentů participujících na našem výzkumu. Konkrétně se budeme věnovat Beckerově svalové dystrofii, facioscapulohumerální svalové dystrofii (FSHD), kongenitální myotonické dystrofii a kongenitální svalové dystrofii. Dále se budeme zabývat pletencovou svalovou dystrofií (LGMD), spinální muskulární atrofií (SMA)

a Duchennovou svalovou dystrofií. U každého typu onemocnění budou popsány jeho charakteristické znaky, průběh nemoci a specifika péče o pacienty s danou diagnózou. Teoretická východiska tohoto přehledu vycházejí z aktuálních poznatků získaných systematickou rešersí v databázi Epistemonikos.

2.4.1 Beckerova svalová dystrofie (BMD)

Beckerova svalová dystrofie (BMD) představuje mírnější variantu Duchenneovy svalové dystrofie (DMD). Toto genetické onemocnění, které postihuje výhradně muže, se vyznačuje pomalejším a variabilnějším průběhem než DMD. Příčinou onemocnění je mutace genu na chromozomu X, která vede k tvorbě abnormální formy nebo velmi nízkého množství proteinu dystrofinu ve svalových vláknech. Na rozdíl od DMD, kde dystrofin zcela chybí nebo je nefunkční, je u BMD protein přítomen v částečně funkční formě (Hakimi et al., 2024).

První příznaky se obvykle objevují kolem 11. roku života, ale věkové rozpětí je velmi široké – od raného dětství až po dospělost. Nemoc se zpočátku projevuje svalovými křečemi při cvičení a opožděným motorickým vývojem. V dětství je typická nižší fyzická zdatnost. Postupně dochází k oslabování svalstva ramen, paží a stehen, což vede k obtížím při chůzi, běhu a chůzi do schodů (Ricci et al., 2024).

Pro stanovení diagnózy BMD se využívá kombinace několika vyšetřovacích metod. Základem jsou krevní testy a genetické testování, které mohou být doplněny o svalovou biopsii, elektromyografii a magnetickou rezonanci. Tyto metody pomáhají nejen potvrdit diagnózu, nýbrž také určit závažnost onemocnění a sledovat jeho průběh (Cameron et al., 2023).

Z hlediska prognózy je důležité, že většina pacientů s BMD ztrácí schopnost samostatné chůze až po 40.–50. roce života. Existují však i progresivnější formy onemocnění, kde k tomuto omezení může dojít již kolem 20.–30. roku. V průběhu nemoci se u některých pacientů mohou rozvinout srdeční komplikace a v dlouhodobém horizontu může být postiženo i dýchací svalstvo. Proto je nezbytné pravidelné sledování kardiologem a pneumologem (Comi et al., 2023).

Svalová dystrofie je skupina genetických onemocnění, která způsobuje postupnou slabost a ztrátu svalové hmoty. Toto onemocnění může mít významný dopad na sebepojetí a kvalitu života jedince, stejně jako na jeho rodinu. Níže v této kapitole se proto zaměříme na některé aspekty sebepojetí osob se svalovou dystrofií a jejich rodinných příslušníků.

2.4.2 Facioscapulohumerální svalová dystrofie (FSHD)

Facioscapulohumerální svalová dystrofie (FSHD) představuje jedno z nejčastějších dědičných svalových onemocnění v dospělosti. Název onemocnění je odvozen od hlavních oblastí postižení – obličejového svalstva (facio-), lopatek (scapulo-) a horní části paže (humerální). Jedná se o progresivní onemocnění, které se vyznačuje postupným oslabováním svalstva a ztrátou svalové hmoty (Murray et al., 2023).

FSHD je způsobena genetickou poruchou na chromozomu 4, která vede k abnormální expresi genu DUX4. Rozlišujeme dva typy onemocnění – FSHD1, která tvoří přibližně 95 % případů a je způsobena zkrácením segmentu DNA na chromozomu 4, a FSHD2, představující zbývajících 5 % případů, která je způsobena mutací genu SMCHD1 v kombinaci s dalšími genetickými faktory (Wilson et al., 2024).

Klinické projevy onemocnění jsou charakteristické svou asymetričností a zahrnují především oslabení obličejového svalstva, které se projevuje obtížemi při úsměvu a zavírání očí. Typickým příznakem je také oslabení svalů v oblasti lopatek, vedoucí k jejich odstávání (tzv. „křídlovité lopatky“), a postupné oslabování svalů horních končetin. Pacienti často popisují problémy s chůzí a stabilitou, únavu a bolesti svalů (Aguirre et al., 2023).

Pro stanovení diagnózy je klíčové genetické testování, které je doplněno klinickým vyšetřením, magnetickou rezonancí svalů a elektromyografií. V některých případech může být indikována i svalová biopsie. V současnosti neexistuje kauzální léčba, ale jsou dostupné různé podpůrné terapie. Základem je fyzioterapie a pravidelné cvičení, doplněné o ergoterapii a používání ortopedických pomůcek. Důležitou součástí péče je také nutriční a psychologická podpora. Vzhledem k možným komplikacím je nezbytné pravidelné sledování kardiologem a pneumologem (Wilson et al., 2024).

Prognóza onemocnění je individuální a průběh bývá variabilní. FSHD obvykle postupuje pomalu a přibližně 20 % pacientů v průběhu života potřebuje invalidní vozík. Vzhledem k tomu, že onemocnění zřídka ovlivňuje srdeční a dýchací systém, není považováno za život ohrožující a většina pacientů má normální délku života (Murray et al., 2023).

2.4.3 Kongenitální myotonická dystrofie

Kongenitální myotonická dystrofie představuje časnou dětskou formu myotonické dystrofie, známé také jako Steinertova nemoc. Jedná se o vzácné

genetické onemocnění, které se projevuje ihned nebo velmi brzy po narození, na rozdíl od klasické myotonické dystrofie, která se manifestuje později v dětství či dospělosti. Onemocnění se vyskytuje u dětí matek s myotonickou dystrofií, přičemž matky samy nemusí vykazovat žádné klinické příznaky. Dědičnost je autozomálně dominantní, s 50% pravděpodobností přenosu zmutovaného genu z rodiče na dítě. Charakteristickým rysem je zvyšování závažnosti onemocnění z generace na generaci, kdy například dědeček může mít pouze šedý zákal, zatímco jeho vnuk může trpět závažnou kongenitální formou (AMD-MDA, 2023).

Klinické projevy jsou multisystémové a zahrnují široké spektrum příznaků. Novorozenci často vyžadují umělou plicní ventilaci kvůli dýchacím obtížím a trpí hypotonií (sníženým svalovým napětím). Charakteristická je oboustranná slabost obličejových svalů omezující mimiku, potíže se sáním a polykáním a často se vyskytuje deformita nohou v hlezenním kloubu. U starších dětí se projevuje nedostatek motivace, špatná koncentrace a zvýšená unavitelnost. Vývoj bývá opožděný jak v motorické, tak v intelektuální oblasti, včetně poruch řeči.

Diagnostika je možná již během těhotenství, kdy může být pozorován omezený pohyb plodu a nadměrné množství plodové vody (hydramnion). V současnosti není k dispozici kauzální léčba, ale vhodnou rehabilitací a ergoterapií lze zlepšit fyzickou kondici dítěte. Významný pokrok v pochopení onemocnění nastal v roce 1992, kdy vědci z Muscular Dystrophy Campaign identifikovali genetickou příčinu zodpovědnou za tento genetický defekt.

Přestože onemocnění může být v prvních týdnech života fatální, děti, které přežijí první rok života, se obvykle dožívají dospělosti. V dětském věku často dochází ke zlepšení stavu, ale v pozdějším věku může nastat opětovné zhoršení. Důležitá je komplexní péče zahrnující fyzioterapii, logopedii a další podpůrné terapie (AMD-MDA, 2023).

2.4.4 Kongenitální svalová dystrofie

Kongenitální svalová dystrofie představuje skupinu dědičných onemocnění charakterizovaných časným rozvojem příznaků a svalovou slabostí. Termín „kongenitální“ označuje vrozenost onemocnění, přičemž počáteční symptomy jsou většinou přítomny již u novorozenců nebo v kojeneckém věku. Onemocnění postihuje přibližně jedno z 20 000–50 000 narozených dětí (MDC Research Department & Muntoni, 2008).

Dědičnost je autozomálně recesivní, což znamená, že oba rodiče jsou přenašeči bez klinických příznaků. U každého společného potomka existuje 25% riziko rozvoje onemocnění. Pravděpodobnost přenosu zůstává stejná pro každé další těhotenství a není ovlivněna pohlavím dítěte. Klinické projevy zahrnují hypotonii (snížené svalové napětí) a omezenou hybnost již od narození. Častým příznakem jsou kontraktury (ztuhlost) různých kloubů, které mohou vést k artrogrypóze. Některé děti mají problémy s dýcháním kvůli ochablosti dýchacích svalů. V posledních letech byl zaznamenán významný pokrok v genetickém výzkumu, kdy byla objevena první abnormalita v LAMA2 genu (laminin 2a). V současnosti je známo devět genů zodpovědných za různé formy onemocnění (MDC Research Department & Muntoni, 2008).

Diagnostika zahrnuje několik kroků včetně měření hladiny kreatinkinázy v krvi, ultrazvukového vyšetření, elektromyografie (EMG) a svalové biopsie. U některých forem je možná i prenatální diagnostika. Přestože v současnosti neexistuje kauzální léčba, jsou dostupné různé podpůrné terapie (MDC Research Department & Muntoni, 2008).

Prognóza onemocnění je individuální. Některé děti se naučí chodit, byť později, jiné tuto schopnost nikdy nezískají. Důležitá je včasná fyzioterapie pro prevenci kontraktur a pravidelné sledování respiračních funkcí. Onemocnění může být relativně stabilní, ale u některých forem dochází k progresivnímu zhoršování svalové slabosti (MDC Research Department & Muntoni, 2008).

2.4.5 Pletencová svalová dystrofie (LGMD)

Pletencová svalová dystrofie (LGMD) představuje skupinu dědičných onemocnění, která primárně postihují svalstvo v oblasti pánve, boků a ramen. Bylo identifikováno nejméně 19 různých forem LGMD, které jsou klasifikovány podle specifických genetických vad (AMD-MDA, 2023).

Podle systematického přehledu Bergsma et al. (2015) se klinický obraz LGMD vyznačuje značnou variabilitou. Pacienti obecně zažívají obtíže při zvedání horních končetin a vykonávání běžných úkolů jim trvá výrazně déle. Pro ilustraci závažnosti onemocnění popisují Sun et al. (2020) případ 29letého pacienta s mutacemi GMPPB genu, u kterého se rozvinula progresivní slabost končetin, kolébavá chůze a došlo ke ztrátě šlachových reflexů ve všech končetinách.

Oliveira et al. (2023) ve své studii zdůrazňují význam microRNA jako potenciálních biomarkerů pro sledování závažnosti a progresu onemocnění.

Jejich výzkum prokázal, že miR-1, 133a a 206 se specificky exprimují v séru a svalech a jejich hladiny se mění v závislosti na stupni zánětu, fibrózy a regenerace svalové tkáně.

V oblasti léčby Leone et al. (2023) provedli rozsáhlou meta-analýzu konzervativních nefarmakologických intervencí. Jejich výzkum ukázal, že silový trénink může významně zlepšit dynamickou rovnováhu (schopnost vstávání ze sedu) a subjektivně vnímanou fyzickou kondici u pacientů s LGMD. Přestože jsou důkazy o účinnosti těchto intervencí zatím omezené kvality, silový trénink se prokázal jako bezpečná součást léčby.

Pro hodnocení funkčního stavu pacientů doporučují Bergsma et al. (2015) využívat kombinaci různých metod, včetně 3D pohybové analýzy, dotazníků Abilhand pro hodnocení kapacity horních končetin a akcelerometrie pro měření výkonu v běžném životě. Tento komplexní přístup umožňuje lépe porozumět individuálním potřebám pacientů a optimalizovat jejich léčbu.

2.4.6 Spinální muskulární atrofie (SMA)

Spinální muskulární atrofie (SMA) je závažné genetické onemocnění, které představuje druhou nejčastější příčinu úmrtnosti kojenců na autozomálně recesivní onemocnění po Duchennově svalové dystrofii (AMD-MDA, 2023). Nedávné systematické přehledy přinesly významné poznatky o léčbě a diagnostice tohoto onemocnění.

Podle Chaytowa et al. (2024) je včasné zahájení léčby klíčovým faktorem úspěšnosti terapie. Jejich meta-analýza prokázala, že čím dříve je zahájena náhradní terapie SMN proteinu, tím lepší jsou výsledky léčby. Chen et al. (2024) ve své meta-analýze potvrdili účinnost genové terapie nusinersenem a risdiplamem na motorické funkce u dětí s SMA.

Cooper et al. (2024) ve svém systematickém přehledu zdůrazňují význam novorozeneckého screeningu SMA. Screening umožňuje identifikovat onemocnění ještě před nástupem příznaků, což vede k lepším léčebným výsledkům. Aragon-Gawinska et al. (2023) analyzovali data z 18 publikací a zjistili, že úspěšnost léčby závisí na počtu kopií genu SMN2 a počátečním neurologickým stavu pacienta.

Zhong et al. (2023) ve své meta-analýze hodnotili bezpečnost léčby nusinersenem u dětí a adolescentů. Zjistili, že přímé nežádoucí účinky jsou vzácné a léčba může účinně snižovat výskyt běžných, závažných a fatálních nežádoucích příhod.

O'Brien et al. (2024) se zaměřili na nutriční aspekty léčby a zjistili, že včasné zahájení terapie může zlepšit nutriční výsledky, zejména u pacientů léčených onasemnogene abeparvovecem v raném kojeneckém věku.

2.4.7 Duchennova svalová dystrofie

Duchennova svalová dystrofie (DMD) je závažné genetické onemocnění, které postihuje přibližně 1 z 3500 narozených chlapců (Haddad et al., 2023). Jde o X-vázané recesivní onemocnění způsobené mutací v genu pro dystrofin, který je nezbytný pro správnou funkci svalových buněk.

Podle systematického přehledu Pascual-Morena et al. (2024) se první příznaky typicky objevují mezi 2. až 6. rokem života, kdy rodiče nebo pediatři zaznamenají abnormality v motorickém vývoji dítěte. Charakteristickým znakem je postupné ochabování svalstva, které začíná v oblasti pánve a stehen.

Broomfield et al. (2023) ve své studii uvádějí, že pacienti stráví přibližně 9,5 let v ambulantní fázi, 1,5 roku v přechodné fázi a zbytek života v neambulantní fázi. Medián přežití je 34,8 roku.

V oblasti léčby přinesl významný pokrok vamorolon, který podle systematického přehledu Pascual-Morena et al. (2024) nabízí statisticky i klinicky významný benefit v léčbě DMD s méně nežádoucími účinky než klasické glukokortikoidy. Konkrétně při dávce 6 mg/kg/den bylo po 24 týdnech pozorováno významné zlepšení v 6minutovém testu chůze o 41,60 m ve srovnání s neléčenými pacienty.

Landfeldt a jeho výzkumný tým (2024) provedli rozsáhlou analýzu dostupných výzkumů, ve které objevili několik faktorů, které mohou předpovědět, kdy dítě s Duchennovou svalovou dystrofií přestane chodit. Mezi tyto faktory patří zejména to, jakým způsobem je pozměněn gen způsobující nemoc a také přesné místo, kde se tato změna v genu nachází. Velmi důležitým zjištěním bylo, že léčba pomocí léků ze skupiny glukokortikoidů (jako jsou deflazacort, prednison a prednisolon) dokáže významně oddálit dobu, kdy dítě ztratí schopnost samostatné chůze. Konkrétně děti, které byly léčeny těmito léky, měly o 56 % nižší riziko, že přestanou chodit, ve srovnání s dětmi, které tyto léky neužívaly.

Specht et al. (2023) upozorňují na riziko tukové embolie u pacientů s DMD, zejména po chirurgických zákrocích nebo pádech z invalidního vozíku. Tato komplikace může mít závažné následky a vyžaduje zvýšenou pozornost při péči o tyto pacienty.

2.4.8 Rešerše – sebezpojetí osob se svalovou dystrofií

Cílem rešerše bylo zjistit úroveň sebezpojetí u osob se svalovou dystrofií. Vyhledávání bylo provedeno v relevantních databázích. Základním cílem bylo stanovit cíl rešerše, na jehož základě byla vytvořena rešeršní otázka. Dále došlo ke stanovení inkluzivních a exkluzivních kritérií a vytvoření klíčových slov, která byla použita při vyhledávání.

Klíčová slova byla upravena pomocí booleovských operátorů v angličtině: (selfconcept OR self-concept OR self concept) AND muscular dystrophy.

Toto vyhledávání přineslo tři výsledky, po odstranění duplicit zůstaly dva články.

Tato klíčová slova byla dále díky booleovským operátorům konkretizována, aby došlo k co nejpřesnějším výsledkům vyhledávání. Dalším důležitým faktorem pro vyhledávání dat bylo použití VPN (virtual private network), které umožnilo lepší dostupnost článků. K vyhledávání došlo v rámci multivyhledávače EBSCO Discovery Service, Web of Science, ProQuest a Google Scholar.

Tabulka 9 Souhrnná charakteristika rešerše zaměřené na sebezpojetí osob se svalovou dystrofií

Kategorie	Popis
Cíl rešerše	Zjistit úroveň sebezpojetí u osob se svalovou dystrofií
Rešeršní otázka	Jaké jsou dostupné texty o sebezpojetí osob se svalovou dystrofií?
Časové období	2003–2023
Použité databáze	EBSCO Discovery Service, Web of Science, ProQuest, Google Scholar
Klíčová slova	(selfconcept OR self-concept OR self concept) AND muscular dystrophy
Inkluzivní kritéria	Osoby se svalovou dystrofií ve věku 20–65 let
Exkluzivní kritéria	Osoby bez svalové dystrofie
Zpřesnění vyhledávání	Plný text, anglický jazyk, všechny typy dokumentů
Počet nalezených studií	3 výsledky (2 po odstranění duplicit)
Studie 1: Yi-Hsuan Ho (2014)	• Lepší sebezpojetí u adolescentů s SMA/DMD než u zdravých jedinců • Vyšší skóry v materiální, produktivní a emoční stránce subjektivní kvality života • Mírná korelace mezi funkcí horní končetiny a aspekty kvality života
Studie 2: Irmeler & Gebhard (2014)	• Studie proveditelnosti psychomotorické intervence • Stabilní výsledky v sebezpojetí navzdory klesajícím motorickým funkcím • Vysoká spokojenost s psychomotorickou intervencí • Potřeba dalšího výzkumu

Yi-Hsuan Ho, & 何怡萱. (2014). *An investigation of self-concept and quality of life in children and adolescents with spinal muscular atrophy and Duchenne muscular dystrophy.*

Jak spinální svalová atrofie (SMA), tak Duchennova svalová dystrofie (DMD) jsou vzácná genetická onemocnění a jsou dvěma nejčastějšími onemocněními u dětí s nervosvalovými chorobami. Jedinci s SMA/DMD mají progresivní průběh a na SMA/DMD dosud neexistuje žádný lék. Doposud bylo na Tchaj-wanu provedeno jen málo studií, které by se zabývaly sebepojetím a kvalitou života dospívajících s SMA/DMD. Hlavním cílem této studie je proto prozkoumat rysy sebepojetí a kvality života u adolescentů se SMA/DMD. Kromě toho jsme také zkoumali vztahy mezi poruchami funkce končetin a sebepojetím a kvalitou života adolescentů se SMA/DMD.

Metody: Do studie bylo zařazeno 71 účastníků (11–17 let), kteří byli rozděleni do následujících tří skupin: adolescenti se SMA/DMD ($n = 33, 13,09 \pm 1,89$ roku), normální sourozenci účastníků se SMA/DMD odpovídajícího věku ($n = 16, 13,69 \pm 1,85$ roku) a zdraví adolescenti ($n = 24, 12,50 \pm 1,50$ roku). Byly použity tři hodnoticí nástroje: *Tennessee Self-Concept Scale (TSCS: 2S)*, *Comprehensive Quality of Life Scale (ComQoL)* a *Functional Grades for Arms and Legs*. Výsledky ukazují, že sebepojetí adolescentů se SMA/DMD je obecně lepší než u zdravých adolescentů. Mezi adolescenty se SMA/DMD a zdravými adolescenty není významný rozdíl ve skóru objektivní ComQoL, ale adolescenti se SMA/DMD dosahují vyššího skóru v materiální, produktivní a emoční stránce subjektivní ComQoL. Kromě toho existuje mírná korelace mezi funkcí horní končetiny a zdravotním aspektem objektivní ComQoL, intimitou a bezpečím subjektivní ComQoL. Funkce dolní končetiny nesouvisí ani se sebepojetím, ani s kvalitou života. Celkově jsou sebepojetí a kvalita života u adolescentů se SMA/DMD lepší, než jsme se domnívali, možná proto, že si mohli vyvinout psychologické mechanismy zvládání tohoto progresivního průběhu onemocnění.

Irmeler, M., & Gebhard, B. (2014). *Psychomotor intervention to enhance self- and body-concept in children with Duchenne muscular dystrophy.*

Pohybová intervence se v současné době dostává do popředí zájmu praktických přístupů a výzkumu svalových onemocnění. Stejně tak se hovoří o sebepojetí jako o důležitém faktoru odolnosti při podpoře zdraví osob s nervosvalovými onemocněními. Sebeпоjetí je vnímání sebe sama definované jako vícerozměrná a hierarchická teorie. V současné době neexistují žádné studie týkající se holistických přístupů k pohybové intervenci u Duchennovy svalové dystrofie (DMD) založené na myšlence psychomotoriky. Cílem této

studie proveditelnosti bylo vyvinout a vyhodnotit specifickou psychomotorickou intervenci pro děti s DMD. Tento přístup byl zaměřen na zvýšení jejich sebepojetí. Studie byla koncipována jako studie jednoho případu v designu s více základními a smíšenými metodami. Byl použit design A1-B-A2: základní linie trvající 3 měsíce s prvním hodnocením, následovaná 12 týdny psychomotorické intervence a opětovným hodnocením 6 měsíců po období intervence. Studie se zúčastnilo 7 chlapců s Duchennovou svalovou dystrofií ve věkovém rozmezí od 4 do 11 let. Byly použity následující metody kvantitativního hodnocení: Harterův profil sebepojetí pro děti (obrázková škála vnímané kompetence a sociální akceptace), měření motorických funkcí, německá forma testu nespokojenosti s tělem Colour-A-Person a kresba lidské postavy. V rámci kvalitativních metod byly provedeny strukturované rozhovory s dětmi a rodiči. První analýza ukázala stabilní výsledky ve skóru sebepojetí hodnocených chlapců s Duchennovou svalovou dystrofií, zatímco motorické funkce se vzhledem k přirozené historii onemocnění snižují. Výsledky rozhovorů a hodnocení procesu ukázaly vysokou spokojenost a shodu s touto specifickou psychomotorickou intervencí zaměřenou na sebepojetí. V průběhu studie nedošlo k žádnému přerušení. Psychomotorická intervence zaměřená na sebepojetí u Duchennovy svalové dystrofie se zdá být proveditelná. Je zapotřebí dalšího kvantitativního výzkumu, který by zkoumal specifické účinky psychomotorické intervence na sebepojetí u nervosvalových onemocnění.

Sebepojetí osob se svalovou dystrofií je důležitým tématem, které si zasluží pozornost jak v českém, tak ve světovém kontextu. Ačkoli české zdroje na toto téma nejsou bohaté, existují organizace a instituce, které se snaží zlepšit kvalitu života takto postižených jedinců a jejich rodin. Zahraniční studie naznačují, že sebepojetí osob se svalovou dystrofií může být nižší než u jedinců bez tohoto onemocnění a že psychosociální podpora a intervence mohou mít pozitivní vliv na zlepšení sebepojetí a kvality života těchto osob.

3

Výzkumná část

3.1 Cíl

Cílem výzkumné části je prezentovat sebepojetí u vybraných skupin klientů se specifickými potřebami a hledat prostor pro speciálněpedagogickou intervenci. V návaznosti na výzkumné zájmy zapojených řešitelů byla pro výzkum sebepojetí vybrána skupina osob se svalovou dystrofií a z kategorie osob s narušenou komunikační schopností jedinci s afázií, dysartrií a specifickými poruchami učení. Sebepojetí se skládá z několika složek a je často negativně ovlivněno i zdravotním postižením. Výzkumným nástrojem je dotazník sebepojetí (DOS-36), který poskytuje informace z několika dílčích oblastí člověka, jež významně ovlivňují sebepojetí a tím i kvalitu speciálněpedagogické intervence. Dotazník vykazuje vysokou míru reliability a nabízí normy pro adolescenty (15–20 let) a pro dospělé (21–65 let). Dotazník reflektuje rozmanitá životní témata, která se na utváření sebepojetí podílejí (soužití v rámci rodiny, fungování v profesním či studijním životě, tělesné sebepojetí, vyrovnané prožívání, přijetí sociálním okolím mimo rodinu, štěstí a spokojenost i vnímaný přesah a smysluplnost existence).

3.2 Cílová skupina a výzkumný nástroj

Cílem zamýšleného výzkumu je zjistit míru sebepojetí u osob s omezením hybnosti a narušenou komunikační schopností. Z kategorie osob s omezením hybnosti byly vybrány osoby s nervosvalovým onemocněním a z kategorie osob s narušenou komunikační schopností jedinci s afázií, dysartrií a specifickými poruchami učení.

U všech uvedených skupin je výzkumným nástrojem *Dotazník sebepojetí (DOS)* autorů Dolejš, Dostál, Obereignerů, Orel a Kňážek (2021). *Dotazník*

sebepojetí (DOS) poskytuje informace z několika dílčích oblastí člověka, které sebepojetí významně ovlivňují a formují.

Dotazník je zkonstruován pro zjišťování míry sebepojetí u adolescentů (15–20 let) a u dospělých jedinců (21–65 let). Předložený dotazník splňuje metodologické požadavky, které jsou na tento typ diagnostických nástrojů kladeny, a metoda vznikla na dostatečné teoretické základně. Dotazník sebepojetí má v základní podobě 36 položek, ale i 18položkovou verzi. My jsme zvolili plnou verzi 36 tvrzení.

Metoda obsahuje šest samostatných subškál. Konkrétně se jedná o sociální přizpůsobivost, práci a studium, fyzický zjev, odolnost vůči úzkosti, oblíbenost v kolektivu, smysl a seberealizace. Součástí vyhodnocení metody je i celkový skór, který je dle autorů nejspolehlivějším ukazatelem (Dolejš et al., 2021).

Proband odpovídá na níže uvedená tvrzení na čtyřstupňové škále: rozhodně nesouhlasím / nesouhlasím / souhlasím / rozhodně souhlasím. Zároveň dávají autoři do instrukcí k dotazníku vodítka pro rozhodování na uvedené škále. „Rozhodně nesouhlasím – tvrzení v 90 a více procentech nevyhovuje; nesouhlasím – tvrzení neplatí pro probanda jen občas; souhlasím – tvrzení platí pro probanda jen občas; rozhodně souhlasím – tvrzení v 90 a více procentech vyhovuje“ (Dolejš et al., 2021, s. 46).

Tabulka 10 Škály a položky inventáře DOS-36 (položky označené hvězdičkou jsou skórovány reverzně)

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

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

3.2.1 Výzkum sebepojetí osob se specifickými poruchami učení

Výzkumu se zúčastnilo celkově 88 osob se specifickými poruchami učení, z čehož 33 osob se specifickými poruchami učení bylo ve věku 15–20 let a 55 osob se specifickými poruchami učení bylo ve věku 21–54 let. Každá skupina byla vyhodnocena dle příslušných věkových norem.

Respondenti se specifickými poruchami učení ve věku 15–20 let

Tabulka 11 Charakteristika respondentů s SPU 15–20 let

Charakteristika souboru respondentů s SPU 15–20 let	Hodnota
Celkový počet studentů	33
Počet mužů	21
Počet žen	12
Průměrný věk	17,39
Minimální věk	15
Maximální věk	20

Tabulka 12 Skóry u cílové skupiny osob s SPU ve věku 15–20 let

Subškály a celkový skór 15–20 let	Nízké	Průměrné	Nadprůměrné
sociální přizpůsobivost	7	22	4
práce a studium	8	24	1
fyzický zjev	2	26	5
odolnost vůči úzkosti	4	23	6
oblíbenost v kolektivu	8	23	2
smysl a seberealizace	1	30	2
celkový skór	4	25	4

Autoři DOS považují celkový skór dotazníku za psychometricky nejspolehlivější ukazatel. Ze skupiny 33 osob ve věkové kategorii 15–20 let vykazují čtyři jedinci nízké celkové skóry a zároveň vykazují vážné pochybnosti o vlastní hodnotě. „Negativní hodnocení zasahuje do více oblastí a promítá se do sociálního fungování jedince, přítomny jsou prvky staženosti, nepohody s vlastním statutem, negativismus, pesimistické pojetí sebe sama, pasivita až inaktivita v sociálních vztazích (udržují jich menší počet). Dále tito jedinci trpí intenzivními pocity, že vztahy, které mají, jsou špatné, za což si dávají vinu. Pocit špatných vztahů je často součástí rodinného života. V extrémních případech se nízké sebepojetí projevuje až pocity nepopulárnosti, odmítání ze strany okolí, sociální izolací. Jedinci s nízkým sebepojetím mají obavy z nepřijetí sociálním okolím, sami trpí obavami ze svých skutečných, ale mnohem častěji pouze domnělých nedostatků. Negativní sebepojetí je ve značné míře

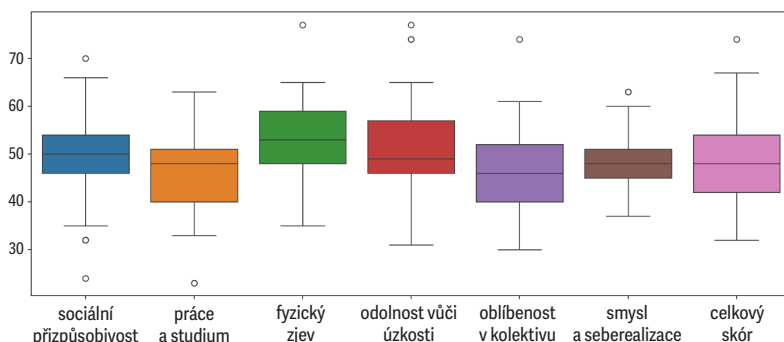
založeno na vnitřních subjektivních hodnoceních jedince. Snížené sebepojetí je součástí klinicko-patologických obrazů například u jedinců s poruchami nálady, jejichž základem je úzkostná či depresivní symptomatika.“ (Dolejš et al., 2021, s. 53).

Stejný počet respondentů (4) vykazoval nadprůměrné celkové skóry. Tito jedinci se tedy hodnotili velmi pozitivně. „O svých schopnostech nepochybují, jsou sebevědomí, aktivní, často méně závislí na hodnocení druhými či okolím. Sebejistota plynoucí ze stabilního sebepojetí se přenáší také do sociálních vztahů, které jsou těmito jedinci hodnoceny jako kvalitní, s náležitou hloubkou, plně uspokojující. V rámci psychopatologického obrazu se extrémně zvýšené sebepojetí projevuje u jedinců nekritických, s rysy velikášství, grandiozity ega, případně u jedinců, kteří si nepřipouštějí sebemenší vady, selhání či mírné hodnocení sebe sama.“ (Dolejš et al., 2021, s. 53)

Většina jedinců (25) se specifickými poruchami učení se vyskytovala v pásmu průměrného skóru, který poukazuje na jedince dobře integrované, s přiměřeným obrazem sebepojetí. Sebepojetí je vyvážené, s dobrým náhledem na pozitivní i negativní prvky v různých oblastech sebepojetí. Nejsou však vyloučeny osobnosti neuroticky strukturované, jejichž profil v rámci jednotlivých škál je značně nevyrovnaný a vykazuje subškálové dysbalance při odchylkách mezi subškálami.

Tabulka 13 Deskriptivní statistika – respondenti s SPU ve věku 15–20 let

	Průměr	Medián	Směr. odchylka	Minimum	Maximum	Šikmost	Špičatost
sociální přizpůsobivost	49,12	50	10,44	24	70	-0,27	-0,02
práce a studium	44,09	48	9,03	23	63	-0,39	0,05
fyzický zjev	53,52	53	8,63	35	77	0,03	0,51
odolnost vůči úzkosti	52,03	49	10,95	31	77	0,32	0,06
oblíbenost v kolektivu	47,03	46	9,56	30	74	0,46	0,17
smysl a seberealizace	49,21	48	6,4	37	63	0,39	-0,2
celkový skór	49	48	9,67	32	74	0,51	0,03



Graf 1 Krabicový graf všech subškál a celkového skóru respondentů s SPU ve věku 15–20 let

Výzkum sebepojetí u adolescentů ve věku 15–20 let se specifickými poruchami učení ukázal průměrný celkový skóre 49 bodů, což odpovídá běžnému výkonu v populaci. Rozložení dat je symetrické, s mediánem 48 bodů, a vykazuje přiměřenou variabilitu ($SD = 9,67$). Hodnoty se pohybují v rozmezí 32 až 74 bodů, s mírným vychýlením k nižším hodnotám.

Nejvýraznější pozitivní oblastí je fyzický zjev s průměrným skórem 53,52 bodu. Tato oblast vykazuje nejnížší variabilitu mezi respondenty ($SD = 8,63$) a představuje nejstabilnější aspekt sebepojetí. Druhou nejsilnější oblastí je odolnost vůči úzkosti (průměr 52,03), která však vykazuje větší rozdíly mezi jednotlivci ($SD = 10,95$).

Sociální přizpůsobivost (průměr 49,12) a smysl a seberealizace (průměr 49,21) se pohybují v pásmu průměru. Zatímco sociální přizpůsobivost vykazuje vyšší variabilitu ($SD = 10,44$), oblast smyslu a seberealizace je hodnocena velmi konzistentně napříč celou skupinou ($SD = 6,4$).

Nejnižší hodnocení získaly oblasti oblíbenosti v kolektivu (průměr 47,03 bodu) a zejména práce a studium (průměr 44,09 bodu). Tyto výsledky naznačují, že respondenti mohou pocítovat největší nejistotu právě v akademické oblasti a částečně i v sociálních vztazích.

Výsledky naznačují, že adolescenti se specifickými poruchami učení mají dobré sebepojetí v oblasti fyzického vzhledu a zvládnání úzkosti, zatímco podporu by mohli potřebovat především v oblasti akademického výkonu a sociálních interakcí. Celkové sebepojetí skupiny se pohybuje v pásmu průměru s mírnou tendencí k nižším hodnotám.

Respondenti se specifickými poruchami učení ve věku 21–65 let

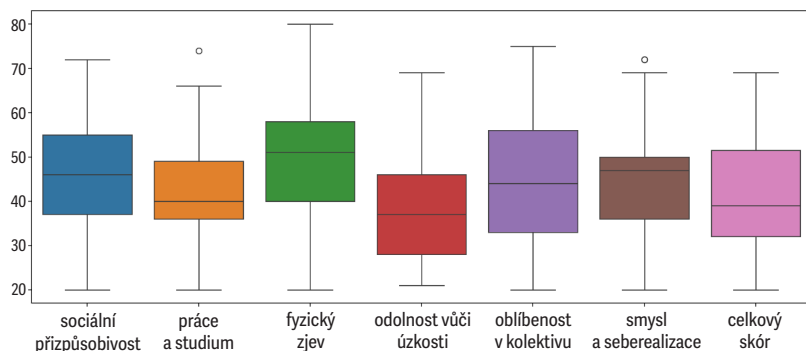
Tabulka 14 Charakteristika respondentů s SPU 21–65 let

Charakteristika respondentů 21–65 let	Hodnota
Celkový počet studentů	55
Počet mužů	33
Počet žen	22
Průměrný věk	23,84
Minimální věk	21
Maximální věk	54

Tabulka 15 Skóry u cílové skupiny osob s SPU ve věku 21–65 let

Škála	Nízké	Průměrné	Nadprůměrné
sociální přizpůsobivost	17	32	6
práce a studium	24	28	3
fyzický zjev	12	31	12
odolnost vůči úzkosti	30	22	3
oblíbenost v kolektivu	19	28	8
smysl a seberealizace	22	25	8
celkový skór	28	22	5

Z tabulky lze vyčíst, že ze souboru 55 respondentů ve věku 21–65 let se nachází 28 respondentů v pásmu nízkého skóru, 5 respondentů v pásmu nadprůměrného skóru a 22 respondentů v pásmu průměrného skóru.



Graf 2 Krabicový graf respondentů s SPU ve věku 21–65 let

Tabulka 16 Deskriptivní statistika respondentů s SPU ve věku 21–65 let

	Průměr	Medián	Směr.odchylka	Minimum	Maximum	Šikmost	Špičatost
sociální přizpůsobivost	45,25	46	13,52	20	72	-0,09	-0,66
práce a studium	41,09	40	11,6	20	74	0,34	0,14
fyzický zjev	48,78	51	12,92	20	80	-0,18	-0,3
odolnost vůči úzkosti	38,42	37	12,05	21	69	0,56	-0,17
oblíbenost v kolektivu	45,09	44	13,97	20	75	0	-0,83
smysl a seberealizace	44,93	47	12,87	20	72	0,21	-0,29
celkové skóre	41,62	39	12,69	20	69	0,36	-0,9

Výzkumný soubor tvořilo celkem 55 osob, z nichž bylo 33 mužů a 22 žen. Věkové rozpětí účastníků se pohybovalo od 21 do 54 let, s průměrným věkem 23,84 roku. Ve skupině převažovali mladí dospělí a bylo zde patrné vyšší zastoupení mužů.

V oblasti sociální přizpůsobivosti dosáhla většina účastníků (32 osob) průměrného skóru, zatímco 17 osob mělo skóry nízké a pouze 6 osob je mělo vysoké. Průměrná hodnota činila 45,25 bodu, přičemž rozložení výsledků bylo poměrně vyvážené. Významnější obtíže se projeví v oblasti práce a studia – přestože 28 osob dosáhlo průměrného skóru, celých 24 osob mělo skóry nízké. Průměrná hodnota 41,09 bodu a pozitivní šikmost naznačují tendenci k nižším hodnotám.

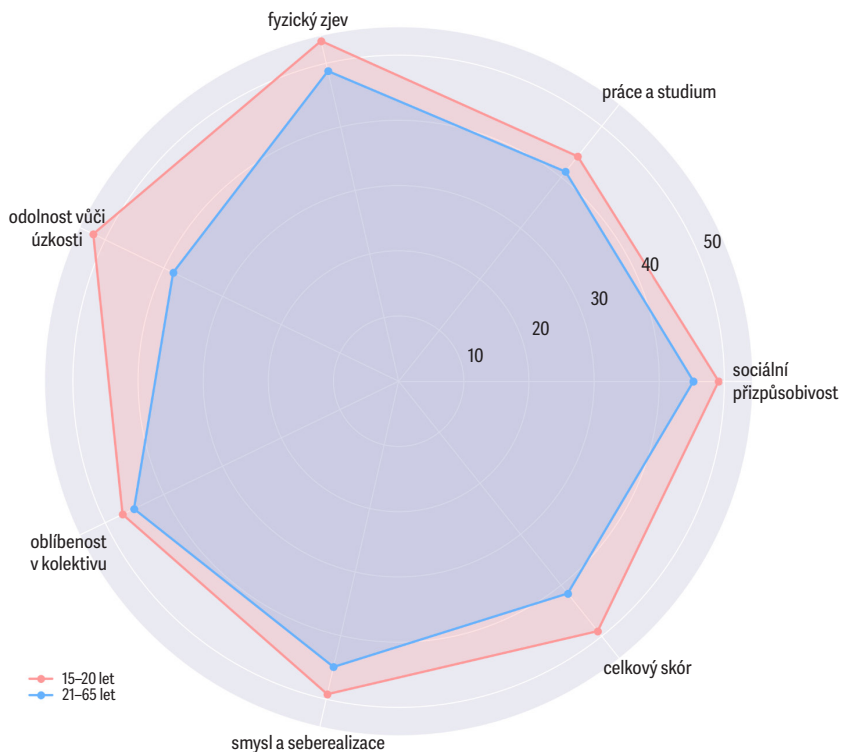
Fyzický zjev se ukázal jako nejsilnější oblast sebepojetí s průměrným skórem 48,78 bodu a vyváženou distribucí – 31 osob dosáhlo průměrných hodnot a po 12 osobách mělo nízké či vysoké skóry. Naopak nejslabší oblastí byla odolnost vůči úzkosti, kde 30 účastníků dosáhlo nízkého skóru s průměrem pouhých 38,42 bodu.

V oblasti oblíbenosti v kolektivu dosáhla většina (28 osob) průměrného skóru, ale významná část (19 osob) měla skóry nízké, což naznačuje možné sociální obtíže. Průměrná hodnota činila 45,09 bodu. Oblast smyslu a sebe-realizace také odhalila prostor pro zlepšení – 25 osob dosáhlo průměrného skóru, ale 22 osob mělo skóry nízké, s průměrem 44,93 bodu.

Celkové skóry sebepojetí s průměrem 41,62 bodu naznačují významné výzvy – 28 účastníků dosáhlo nízkého skóru, 22 průměrného a pouze 5 účastníků dosáhlo vysokého skóru. Toto rozložení jasně poukazuje na potřebu cílené podpory v oblasti sebepojetí.

Na základě těchto výsledků lze identifikovat jako hlavní silné stránky fyzický zjev a relativně vyváženou sociální přizpůsobivost. Naopak nejvýraznější obtíže se projevují v oblasti odolnosti vůči úzkosti a v pracovní-studijní oblasti. Pro zlepšení celkového sebepojetí této skupiny by bylo vhodné zaměřit se především na posilování odolnosti vůči úzkosti, rozvoj pracovních a studijních dovedností a podporu osobního růstu a seberealizace.

Porovnání skupiny osob s SPU 15–20 let a 21–65 let



Graf 3 Radarový graf – porovnání respondentů z cílových skupin 15–20 let a 21–65 let (SPU)

Radarový graf znázorňuje vícerozměrné srovnání průměrných hodnot mezi věkovými skupinami 15–20 let a 21–65 let napříč sedmi psychologickými a sociálními škálami. Z grafu je patrné, že mladší skupina dosahuje vyšších hodnot zejména v odolnosti vůči úzkosti a celkovém skóre, což naznačuje silnější psychologickou odolnost a adaptabilitu. Rozdíly mezi skupinami jsou méně výrazné u sociální přizpůsobivosti a oblíbenosti v kolektivu, což ukazuje na podobnou úroveň sociální integrace. U fyzického vzhledu vykazuje vyšší skóre rovněž mladší skupina, což může odrážet věkové rozdíly v sebepojetí nebo společenských očekáváních. Tento graf poskytuje komplexní pohled na věkově podmíněné rozdíly v psychologických a sociálních dimenzích.

Diskuse ke skupině osob s S(V)PU

Výzkumu se zúčastnilo celkově 88 osob se specifickými poruchami učení ve věku 20–54 let, z toho 33 osob bylo ve věku 15–20 let a 55 osob ve věku 21–54 let.

Výsledky našeho výzkumu přinášejí několik zajímavých zjištění týkajících se vlivu věkových rozdílů na psychosociální adaptaci. Mladší věková skupina (15–20 let) vykazuje konzistentně vyšší hodnoty napříč většinou sledovaných dimenzí, což může být interpretováno několika způsoby.

Nejvýraznější rozdíl pozorujeme v oblasti odolnosti vůči úzkosti, kde mladší skupina dosahuje výrazně lepších výsledků (rozdíl 13,61 bodu). Tento významný rozdíl může reflektovat současný společenský kontext, v němž starší generace čelí komplexnějším životním výzvám, včetně pracovních povinností, rodinných závazků a ekonomických tlaků. Zároveň je třeba vzít v úvahu, že mladší generace může být lépe vybavena nástroji pro zvládání úzkosti díky větší otevřenosti k tématu duševního zdraví a lepšímu přístupu k podpůrným zdrojům.

V oblasti fyzického vzhledu a sociální přizpůsobivosti pozorujeme mírnější, ale stále významné rozdíly ve prospěch mladší skupiny (rozdíly 4,73 a 3,87 bodu). Tyto výsledky mohou souviset s vývojovým obdobím adolescence, kdy jsou fyzický vzhled a sociální přijetí významnými tématy, jimž mladí lidé věnují zvýšenou pozornost.

Zajímavé je, že nejmenší rozdíl mezi skupinami se objevuje v oblasti oblíbenosti v kolektivu (rozdíl pouze 1,94 bodu), což naznačuje, že sociální integrace může být relativně stabilní napříč věkovými skupinami. Tento nálezn podporuje teorii o důležitosti sociálních vazeb v průběhu celého života.

Celkový skóre, který je o 7,38 bodu vyšší ve prospěch mladší skupiny, může odrážet kombinaci několika faktorů: větší flexibilitu a adaptabilitu typickou pro mladší věk, menší množství kumulovaných životních stresorů a potenciálně také optimističtější pohled na život charakteristický pro toto vývojové období.

Je však důležité zmínit několik limitů této studie. Především je třeba vzít v úvahu možný vliv kohorty a současného společenského kontextu. Rozdíly mezi skupinami mohou být částečně způsobeny odlišnými životními zkušenostmi a společenskými podmínkami, v nichž jednotlivé generace vyrůstaly a žijí. Také je třeba zvážit možný vliv sebehodnocení a různé úrovně sebereflexe u různých věkových skupin.

Pro budoucí výzkum by bylo přínosné sledovat tyto charakteristiky longitudinálně a zahrnout další proměnné, které by mohly pomoci lépe

porozumět pozorovaným rozdílům, například socioekonomický status, úroveň vzdělání nebo přítomnost významných životních událostí.

Závěr

Při pohledu na aktuální stav výzkumu v oblasti interdisciplinární spolupráce psychologie a speciální pedagogiky se otevírá jedno zásadní téma, které vyžaduje naši pozornost. Jedná se o sebepojetí jedinců, kteří čelí specifickým poruchám učení. Tato oblast je neobyčejně rozmanitá a plná nuancí, což se odráží v rozmanitosti výsledků, jež z výzkumu vyplynuly. Jejich komplexnost je dána množstvím faktorů, které sebepojetí formují a ovlivňují. Zejména věk se ukazuje být významným determinantem. Je pozoruhodné, jak se sebepojetí vyvíjí a mění s postupujícím věkem jedince. Co se týče specifických poruch učení, tyto nejsou uniformní. Různé typy těchto poruch se projevují odlišně a mají specifický dopad na sebepojetí jednotlivce. Například dyslexie, která ovlivňuje schopnost čtení a psaní, může mít jiný dopad na sebepojetí než dyskalkulie, jež se týká obtíží s matematikou. Každý typ poruchy učení s sebou přináší jedinečný soubor výzev, s nimiž se jedinec musí vypořádat. Sociální interakce jsou dalším klíčovým faktorem, který hraje roli v rozvoji sebepojetí. Přátelství, vztahy s rodinou, učiteli a vrstevníky – všechny tyto sociální vazby mohou sebeúctu jedince buď posilovat, nebo naopak přispívat k jejímu oslabení. Způsob, jakým jsou jedinci se specifickými poruchami učení přijímáni a podporováni svým sociálním okolím, může mít značný vliv na to, jak oni sami sebe vidí a hodnotí. S formováním sebepojetí jsou zároveň neoddelitelně spjaty osobní zkušenosti každého jedince. Každý úspěch i neúspěch, každá překážka a každé vítězství přispívají k obrazu, který jedinec o sobě má. U jedinců se specifickými poruchami učení mohou tyto zkušenosti zahrnovat boj s akademickými úkoly, které mohou pro jiné osoby představovat rutinní činnosti. V oblasti práce a studia pak výzkum odhaluje, že jedinci se specifickými poruchami učení často narážejí na významné bariéry. Tyto potíže nejsou omezeny pouze na akademické prostředí, ale přesahují i do profesní sféry, což může mít za následek negativní vliv na kariérní růst a profesní uspokojení těchto osob. Vzhledem k tomu, že práce a studium jsou důležitými složkami sebepojetí, mohou tyto obtíže ve studijní a profesní sféře vést k poklesu sebehodnocení a sebeúcty. Zajímavé je, že výzkum zaznamenal vysoký výskyt nízkých skóre v oblasti odolnosti vůči úzkosti u starších respondentů. Tento trend může být interpretován jako indikátor toho, že s přibývajícím věkem se riziko psychických obtíží může zvyšovat. Tento fenomén by mohl být důsledkem hromadění negativních zkušeností

a frustrací, které jsou spojeny s dlouhodobým setrváváním v nepříznivém vzdělávacím systému nebo pracovním prostředí. Celkově výzkum naznačuje, že sebepojetí osob se specifickými poruchami učení není statickou ani izolovanou proměnnou. Je dynamickou a multifaktoriální konstrukcí, ovlivněnou širokým spektrem individuálních a externích faktorů. Porozumění těmto vlivům je klíčové pro vývoj účinných zásahů a podpůrných strategií, které by těmto jedincům mohly pomoci v jejich akademickém i profesním životě.

Závěry výzkumu přinášejí hluboký vhled do složité situace, kterou prožívají jedinci se specifickými poruchami učení. Tato oblast je rozsáhlá a komplexní, přičemž se dotýká mnoha aspektů života těchto osob. Výzkum jasně poukazuje na fakt, že sebepojetí představuje významnou problematiku, která vyžaduje zvýšenou pozornost a intervenci ze strany odborníků mnoha oblastí. Také je zřejmé, že tato otázka by neměla zůstat ignorována širší společností. Sebepečení je klíčovým prvkem, který ovlivňuje nejen osobní, ale i akademický a profesionální život jedince. Je proto nezbytné, aby se na specifické poruchy učení pohlíželo nejen jako na vzdělávací překážku, ale také s důrazem na jejich dopad na sebevímání a sebehodnocení osob, které jimi trpí. Výzkum zdůrazňuje potřebu holistického přístupu, který bere v potaz všechny faktory ovlivňující sebepojetí. Pro jedince s těmito poruchami je zcela zásadní, aby byli podporováni ve svém vzdělávacím a profesním růstu. Jedním z největších problémů, který má přímý dopad na sebepojetí, je úzkost. Úzkost může vznikat jako reakce na neúspěchy nebo jako strach z budoucích výzev, které mohou být spojeny s konkrétní specifickou poruchou učení. Proto je prevence a práce s úzkostí považována za klíčovou součást intervencí zaměřených na zlepšení sebepojetí osob s poruchami učení. Rodinné prostředí, školní systém i pracovní místa by měly být navrženy tak, aby u těchto jedinců podporovaly rozvoj sebeúcty a sebeúčinnosti. Je důležité, aby se tito lidé cítili cenní, schopní a respektovaní ve svých komunitách a pracovních kolektivech. Přístup založený na empatii, porozumění a pozitivním posílení může vést k vytvoření prostředí, kde se jedinci se specifickými poruchami učení budou moci cítit bezpečně a motivovaní k dosahování svých cílů. V závěru lze říci, že výzkum poukazuje na mnohostranný dopad specifických poruch učení na sebepojetí jedinců a zdůrazňuje potřebu komplexního přístupu k řešení této problematiky. Je nezbytné, aby se tato otázka stala předmětem veřejného zájmu a aby se na ni aplikovaly efektivní strategie a opatření ze všech relevantních sektorů společnosti.

3.2.2 Výzkum sebepojetí osob se získaným narušením fatických funkcí

Předložená data představují výzkumný soubor osob s afázií, který byl zkoumán z hlediska jejich sociálního přizpůsobení a dalších psychologických charakteristik. Celkový počet respondentů v souboru je 40.

Z hlediska pohlaví je soubor tvořen 15 muži (37,5 %) a 25 ženami (62,5 %), věkové rozpětí respondentů je 34 až 65 let, s průměrným věkem 58,98 roku. Co se týče pracovního statusu, výzkumný soubor zahrnuje osoby v důchodu (starobním či invalidním), zaměstnané osoby i osoby v rekvalifikaci nebo na mateřské dovolené. Profesní spektrum je velmi pestré – od technických profesí (technik, IT specialista, automechanik) přes pedagogické pracovníky (učitelé MŠ, ZŠ, SŠ) až po služby (kosmetička, kadeřnice) a další specializované profese (právník, zdravotní sestra).

Tabulka 17 Soubor osob s afázií v jednotlivých subškálách a celkovém skóru

Kategorie hodnocení	Sociální přizpůsobivost	Práce a studium	Fyzický zjev	Odolnost vůči úzkosti	Oblíbenost v kolektivu	Smysl a sebe-realizace	Celkový skór
Nadprůměrné	10 (25,0 %)	10 (25,0 %)	9 (22,5 %)	8 (20,0 %)	8 (20,0 %)	4 (10,0 %)	12 (30,0 %)
Nízké	13 (32,5 %)	11 (27,5 %)	12 (30,0 %)	11 (27,5 %)	14 (35,0 %)	15 (37,5 %)	15 (37,5 %)
Průměrné	17 (42,5 %)	19 (47,5 %)	19 (47,5 %)	21 (52,5 %)	18 (45,0 %)	21 (52,5 %)	13 (32,5 %)

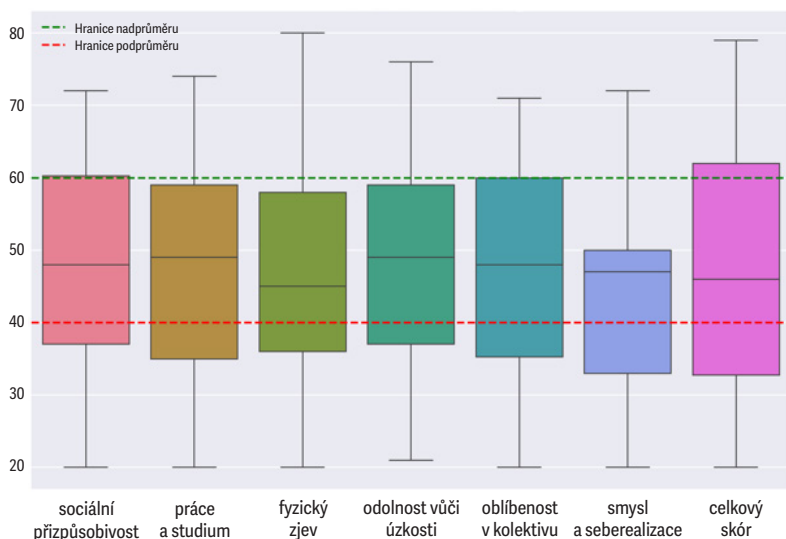
Detailní analýza dat odhalila zajímavé vzorce v rozložení hodnot napříč různými škálami sebepojetí. Ve většině sledovaných oblastí dominují průměrné hodnoty, zatímco nadprůměrné hodnoty jsou obecně zastoupeny nejméně.

V oblasti sociální přizpůsobivosti se největší část respondentů (42,5 %) pohybuje v průměrných hodnotách, přičemž třetina vykazuje nízké hodnoty a čtvrtina dosahuje nadprůměrných výsledků. Podobný trend je patrný u škály práce a studium, kde téměř polovina respondentů (47,5 %) dosahuje průměrných hodnot, zatímco zbývající respondenti se téměř rovnoměrně rozdělují mezi nízké a nadprůměrné hodnoty.

Výrazná převaha průměrných hodnot je patrná zejména u odolnosti vůči úzkosti a smyslu a seberealizace, kde v obou případech více než polovina respondentů (52,5 %) spadá do průměrné kategorie. Zajímavé je, že škála smyslu

a seberealizace vykazuje nejnížší zastoupení nadprůměrných hodnot (pouze 10 %), což představuje nejvýraznější nepoměr ze všech sledovaných oblastí.

Fyzický zjev a oblíbenost v kolektivu vykazují podobné vzorce s dominancí průměrných hodnot (kolem 45–47,5 %) a nižším zastoupením nadprůměrných hodnot (20–22,5 %). Jedinečný je celkový skór, který jako jediný vykazuje relativně vyrovnané rozložení mezi všemi třemi kategoriemi, s mírnou převahou nízkých hodnot (37,5 %).



Graf 4 Celkový soubor osob s afázií – krabicový graf

Tato distribuce naznačuje, že zatímco většina respondentů se pohybuje v průměrných hodnotách sebepojetí, existují významné rozdíly mezi jednotlivými škálami v zastoupení extrémních hodnot. Zvláště pozoruhodná je oblast smyslu a seberealizace, kde je patrný výrazný deficit nadprůměrných hodnot, což může naznačovat obecnější trend v této důležité oblasti osobního rozvoje.

Tabulka 18 Deskriptivní statistika – celkový soubor osob s afázií

	Průměr	Medián	Modus	Směrodatná odchylka	Rozptyl	Minimum	Maximum	Variační rozpětí
Sociální přizpůsobivost	47,725	48	37	14,8807	221,4353	20	72	52
Práce a studium	48,625	49	49	16,93984	286,9583	20	74	54
Fyzický zjev	45,975	45	62	14,71	216,384	20	80	60
Odolnost vůči úzkosti	49,525	49	37	12,64909	159,9994	21	76	55
Oblíbenost v kolektivu	47,4	48	60	15,58072	242,759	20	71	51
Smysl a seberealizace	43,95	47	50	13,11087	171,8949	20	72	52
Celkový skór	46,675	46	20	17,14402	293,9173	20	79	59

Provedená statistická analýza odhalila zajímavé vzorce v sebepojetí respondentů napříč různými oblastmi. Celkový průměrný skór dosáhl 46,7 bodu (medián 46), což naznačuje vyváženou distribuci odpovědí. Významná je zde nejvyšší směrodatná odchylka (17,1) a rozptyl (294) ze všech měřených škál, což poukazuje na značnou variabilitu v celkovém sebehodnocení respondentů. Rozpětí celkového skóru se pohybovalo od 20 do 79 bodů.

V rámci jednotlivých subškál se jako nejsilnější oblast projevila odolnost vůči úzkosti s průměrem 49,5 bodu. Tato subškála vykazovala nejkonzistentnější odpovědi s nejnižší směrodatnou odchylkou (12,6). Druhou nejsilnější oblastí byla práce a studium (průměr 48,6 bodu), která však paradoxně vykazovala největší variabilitu odpovědí mezi subškálami.

Střední hodnoty byly zaznamenány u sociální přizpůsobivosti (průměr 47,7 bodu) a oblíbenosti v kolektivu (průměr 47,4 bodu). Zajímavým zjištěním je vysoký modus (60 bodů) u oblíbenosti v kolektivu, který výrazně převyšuje průměrnou hodnotu. Podobně u fyzického zjevu (průměr 46 bodů) byl zaznamenán vysoký modus 62 bodů, což naznačuje častý výskyt nadprůměrných hodnocení v této oblasti.

Nejnižší průměrné hodnoty byly zjištěny v oblasti smyslu a seberealizace (44 bodů), přičemž rozdíl mezi průměrem a mediánem (47 bodů) naznačuje mírně asymetrické rozložení dat.

Společným rysem všech subškál je minimální hodnota 20 bodů (s výjimkou odolnosti vůči úzkosti – 21 bodů) a podobné variační rozpětí (51–60 bodů). Průměrné hodnoty většiny subškál se pohybují v rozmezí 44–50 bodů, což svědčí o konzistentním měření napříč různými aspekty sebepojetí.

Celkově lze říci, že zatímco respondenti vykazovali nejvyšší sebedůvěru v oblasti zvládání úzkosti a pracovní-studijních kompetencí, nejméně jistí si byli v oblasti osobního smyslu a seberealizace. Významná variabilita v celkovém skóru pak naznačuje výrazné individuální rozdíly v celkovém sebepojetí mezi respondenty.

Analýza rozložení hodnot v subškálách sebepojetí u žen s afázií

Statistická analýza jednotlivých subškál sebepojetí u ženské části respondentů odhalila zajímavé vzorce v rozložení hodnot. Napříč většinou sledovaných oblastí dominují průměrné hodnoty, přičemž jejich zastoupení se v jednotlivých subškálách liší.

V oblasti smyslu a seberealizace byla zaznamenána nejvýraznější koncentrace průměrných hodnot (64 %), přičemž téměř třetina respondentek (32 %) vykazovala nízké hodnoty a pouze jedna respondentka (4 %) dosáhla nadprůměrného výsledku. Podobně výrazná převaha průměrných hodnot byla zjištěna u oblíbenosti v kolektivu, kde 60 % respondentek dosahovalo průměrných výsledků, následováno 24 % s nízkými hodnotami a 16 % s nadprůměrnými výsledky.

V oblastech práce a studia a odolnosti vůči úzkosti dosahovala více než polovina respondentek (52 %) průměrných hodnot, přičemž zbývající respondenty se rovnoměrně rozdělily mezi nízké a nadprůměrné hodnoty (po 24 %). Podobný vzorec, pouze s mírně nižším zastoupením průměrných hodnot (48 %), byl pozorován u sociální přizpůsobivosti a fyzického zjevu.

Nejrovnoměrnější distribuce hodnot byla zaznamenána u celkového skóru, kde 40 % respondentek dosahovalo průměrných hodnot, 32 % nadprůměrných a 28 % nízkých hodnot. Toto rozložení naznačuje, že zatímco v jednotlivých subškálách převládají průměrné hodnoty, celkové sebepojetí žen vykazuje vyváženější distribuci napříč všemi úrovněmi hodnocení.

Tato analýza ukazuje, že ačkoli většina žen hodnotí své schopnosti a charakteristiky průměrně, existují významné rozdíly mezi jednotlivými oblastmi sebepojetí, přičemž nejvýraznější nepoměr je patrný v oblasti smyslu a seberealizace.

Tabulka 19 Ženy s afázií – dle jednotlivých škál a kategorií

Subškála	Kategorie	Počet	Procento
Sociální přizpůsobivost	průměrné	12	48
Sociální přizpůsobivost	nadprůměrné	7	28
Sociální přizpůsobivost	nízké	6	24
Práce a studium	průměrné	13	52
Práce a studium	nízké	6	24
Práce a studium	nadprůměrné	6	24
Fyzický zjev	průměrné	12	48
Fyzický zjev	nízké	7	28
Fyzický zjev	nadprůměrné	6	24
Odolnost vůči úzkosti	průměrné	13	52
Odolnost vůči úzkosti	nízké	6	24
Odolnost vůči úzkosti	nadprůměrné	6	24
Oblíbenost v kolektivu	průměrné	15	60
Oblíbenost v kolektivu	nízké	6	24
Oblíbenost v kolektivu	nadprůměrné	4	16
Smysl a seberealizace	průměrné	16	64
Smysl a seberealizace	nízké	8	32
Smysl a seberealizace	nadprůměrné	1	4
Celkový skór	průměrné	10	40
Celkový skór	nadprůměrné	8	32
Celkový skór	nízké	7	28

Tabulka 20 Ženy s afázií – deskriptivní statistika

	Sociální přizpůsobivost	Práce a studium	Fyzický zjev	Odolnost vůči úzkosti	Oblíbenost v kolektivu	Smysl a seberealizace	Celkový skór
Počet	25	25	25	25	25	25	25
Průměr	49,96	49,24	46,96	50,72	49,52	45,12	48,4
Medián	50	49	47	49	52	47	50
Směrodatná odchylka	14,26	15,59	14,2	11,73	14,48	10,76	15,96
Minimum	20	20	22	34	20	20	20
Maximum	72	74	70	73	71	62	70

Statistická analýza sebepojetí u žen s afázií

Detailní statistická analýza sebepojetí u skupiny 25 žen odhalila zajímavé vzorce napříč jednotlivými subškálami. Všechny subškály vykazovaly průměrné hodnoty blízké 50 bodům, nicméně s významnými rozdíly v rozptylu a konzistenci odpovědí.

Nejvyšších průměrných hodnot dosáhla subškála odolnosti vůči úzkosti (50,72 bodu), která zároveň vykazovala nejkonzistentnější odpovědi s nejnížší směrodatnou odchylkou (11,73). Tato subškála se také vyznačovala nejvyšší minimální hodnotou (34 bodů) a relativně menším rozsahem hodnot (34–73 bodů), což naznačuje stabilnější sebehodnocení v této oblasti.

Naproti tomu subškála práce a studium, s průměrem 49,24 bodu, vykazovala největší variabilitu odpovědí (směrodatná odchylka 15,59) a největší rozpětí hodnot (20–74 bodů). Podobně vysokou variabilitu vykazoval i celkový skóre (směrodatná odchylka 15,96), což naznačuje značné individuální rozdíly v celkovém sebepojetí.

Nejnižší průměrné hodnoty byly zaznamenány v oblasti smyslu a seberealizace (45,12 bodu), přičemž tato subškála vykazovala druhou nejnižší směrodatnou odchylku (10,76) a nejnižší maximální hodnotu (62 bodů) ze všech subškál. Zajímavé je, že medián (47 bodů) byl vyšší než průměr, což naznačuje mírně negativně zešikmené rozložení.

Ostatní subškály – sociální přizpůsobivost, fyzický zjev a oblíbenost v kolektivu – vykazovaly průměrné hodnoty mezi 46–50 body se směrodatnými odchylkami okolo 14, což naznačuje střední míru variability v odpovědích.

Celkově lze říci, že zatímco ženy vykazují nejvyšší a nejkonzistentnější sebehodnocení v oblasti zvládnání úzkosti, největší variabilitu nacházíme v oblasti práce a studia. Nejnižší sebehodnocení se objevuje v oblasti smyslu a seberealizace, což může být důležitým zjištěním pro další výzkum či intervence.

Analýza rozložení hodnot sebepojetí u mužů s afázií

Statistická analýza sebepojetí u mužských respondentů odhalila specifické vzorce v rozložení hodnot napříč jednotlivými subškálami. Výsledky ukazují převažující tendenci k nízkým a průměrným hodnotám, s menším zastoupením nadprůměrných výsledků.

V oblasti sociální přizpůsobivosti dominují nízké hodnoty, které vykazuje téměř polovina respondentů (46,7 %), zatímco třetina dosahuje průměrných hodnot a pouze pětina vykazuje nadprůměrné výsledky. Podobný vzorec se objevuje u smyslu a seberealizace, kde opět převládají nízké hodnoty (46,7 %).

Zvláště výrazné výsledky byly zaznamenány u oblíbenosti v kolektivu a celkového skóru, kde v obou případech více než polovina respondentů (53,3 %) vykazuje nízké hodnoty. U oblíbenosti v kolektivu je zajímavé, že průměrných hodnot dosahuje nejmenší skupina (20 %), zatímco nadprůměrných výsledků dosahuje přibližně čtvrtina respondentů.

Nejrovnoměrnější rozložení hodnot se objevuje v oblasti práce a studia, kde 40 % respondentů dosahuje průměrných hodnot, třetina nízkých a přibližně čtvrtina nadprůměrných hodnot. V oblasti odolnosti vůči úzkosti dominují průměrné hodnoty (53,3 %), ale tato subškála zároveň vykazuje nejnížší zastoupení nadprůměrných hodnot (13,3 %).

Fyzický zjev představuje jednu z mála oblastí, v nichž převládají průměrné hodnoty (46,7 %), následované nízkými hodnotami u třetiny respondentů a nadprůměrnými výsledky u pětiny z nich.

Tato analýza celkově naznačuje, že muži v tomto výzkumu tendují k nižšímu sebehodnocení, přičemž nadprůměrné hodnoty jsou ve většině subškál zastoupeny nejméně. Tento trend je nejvýraznější u oblíbenosti v kolektivu a u celkového skóru.

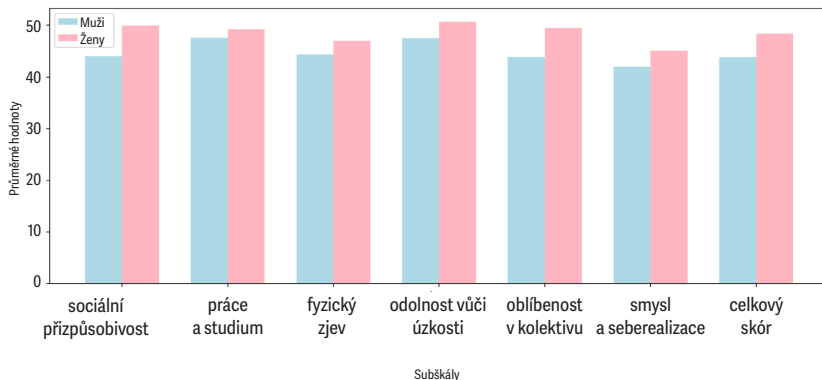
Tabulka 21 Muži s afázií – dle jednotlivých škál a kategorií

Subškála	Kategorie	Počet	Procento
Sociální přizpůsobivost	nízké	7	46,7
Sociální přizpůsobivost	průměrné	5	33,3
Sociální přizpůsobivost	nadprůměrné	3	20
Práce a studium	průměrné	6	40
Práce a studium	nízké	5	33,3
Práce a studium	nadprůměrné	4	26,7
Fyzický zjev	průměrné	7	46,7
Fyzický zjev	nízké	5	33,3
Fyzický zjev	nadprůměrné	3	20
Odolnost vůči úzkosti	průměrné	8	53,3
Odolnost vůči úzkosti	nízké	5	33,3
Odolnost vůči úzkosti	nadprůměrné	2	13,3
Oblíbenost v kolektivu	nízké	8	53,3
Oblíbenost v kolektivu	nadprůměrné	4	26,7
Oblíbenost v kolektivu	průměrné	3	20
Smysl a seberealizace	nízké	7	46,7
Smysl a seberealizace	průměrné	5	33,3
Smysl a seberealizace	nadprůměrné	3	20
Celkový skór	nízké	8	53,3
Celkový skór	nadprůměrné	4	26,7
Celkový skór	průměrné	3	20

Tabulka 22 Muži s afázií – deskriptivní statistika

	Sociální přizpůsobivost	Práce a studium	Fyzický zjev	Odolnost vůči úzkosti	Oblíbenost v kolektivu	Smysl a seberealizace	Celkový skór
Počet	15	15	15	15	15	15	15
Průměr	44	47,6	44,33	47,53	43,87	42	43,8
Medián	41	49	43	43	36	47	39
Směrodatná odchylka	15,63	19,52	15,89	14,25	17,18	16,55	19,19
Minimum	20	20	20	21	20	20	20
Maximum	72	74	80	76	71	72	79

Srovnání mužů a žen s afázií



Graf 5 Porovnání průměrných hodnot mezi muži a ženami s afázií

Na základě analýzy rozdílů mezi muži a ženami lze vyvodit, že ženy dosahují vyšších průměrných hodnot ve všech sledovaných škálách ve srovnání s muži. Největší rozdíly byly zaznamenány v oblasti sociální přizpůsobivosti (+5,96) a oblíbenosti v kolektivu (+5,65). Tyto výsledky naznačují, že ženy mohou být v těchto oblastech adaptabilnější a také lépe přijímané v sociálních skupinách.

Celkový skór žen je také vyšší o +4,60, což potvrzuje jejich celkově lepší výsledky napříč všemi škálami. Naopak nejmenší rozdíl byl zaznamenán v oblasti práce a studia (+1,64), což naznačuje, že v této oblasti jsou rozdíly mezi pohlavími méně výrazné.

Tyto výsledky mohou být užitečné pro další výzkum nebo praktické aplikace, například při navrhování programů zaměřených na zlepšení specifických dovedností u mužů.

Analýza rozdílů v sebepojetí mezi muži a ženami s afázií na základě směrodatných odchylek

Statistická analýza založená na směrodatných odchylkách odhalila významné rozdíly v sebepojetí mezi muži a ženami. Směrodatné odchylky, které měří míru variability odpovědí od průměru, ukázaly, že ženy dosahují v porovnání s muži konzistentně vyšších průměrných hodnot ve všech sledovaných škálách.

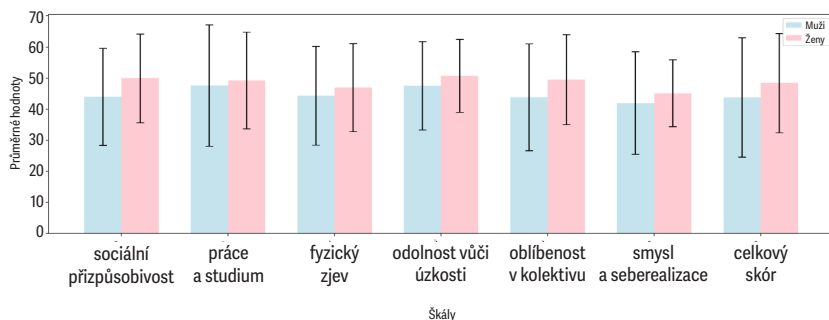
Nejvýraznější rozdíly ve směrodatných odchylkách byly pozorovány v oblastech sociální přizpůsobivosti a oblíbenosti v kolektivu, kde ženy výrazně

převyšovaly muže. Právě v těchto doménách směrodatné odchylky poukázaly na významnou statistickou rozdílnost mezi pohlavími.

Oblast práce a studia vykazovala nejmenší rozdíly ve směrodatných odchylkách mezi muži a ženami, což statisticky potvrzuje, že v této sféře jsou výsledky obou pohlaví nejvyrovnanější. Naproti tomu oblasti fyzického zjevu a smyslu a seberealizace se vyznačovaly většími směrodatnými odchylkami, což statisticky dokládá větší rozmanitost odpovědí v těchto kategoriích.

Směrodatné odchylky také odhalily, že některé oblasti, zejména sociální přizpůsobivost, vykazují konzistentnější vzorec odpovědí napříč respondenty. To je v přímém kontrastu s oblastmi jako fyzický zjev, kde větší směrodatné odchylky poukazují na výraznější variabilitu v odpovědích.

Tato statistická interpretace založená na směrodatných odchylkách tedy jasně dokumentuje, že zatímco ženy vykazují obecně vyšší míru sebepojetí, míra této převahy se statisticky významně liší napříč jednotlivými škálami. Různé hodnoty směrodatných odchylek zároveň poukazují na to, že některé aspekty sebepojetí vykazují větší individuální variabilitu než jiné.



Graf 6 Porovnání průměrných hodnot se směrodatnými odchylkami – muži versus ženy

3.2.3 Výzkum sebepojetí osob se získanou dysartrií

Hlavním cílem výzkumu bylo zjistit úroveň sebepojetí u osob se získanou dysartrií ve věku od 21 do 65 let pomocí *Dotazníku sebepojetí (DOS-36)*. Naším cílem tedy bylo zároveň zjistit, jakých výsledků dosahují osoby se získanou dysartrií ve věku 21–65 let v těchto subškálách *DOS-36*. Dalším dílčím cílem bylo porovnání výsledků vzhledem k typu dysartrie a z hlediska pohlaví.

V úvodu práce jsme formulovali několik výzkumných otázek, na které se pokusíme odpovědět.

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

Sběr dat u klientů se získanou dysartrií

V rámci sběru dat byla v první řadě definována cílová skupina. Do této skupiny spadaly osoby ve věku 21 až 65 let se získanou dysartrií. Věk byl takto stanoven z důvodu existence norem pro tuto věkovou kategorii. Exkluzivním

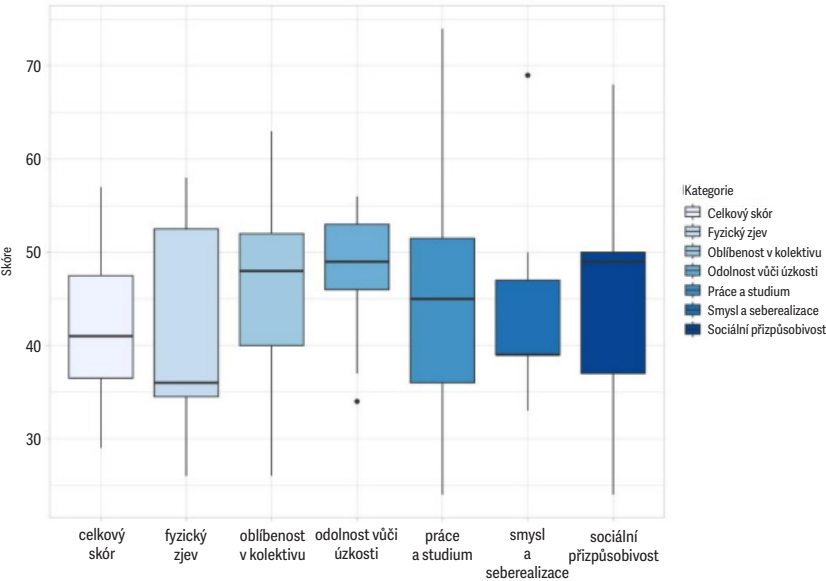
kritériem se kromě výše zmíněného věku stala také koexistence jiné narušené komunikační schopnosti, jako je například afázie nebo kognitivně komunikační porucha. V rámci sběru dat bylo osloveno celkem patnáct zařízení, ve kterých se nachází pracoviště klinické logopedie, a to z důvodu splnění podmínky diagnostikované získané dysartrie a určení přesného typu. Konkrétně se jednalo o tři lázeňská zařízení, tři rehabilitační ústavy a devět nemocnic. Dlouhodobá spolupráce byla navázána se třemi zařízeními. Konkrétně se jednalo o jeden rehabilitační ústav, jedno lázeňské zařízení a jednu nemocnici. Sběr dat pak probíhal od srpna 2023 do března 2024 a byl prováděn autorkou práce nebo klinickým logopedem, se kterým byla navázána spolupráce. Tito logopedi byli zároveň patřičně seznámeni se způsobem zadávání dotazníku. Ten byl ve všech případech distribuován v papírové formě. V závěru bylo nasbíráno celkem 36 dotazníků, z nichž tři musely být vyřazeny z důvodu nesplnění kritérií cílové skupiny. Mezi tato kritéria řadíme věk nad 65 let či souběžný výskyt jiné narušené komunikační schopnosti. Dalších šest dotazníků bylo z výzkumu vyřazeno z důvodu nesplnění kritérií týkajících se samostatného vyplňování dotazníku. Mezi tato kritéria řadíme například nezodpovězení všech položek dotazníku či udávání nejasných nebo nepřehledných odpovědí. Finální výzkumný soubor tvoří celkem 27 osob se získanou dysartrií ve věku od 24 do 65 let, ve kterém se nachází devět žen a osmnáct mužů. Z hlediska typu dysartrie se ve výzkumném souboru nacházejí tři osoby s flakcidní dysartrií, osm osob se spastickou dysartrií, osm osob s ataktickou dysartrií, pět osob s hypokinetickou dysartrií a tři osoby s dysartrií smíšenou. Výzkumný soubor bohužel neobsahuje ani jednoho respondenta s dysartrií hyperkinetickou ani s dysartrií po unilaterální lézi centrálního motoneuronu.

Všechny dotazníky získané v papírové podobě byly ručně vyhodnoceny autorkou této části. Nejprve byl získán dle vyhodnocovací šablony hrubý skór, který byl poté převeden na Tskór. Výsledky byly zaneseny do programu Microsoft Excel. Dále byla data analyzována pomocí programovacího jazyka R a programu Jamovi 2.3.28.

Hlavní kvantitativní metodou zpracování práce se stala deskriptivní statistika. Nyní se společně zaměříme na jednotlivé subškály *Dotazníku sebe-pojetí*. V rámci přehlednosti uvádíme tabulku s popisnou statistikou všech subškál a celkového skóru.

Tabulka 23 Deskriptivní statistika subškál a celkového skóru DOS-36 (n = 27)

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



Graf 7 Grafické znázornění výsledků jednotlivých subškál a celkového skóru

Celkový skór můžeme dle autorů *DOS-36* považovat za nejspolehlivější ukazatel. Průměrný T-skór odpovídá v této kategorii 41,89 bodu. Nacházíme se tedy ve spodní části průměru. Prostřední hodnotou je skór 41 bodů. Nejčastěji zastoupenou odpovědí respondentů je skór 39 bodů, který sám o sobě leží v pásmu podprůměru. Směrodatná odchylka je 6,88. V rámci bližšího zkoumání dat uvádíme také tabulku, která shrnuje počet respondentů, jejichž celkový skór se nachází v pásmu nadprůměru, průměru a podprůměru. Z této tabulky je jasné, že 44,44 % respondentů (n = 12) hodnotilo své celkové sebezpojetí jako podprůměrné.

Tabulka 24 Výsledky ve škále celkového skóru *DOS-36* (n = 27)

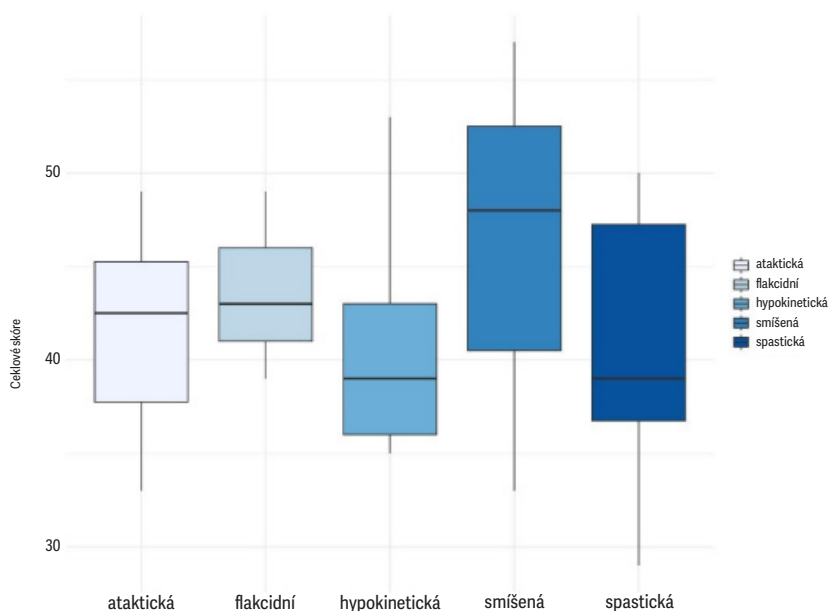
	Absolutní četnost	Relativní četnost
Celkové skóre		
nadprůměrné skóre (> 60 T)	0	0 %
průměrné skóre (40-60 T)	15	55,56 %
nízké skóre (<40 T)	12	44,44 %

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

Tabulka 25 Výsledky ve škále celkového skóru DOS-36 vzhledem k typu dysartrie (n = 27)

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

Grafické znázornění zároveň koreluje s předešlými zjištěními horších výsledků ve skupině respondentů se spastickou a hypokinetickou dysartrií. Na druhé straně ve skupině respondentů s dysartrií smíšenou jsou výsledky lepší.



Graf 8 Grafické znázornění výsledků škály celkového skóru v návaznosti na typ dysartrie

Rozhodli jsme se vyhodnotit také rozdíly mezi muži a ženami. Z výsledků žen se získanou dysartrií ve věku od 21 do 65 let vyplývá, že ve škále celkového skóru *DOS-36* dosahují v průměru 41,45 bodu. Nejhubře hodnocenou subškálou v průměru je fyzický zjev, naopak nejlépe je na tom subškála práce a studium. Všechny subškály a celkový skóre se v průměru nacházejí v pásmu průměrného skóru.

Muži oproti ženám dosahují v průměru lehce vyššího celkového skóru, který odpovídá hodnotě 42,12 bodu. Nejhubře hodnocenou subškálou je v průměru smysl a seberealizace, nejlépe je na tom odolnost vůči úzkosti. I v tomto případě se všechny subškály a celkový skóre nacházejí v pásmu průměrného skóru.

Pro srovnání výsledků uvádíme tabulku obsahující relativní a absolutní četnost respondentů, kteří v rámci kategorie celkového skóru dosáhli pásma nízkého skóru, které značí nižší míru celkového sebepojetí. Relativní četnost respondentů s celkovým skóre v pásmu podprůměru je v obou skupinách totožná.

Tabulka 26 Výsledky ve škále celkového skóru DOS-36 vzhledem k pohlaví (n = 27)

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

Diskuse

Pokud se podíváme na jednotlivé subškály *DOS-36*, zjistíme, že respondenti se získanou dysartrií ve věku 21–65 let dosahovali v průměru ve všech subškálách a v celkovém skóru výsledků, které stále ještě spadají do pásma normy. Nejhorších výsledků přitom v průměru dosahovali respondenti v subškále fyzický zjev. Nízké skóre v tomto případě získalo 51,85 % respondentů. Jelikož získaná dysartrie bývá velmi často doprovázena také tělesným postižením, může být tato subškála negativně hodnocena zejména z tohoto důvodu. Toto zjištění zároveň koreluje s výsledky výzkumu Fernándeze et al. (2007), kteří zjistili, že u osob s viditelným tělesným postižením bývá škála fyzický zjev hodnocena nejhůře. Fyzický zjev byl nejhůře hodnocenou škálou rovněž ve výzkumu, který provedli Shields et al. (2006) u osob s mozkovou obrnou. U osob s parézou lícního nervu byly jasně znatelné také odchylky v položce „mám docela hezký obličej“. V této subškále se zároveň žádný z respondentů nenacházel v pásmu nadprůměru.

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

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

Třetí nejhůře hodnocenou subškálou byla práce a studium. Nízkého skóru dosáhlo v této subškále celkem 33 % respondentů. Z důvodu získané dysartrie se jedinci mohou velmi snadno dostávat do situací, kdy jim není vzhledem k narušené komunikační schopnosti umožněno vykonávat práci, kterou by si přáli. Deficity v této oblasti jsou zřejmé. U jednoho respondenta bylo ovšem dosaženo nadprůměrného skóru, který odpovídal dokonce maximálnímu bodovému zisku. Pro vhodnou interpretaci dat bylo vzhledem k dostupným anamnestickým údajům zjištěno, že tento respondent získal právě díky svému životnímu osudu možnost vykonávat práci, po které celý život toužil.

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

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

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

Pokud mezi sebou porovnáváme jednotlivé typy dysartrie, zjistíme, že nejhorších výsledků dosahovali v průměrném celkovém skóru respondenti se spastickou dysartrií. Nogueiraa et al. (2019) přitom došli ve svém výzkumu ke stejným výsledkům, jen s tím rozdílem, že v našem výzkumu byl medián u skupiny respondentů se spastickou a hypokinetickou dysartrií stejný. V průměru nejlepších výsledků dosahovali v našem výzkumu respondenti s dysartrií smíšenou. Docházíme tak k odlišným výsledkům než Atkinson-Clement et al. (2019), z jejichž výzkumu vyplývá, že právě osoby se smíšenou dysartrií hodnotí své sebepojetí nejhůře.

Pokud se podíváme na průměrné výsledky jednotlivých skupin respondentů v jednotlivých subškálách, zjistíme, že nejlépe hodnocenou subškálou byla u respondentů s dysartrií spastickou, hypokinetickou a ataktickou odolnost vůči úzkosti. U respondentů s flakcidní dysartrií to byla oblíbenost v kolektivu, zatímco u respondentů se smíšenou dysartrií to byla sociální přizpůsobivost. Z výsledků tedy vyplývá, že pacienti s flakcidní a smíšenou dysartrií nemají obtíže zejména v těch oblastech, které se týkají sociálních vztahů. Naopak respondenti s hypokinetickou dysartrií hodnotili subškálu sociální přizpůsobivost jako druhou nejvíce zasaženou. V tomto případě je potřeba zmínit, že průměrný skóre se nacházel dokonce v pásmu nízkého skóru. V podprůměru se u těchto respondentů nacházela také subškála práce a studium. Tyto osoby tedy mohou mít větší problémy se sociálním začleňováním či pracovním uplatněním.

Oblíbenost v kolektivu byla společně se subškálou fyzický zjev nejvíce narušena u respondentů se spastickou dysartrií. V této skupině osob mohou být patrné také problémy v sociální rovině. Fyzický zjev byl hodnocen nejhůře rovněž respondenty s flakcidní dysartrií, kde průměrný skóre skupiny spadl do pásma podprůměru, které nás upozorňuje na výrazné obtíže ve vnímání vlastní body image. U respondentů s ataktickou a smíšenou dysartrií byla v průměru nejhůře hodnocena subškála smysl a seberealizace, přičemž u respondentů se smíšenou dysartrií se výsledky této subškály nacházely v pásmu nízkého průměru. Tyto osoby tedy mohou mít v konečném důsledku potíže s nalezením smyslu svého života.

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

V rámci naší práce jsme se zaměřili rovněž na porovnání výsledků ve vztahu k pohlaví. Ačkoli nám průměrné skóre v celkovém sebezpojetí vycházely lépe u mužů, relativní četnost nízkého skóre byla u obou skupin stejná a odpovídala 44,44 %. Přikláníme se tedy k výsledkům výzkumu provedeného Harteliusem et al. (2008), kteří nezjistili u pacientů s dysartrií výrazné rozdíly v sebezpojetí v závislosti na pohlaví. U mužů byla v průměru nejhůře hodnocena subškála smysl a seberealizace, nejlépe subškála odolnost vůči úzkosti. U žen byla v průměru nejhůře hodnocena subškála fyzický zjev, nejlépe subškála práce a studium. Docházíme tak ke stejným výsledkům jako Dolejš et al. (2021). Ačkoli v našem výzkumném vzorku nebyly zjištěny velké rozdíly mezi muži a ženami v celkovém průměrném skóre, rozdíly mezi oběma pohlavími byly pozorovatelné v nejvíce narušených subškálách.

2.3.4 Výzkum sebezpojetí osob s nervosvalovým onemocněním

V rámci výzkumu sebezpojetí osob s nervosvalovým onemocněním jsme se rozhodli oslovit respondenty prostřednictvím Asociace muskulárních dystrofií v České republice (dále jen AMD). AMD je prominentní pacientskou organizací, která se věnuje podpoře jedinců s muskulární dystrofií a jinými nervosvalovými onemocněními, nabízí komplexní služby včetně

sociálního poradenství, organizace rekondičních pobytů a seminářů a klade důraz na zlepšení kvality života těchto pacientů.

Asociace muskulárních dystrofií v ČR (AMD) představuje v rámci České republiky klíčovou organizaci, která se věnuje podpoře osob trpících muskulární dystrofií a dalšími nervosvalovými onemocněními. Jako člen České rady humanitárních organizací, Národní rady osob se zdravotním postižením České republiky a Evropské aliance organizací pro nervosvalová onemocnění (EAMDA) hraje AMD významnou roli ve zvyšování povědomí o těchto onemocněních a v podpoře potřeb svých členů.

Organizace nabízí širokou škálu aktivit a služeb, včetně rehabilitačních kurzů, rekondičních ozdravných pobytů, seminářů a šachových turnajů. AMD také úzce spolupracuje se zdravotnickými institucemi a mezinárodními asociacemi, poskytuje sociálněprávní poradenství a vydává členský časopis ZPRAVODAJ AMD, který je důležitým zdrojem informací a platformou pro vzájemnou výměnu zkušeností mezi osobami s touto diagnózou.

V roce 2022 měla AMD 297 členů, což svědčí o rozsahu jejího působení a její důležitosti v komunitě.

Náš výzkumný projekt byl započat úvodním dopisem, ve kterém autorka, sama nositelka svalové dystrofie LGMD2A, zdůraznila své profesní zasvěcení v oblasti speciální pedagogiky a vědeckého výzkumu zaměřeného na osoby se zdravotním postižením. V tomto dopise byl vyzdvížen význam výzkumu sebepojetí osob se svalovými dystrofiemi pro lepší přípravu budoucích speciálních pedagogů a psychologů. Výzkum byl prezentován jako anonymní s cílem shromáždit autentické informace, které by mohly přispět k lepšímu porozumění a podpoře těchto jedinců.

Oslovení respondentů skrze AMD poskytlo jedinečnou možnost získat relevantní a autentické údaje přímo od osob, které se s těmito obtížemi setkávají. Tato metodologie výběru respondentů umožnila hlubší porozumění reálným životním zkušenostem a výzvám, s nimiž se osoby se svalovými dystrofiemi potýkají. Spolupráce s AMD jakožto renomovanou institucí, která sdružuje osoby s nervosvalovými onemocněními, jejich rodiny, přátele a podporovatele, byla tudíž považována pro úspěch tohoto výzkumu za klíčovou.

Dotazník byl rozeslán všem 297 členům organizace AMD. Z tohoto počtu se k zapojení do výzkumu rozhodlo 29 respondentů s nervosvalovými onemocněními. Tuto cílovou skupinu představuje následující tabulka.

Tabulka 27 Soubor osob s nervosvalovým onemocněním

Nejmladší respondent	22 let
Nejstarší respondent	65 let
Počet žen	19
Počet mužů	10
Celkový počet respondentů	29

Další tabulka znázorňuje konkrétní typy nervosvalových onemocnění.

Tabulka 28 Soubor dle jednotlivých typů nervosvalových onemocnění.

Beckerova svalová dystrofie	1
Facioscapulohumerální svalová dystrofie (FSHD)	4
Kongenitální myotonická dystrofie	1
Kongenitální svalová dystrofie	2
Pletencová svalová dystrofie (LGMD)	9
Myopatie pelvifemorálního typu	1
Spinální muskulární atrofie (SMA)	5
Svalová dystrofie nespecifikovaná	5
Duchennova svalová dystrofie	1

V rámci hodnocení jednotlivých škál sebepojetí bylo zjištěno, že nejvíce, konkrétně osm, osob dosáhlo nadprůměrného skóru v oblasti sociální přizpůsobivosti. Následovala škála práce a studium, kde nadprůměrného výsledku dosáhlo sedm osob. V oblasti odolnosti vůči úzkosti bylo zaznamenáno pět osob s nadprůměrným skórem, zatímco v oblíbenosti v kolektivu to byli čtyři jedinci. Škála smyslu a seberealizace vykazovala nadprůměrné výsledky u dvou osob. Pouze jedna osoba dosáhla nadprůměrného skóru ve škále fyzického zjevu, což je tedy nejméně zastoupená škála s nadprůměrným skórem. Co se týče celkového skóru sebepojetí, nadprůměrného výsledku zde dosáhly tři osoby.

Tabulka 29 Nadprůměrné skóry v jednotlivých subškálách a v celkovém skóru – osoby se svalovou dystrofií

Kategorie	Počet osob	Procento z celku
Sociální přizpůsobivost	8	27,59 %
Práce a studium	7	24,14 %
Fyzický zjev	1	3,45 %
Odolnost vůči úzkosti	5	17,24 %
Oblíbenost v kolektivu	4	13,79 %
Smyl a seberealizace	2	6,90 %
Celkový skór	3	10,34 %

V rámci hodnocení jednotlivých škál sebepojetí bylo zjištěno, že z 29 osob dosáhlo nadprůměrného skóru osm osob, a to konkrétně ve škále sociální přizpůsobivosti. Dle autorů dotazníku se nadprůměrné skóry vyskytují u jedinců, kteří se vnímají jako dobře adaptovaní v sociální oblasti, jsou často konformní, dodržují společenská pravidla, ve vztazích s druhými lidmi se vnímají jako nekonfliktní. Při interpretaci je však nezbytné mít neustále na paměti, že se jedná o subjektivně vnímaný sebeobraz, který nemusí být v souladu s objektivně pozorovaným stavem.

Analýza nízkých skórů v jednotlivých škálách sebepojetí odhalila zajímavé výsledky. Nejvíce respondentů, konkrétně patnáct, dosáhlo nízkého skóru ve škále fyzického zjevu. To naznačuje, že značná část účastníků studie má negativní vnímání svého vzhledu. Druhou nejvíce zasaženou oblastí byl smysl a seberealizace, kde nízký skór zaznamenalo deset osob. V oblastech práce a studia a oblíbenosti v kolektivu dosáhlo nízkého skóru shodně po pěti respondentech. Odolnost vůči úzkosti byla problematická pro čtyři osoby,

zatímco sociální přizpůsobivost vykazovala pouze dva výskyty nízkého skóru, tedy tato poslední škála byla pro respondenty nejméně problematická.

Tabulka 30 Nízké skóry v jednotlivých subškálách a v celkovém skóru – osoby se svalovou dystrofií

Kategorie	Počet osob	Procento z celku
Sociální přizpůsobivost	2	6,90 %
Práce a studium	5	17,24 %
Fyzický zjev	15	51,72 %
Odolnost vůči úzkosti	4	13,79 %
Oblíbenost v kolektivu	5	17,24 %
Smyl a seberealizace	10	34,48 %
Celkový skór	6	20,69 %

Dle autorů dotazníku znamená nízký skór v subškále fyzický zjev všeobecně nízký pocit atraktivity, jenž může být případně vázán na konkrétní fyzickou vlastnost, která je jedincem hodnocena negativně. Fyzický zjev a hodnocení tzv. body image jsou integrální součástí sebepojetí a při jejich negativním hodnocení bývají výrazněji ovlivněny i další komponenty sebepojetí. Co se týče celkového skóru sebepojetí, nízké hodnoty byly zaznamenány u šesti osob. „Jedinci s nízkým celkovým skórem vykazují vážné pochybnosti o vlastní hodnotě. Negativní hodnocení obvykle zasahuje do více oblastí a promítá se do sociálního fungování jedince, přítomny jsou prvky staženosti, nepohody s vlastním statutem, negativismus, pesimistické pojetí sama sebe, pasivita až inaktivita v sociálních vztazích (jedinci jich udržují menší počet). Dále tito jedinci trpí intenzivními pocity, že vztahy, které mají, jsou špatné, za což si dávají vinu. Pocity špatných vztahů je často součástí rodinného života. V extrémních případech se nízké sebepojetí projeví až pocity nepopulárnosti, odmítání ze strany okolí, sociální izolací. Jedinci s nízkým sebepojetím mají obavy z přijetí sociálním okolím, sami trpí obavami ze svých skutečných, ale mnohem častěji pouze domnělých nedostatků.“ (Dolejš et al., 2021, s. 53).

Analýza dat z průzkumu odhalila zajímavé poznatky o sebehodnocení respondentů s nervosvalovým onemocněním v různých oblastech života. Nejvýraznějším zjištěním je vysoký průměrný skór v oblasti sociální přizpůsobivosti (55,76 bodu), což naznačuje, že účastníci studie se obecně vnímají jako dobře adaptovaní v sociálních situacích. Toto zjištění je však doprovázeno značnou variabilitou mezi jednotlivci, jak ukazuje vysoké variační rozpětí.

V kontrastu s tím vykazovala oblast fyzického zjevu nejnížší průměrný skór ze všech zkoumaných škál (39,17 bodu), což může poukazovat na nižší spokojenost respondentů s vlastním vzhledem. Zajímavé je, že tato oblast měla nejmenší směrodatnou odchylku, což naznačuje její relativně konzistentní vnímání napříč celou skupinou.

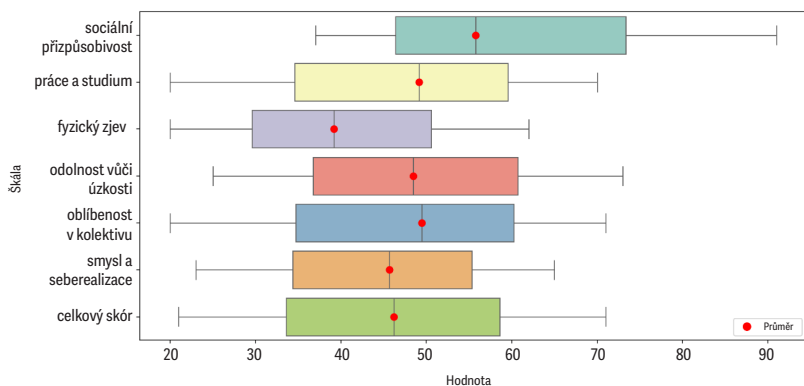
Oblasti práce a studia, odolnosti vůči úzkosti a oblíbenosti v kolektivu se pohybovaly kolem středních hodnot škály, s průměrnými skóry blízkými 49 bodům. Zejména v oblasti práce a studia byla zaznamenána vysoká variabilita, což může odrážet různorodost zkušeností nebo životních situací respondentů.

Smysl a seberealizace s průměrným skórem 45,69 bodu naznačují mírně podprůměrné hodnocení, což může být důležitým signálem pro další zkoumání faktorů ovlivňujících osobní naplnění respondentů.

Celkový skór 46,21 bodu ukazuje na to, že respondenti hodnotí svou celkovou situaci jako mírně podprůměrnou. Tento výsledek může být ovlivněn nižším hodnocením v některých specifických oblastech, zejména ve fyzickém zjevu.

Tabulka 31 Deskriptivní statistika subškál a celkového skóru DOS-36 u osob s nervosvalovým onemocněním

Škála	N	Průměr	Medián	Modus	Směr. odchylka	Rozptyl	Minimum	Maximum	Var. rozpětí
Sociální přizpůsobivost	29	55,76	50	50	12,76	162,83	37	91	54
Práce a studium	29	49,14	49	49	14,15	200,22	20	70	50
Fyzický zjev	29	39,17	36	33	9,76	95,26	20	62	42
Odolnost vůči úzkosti	29	48,45	49	40	11,79	139,00	25	73	48
Oblíbenost v kolektivu	29	49,45	52	52	12,54	157,25	20	71	51
Smysl a seberealizace	29	45,69	47	50	11,23	126,11	23	65	42
Celkový skór	29	46,21	47	43	11,76	138,30	21	71	50



Graf 9 Osoby se svalovou dystrofií – krabicový graf

Krabicový graf nabízí komplexní pohled na rozložení, variabilitu a centrální tendence jednotlivých subškál a celkového skóru DOS-36 u osob s nervosvalovým onemocněním. Analýza dat odhaluje zajímavé vzorce v různých aspektech sebepojetí těchto jedinců.

Při pohledu na variabilitu mezi jednotlivými subškálami je patrný nejvýraznější rozdíl u škály „sociální přizpůsobivost“, kde se objevuje nejširší rozpětí odpovědí mezi účastníky. Naproti tomu škála „fyzický zjev“ vykazuje nejmenší variabilitu, což naznačuje, že účastníci hodnotili tento aspekt velmi podobně.

Z hlediska centrálních tendencí je pozoruhodné, že mediánové hodnoty se u většiny subškál pohybují blízko průměru, což svědčí o symetrickém rozložení dat. Zvláště zajímavé je, že nejvyšší medián byl zaznamenán u škály „oblibenost v kolektivu“, což může naznačovat obecně pozitivní vnímání sociálních vztahů účastníky studie.

Co se týče celkového rozpětí hodnot, největší rozdíly mezi minimálními a maximálními hodnotami se opět objevují u „sociální přizpůsobivosti“, zatímco „fyzický zjev“ vykazuje nejmenší rozpětí. Toto zjištění může odrážet značné individuální rozdíly v tom, jak účastníci vnímají své sociální dovednosti a vlastní přizpůsobivost, oproti konzistentnějšímu vnímání fyzického vzhledu.

Důležitým poznatkem je také absence výrazných odlehlých hodnot v datech, což naznačuje relativní homogenitu zkoumaného vzorku. Tyto výsledky poskytují cenné informace pro vytváření cílených intervencí, zejména v těch oblastech, v nichž byla v odpovědích účastníků zjištěna větší variabilita.

Diskuse ke skupině osob s nervosvalovým onemocněním

Výsledky našeho výzkumu sebepojetí osob s nervosvalovými onemocněními přinesly několik zajímavých zjištění, která stojí za podrobnější rozbor. Je důležité poznamenat, že ačkoli jsme původně oslovili pouze osoby se svalovými dystrofiemi, navrátily se nám dotazníky i od skupiny osob se spinální svalovou atrofií. Rozhodli jsme se tyto respondenty zahrnout do našeho vzorku, což nám umožnilo získat komplexnější náhled na sebepojetí osob s nervosvalovými onemocněními obecně.

Nejvyšší průměrný skóre (55,76 bodu) byl zaznamenán v oblasti sociální přizpůsobivosti, což naznačuje, že respondenti se obecně vnímají jako dobře adaptovaní v sociálních situacích. Tento výsledek je pozitivní a může odrážet schopnost osob s nervosvalovými onemocněními úspěšně se začlenit do společnosti navzdory svému zdravotnímu stavu. Zároveň je však třeba brát v úvahu vysokou variabilitu v této oblasti, což naznačuje, že zkušenosti jednotlivců se mohou výrazně lišit.

Na druhé straně spektra se nachází oblast fyzického zjevu, kde byl zaznamenán nejnižší průměrný skóre (39,17 bodu). Tento výsledek není překvapivý vzhledem k povaze nervosvalových onemocnění, která často ovlivňují fyzický vzhled a mobilitu. Nízké hodnocení v této oblasti může mít významný dopad na celkové sebepojetí jedince a může být zdrojem psychické zátěže.

Oblast práce a studia vykazovala průměrný skóre 49,14 bodu, což je blízko středu škály. Vysoká variabilita v této oblasti naznačuje, že zkušenosti respondentů se značně liší. To může odrážet různou míru podpory a přizpůsobení v pracovním a vzdělávacím prostředí.

Mírně podprůměrné hodnocení v oblasti smyslu a seberealizace (průměr 45,69 bodu) představuje znepokojivé zjištění. Může to naznačovat, že respondenti pocítují určité omezení ve svých možnostech seberealizace a naplnění životních cílů.

Celkový skóre sebepojetí (průměr 46,21 bodu) naznačuje mírně podprůměrné hodnocení. Tento výsledek může být ovlivněn zejména nízkým hodnocením v oblasti fyzického zjevu.

Tyto výsledky zdůrazňují potřebu holistického přístupu k podpoře osob s nervosvalovými onemocněními. Kromě lékařské péče je důležité se zaměřit na psychosociální aspekty, zejména na podporu pozitivního vnímání těla a sebepřijetí, rozvoj strategií pro úspěšné sociální začlenění, vytváření příležitostí pro smysluplnou práci, vzdělávání, podporu seberealizace a hledání životního smyslu.

Je třeba poznamenat, že studie má několik omezení. Vzorek 29 respondentů je relativně malý a nemusí plně reprezentovat celou populaci osob

s nervosvalovými onemocněními. Navíc vzhledem k tomu, že respondenti byli rekrutováni prostřednictvím AMD, mohou být ve vzorku nadreprezentováni jedinci, kteří jsou aktivnější a více zapojení do komunitních aktivit.

Závěrem lze říci, že tento výzkum poskytuje cenný vhled do sebepojetí osob s nervosvalovými onemocněními. Rozšíření vzorku o osoby se spinální svalovou atrofií nám umožnilo získat na tuto problematiku komplexnější pohled. Výsledky zdůrazňují potřebu individualizovaného přístupu k podpoře těchto osob, který bude brát v úvahu jak jejich silné stránky, tak oblasti, ve kterých mohou potřebovat dodatečnou podporu. Další výzkum v této oblasti by mohl pomoci lépe porozumět faktorům, které přispívají k pozitivnímu sebepojetí u osob s nervosvalovými onemocněními, a vést k vývoji efektivnějších intervencí a podpůrných programů.

Diskuze

Předložený výzkum se zaměřil na komplexní analýzu sebezpojetí u několika specifických skupin osob – jedinců se specifickými poruchami učení, osob s afázií, dysartrií a nervosvalovým onemocněním. Výsledky lze interpretovat jak v kontextu současných teoretických východisek, tak ve světle psychometrických vlastností použité metody *DOS-36*.

Jak uvádí Blatný (2003), na sebezpojetí je třeba nahlížet jako na hypotetický konstrukt vysvětlující prožívání a chování. Tento pohled podporují i naše zjištění o variabilitě sebezpojetí napříč různými diagnostickými skupinami. V souladu s Vágnerovou (2000) se potvrdilo, že sebezpojetí má zásadní vliv na chování jedince a jeho očekávání do budoucna.

V případech specifických poruch učení se ukázal významný rozdíl mezi věkovými skupinami. Zatímco adolescenti (15–20 let) vykazovali převážně průměrné hodnoty sebezpojetí, u dospělých (21–65 let) bylo zaznamenáno výrazně snížené sebezpojetí. Podle manuálu *DOS* může tento rozdíl souviset s tím, že „subškála práce a studium je výrazně věkově vázána a odráží ve větší míře zkušenosti pracovního života“ (Dolejš et al., 2021, s. 54). Tento trend pravděpodobně souvisí také s kumulativním efektem dlouhodobého působení specifických poruch učení na psychiku jedince a náročnějšími požadavky dospělého života na kognitivní funkce. Mladší věková skupina vykazovala lepší výsledky zejména v oblasti odolnosti vůči úzkosti, což může naznačovat, že současný vzdělávací systém poskytuje lepší podporu pro žáky se specifickými poruchami učení.

U osob s afázií se nejvýraznějšími problematickými oblastmi ukázaly být fyzický zjev a smysl života. Podle autorů metody *DOS* je nízký skóre v subškále smyslu a seberealizace „charakteristický pro jedince s určitým stupněm odcizení ve světě lidí a věcí“ (Dolejš et al., 2021, s. 56), což odpovídá situaci osob s narušenou komunikační schopností. Zajímavým zjištěním bylo, že ženy dosahovaly mírně lepších výsledků než muži, což může souviset s obecně lepšími komunikačními strategiemi a lepší sociální adaptabilitou žen. Významná variabilita mezi jednotlivci naznačuje důležitou roli individuálních faktorů v procesu vyrovnávání se s diagnózou.

V případech dysartrie se nejproblematičtějšími ukázaly být spastická a hypokinetická forma, kde respondenti vykazovali nejnižší hodnoty sebezpojetí. Tento výsledek může být spojen s viditelností symptomů a jejich dopadem na každodenní komunikaci. Zajímavé je, že navzdory komunikačním obtížím byla odolnost vůči úzkosti hodnocena relativně dobře. Podle manuálu

DOS to může znamenat „reflexi mírné, přirozené, nepatologické náladovosti“ (Dolejš et al., 2021, s. 55), což naznačuje rozvoj účinných copingových strategií.

U osob s nervosvalovým onemocněním se nejvýraznějším problémem ukázalo být snížené sebepojetí v oblasti fyzického zjevu. Jak uvádějí autoři DOS, „fyzický zjev a hodnocení tzv. body image jsou integrální součástí sebepojetí a při jejich negativním hodnocení bývají výrazněji ovlivněny i další komponenty sebepojetí“ (Dolejš et al., 2021, s. 55). Na druhou stranu tato skupina vykazovala dobré výsledky v oblasti sociální přizpůsobivosti, což může být důsledkem dlouhodobého procesu adaptace na život s tímto onemocněním.

Napříč všemi zkoumanými skupinami se objevily některé společné trendy. Především se ukázalo, že fyzický vzhled představuje problematickou oblast zejména u diagnóz s viditelnými projevy. Tento poznatek zdůrazňuje potřebu věnovat zvýšenou pozornost psychologické podpoře v této oblasti. Dále se prokázalo, že sociální přizpůsobivost byla většinou hodnocena lépe, než by se dalo očekávat, což podle manuálu DOS odpovídá průměrnému skóru a značí „kvalitní adaptaci v sociálním prostředí“ (Dolejš et al., 2021, s. 54).

Limity studie zahrnují různou velikost výzkumných souborů a možnou selektivitu při výběru respondentů. Určité omezení také představuje subjektivní povaha sebehodnotících dotazníků, stejně jako absence longitudinálního sledování vývoje sebepojetí.

Pro praxi z našeho výzkumu vyplývá několik důležitých doporučení. Je zřejmé, že je třeba věnovat zvýšenou pozornost podpoře pozitivního vnímání těla a rozvoji strategií pro zvládání úzkosti. Zároveň se ukazuje jako klíčové podporovat smysluplné sociální začlenění a individualizovat přístup podle konkrétních potřeb každého jedince.

Pro budoucí výzkum se otevírá několik zajímavých směrů. Bylo by přínosné realizovat longitudinální studii vývoje sebepojetí, provést hlubší analýzu protektivních faktorů a zkoumat efektivitu různých intervenčních přístupů. Kvalitativní studie individuálních zkušeností by mohly přinést hlubší porozumění mechanismům, které ovlivňují formování sebepojetí u osob s různými typy zdravotního postižení.

Závěr

Předložená monografie se zabývala komplexní problematikou sebepojetí u vybraných skupin osob se specifickými potřebami, konkrétně u jedinců se specifickými poruchami učení, získaným narušením fatických funkcí, získanou dysartrií a nervosvalovým onemocněním. Teoretická část práce poskytla ucelený pohled na koncept sebepojetí, jeho vývoj, strukturu a determinanty, přičemž zvláštní pozornost byla věnována dopadům sníženého sebepojetí na kvalitu života jedince.

Provedené rešeršní šetření odhalilo významnou mezeru ve výzkumu, zejména v oblasti využití standardizovaných nástrojů pro hodnocení sebepojetí u zkoumaných skupin. V mezinárodně publikované literatuře zatím neexistuje studie, která by systematicky zkoumala vztah mezi specifickými poruchami učení a sebepojetím pomocí standardizovaného dotazníku sebepojetí. Podobná situace byla zjištěna i u osob se získaným narušením fatických funkcí a získanou dysartrií.

U osob se specifickými poruchami učení se ukázal být klíčovým faktorem vliv školních neúspěchů a reakcí okolí na jejich obtíže. Výzkumy naznačují, že tito jedinci často vykazují sníženou úroveň sebepojetí, která může přetrvávat až do dospělosti. Zvláště významný je při formování jejich sebepojetí vliv rodinného prostředí a vzdělávacího systému.

V případě získaného narušení fatických funkcí hraje významnou roli náhlá ztráta komunikačních schopností a její dopad na sociální interakce. Výzkumy ukazují, že tito jedinci často čelí významným změnám v sebepojetí, přičemž míra narušení jejich komunikačních schopností ne vždy přímo koreluje s mírou narušení jejich sebepojetí.

U osob se získanou dysartrií se jako významný faktor projevují zejména změna v možnostech verbální komunikace a následné změny v sociálních vztazích. Výzkumy naznačují, že psychosociální dopad poruchy může být značný, přičemž míra dysartrie není vždy rozhodujícím faktorem pro míru narušení sebepojetí.

V případě osob s nervosvalovým onemocněním výzkum ukázal, že tito jedinci často čelí komplexním výzvám, které ovlivňují jejich sebepojetí. Mezi klíčové faktory patří progresivní charakter onemocnění, fyzická omezení, bolest a únava, stejně jako psychosociální aspekty života s chronickým

onemocněním. Výzkumy naznačují, že multidisciplinární přístup zahrnující rehabilitaci, psychologickou podporu a sociální intervence může přispět ke zlepšení sebepojetí a kvality života těchto osob.

Napříč všemi zkoumanými skupinami se objevily některé společné trendy. Především se ukázalo, že míra funkčního narušení ne vždy přímo koreluje s mírou narušení sebepojetí. Tento poznatek zdůrazňuje důležitost individuálního přístupu v diagnostice i terapii. Zároveň se prokázal významný vliv sociální podpory a přijetí okolím na zachování pozitivního sebepojetí.

Z provedené analýzy vyplývá několik důležitých implikací pro praxi. Je nezbytné začlenit hodnocení sebepojetí do standardní diagnostické baterie u všech zkoumaných skupin. Terapeutické intervence by měly být zaměřeny nejen na funkční aspekty poruchy, ale také na podporu pozitivního sebepojetí a psychosociální adaptaci jedince. Zvláštní pozornost by měla být věnována rodinným příslušníkům a pečovatelům, kteří hrají v podpoře pozitivního sebepojetí klíčovou roli.

Pro budoucí výzkum v oblasti sebepojetí osob se specifickými potřebami se jeví klíčových několik oblastí. Především je nezbytné vytvořit a standardizovat pro hodnocení sebepojetí u zkoumaných skupin specifické diagnostické nástroje, které by umožnily přesnější a spolehlivější měření této důležité psychologické charakteristiky. Současně je zapotřebí realizovat longitudinální studie, které by systematicky sledovaly vývoj sebepojetí v čase a umožnily tak lepší pochopení dynamiky změn v sebepojetí jednotlivých skupin osob se specifickými potřebami.

Další významnou oblastí je výzkum efektivity různých intervenčních přístupů zaměřených na podporu pozitivního sebepojetí. Tento výzkum by měl zahrnovat jak individuální, tak skupinové intervence a měl by se zaměřit na identifikaci nejúčinnějších strategií pro jednotlivé skupiny osob. S tím úzce souvisí potřeba hlubší analýzy vztahu mezi mírou funkčního narušení a sebepojetím, která by mohla přinést cenné poznatky pro individualizaci terapeutických přístupů.

V neposlední řadě je důležité věnovat pozornost zkoumání role rodinného systému a sociální podpory v utváření sebepojetí. Tato oblast výzkumu by měla zahrnovat analýzu různých forem sociální podpory, jejich účinnosti a možností jejich optimalizace pro různé skupiny osob se specifickými potřebami. Všechny tyto výzkumné směry by měly přispět k lepšímu porozumění problematice sebepojetí a k vývoji efektivnějších intervencí pro podporu pozitivního sebepojetí osob se specifickými potřebami.

Problematika sebepojetí osob se specifickými potřebami představuje komplexní fenomén, který vyžaduje multidisciplinární přístup v diagnostice i terapii. Tato monografie přispívá k lepšímu porozumění této problematice a poskytuje východiska pro další výzkum i praktické aplikace v oblasti speciální pedagogiky a souvisejících oborů. Zároveň zdůrazňuje potřebu individualizovaného přístupu a komplexní podpory, které by braly v úvahu nejen funkční aspekty postižení, ale i jeho psychosociální dopady.

Shrnutí

Publikace *Sebepojetí v kontextu speciální pedagogiky: logopedické a somatopedické perspektivy* se zaměřuje na problematiku sebepojetí u osob s omezením hybnosti a narušenou komunikační schopností. Kniha nabízí komplexní teoretický přehled základních pojmů a teorií týkajících se sebepojetí a vývoje identity, přičemž důkladně analyzuje faktory ovlivňující sebepojetí těchto jedinců.

Významnou součástí publikace je prezentace výsledků výzkumu zaměřeného na míru sebepojetí u vybraných skupin osob se specifickými potřebami. Výzkumná část přináší cenné poznatky o vztahu mezi sebepojetím a různými aspekty života jedinců s omezením hybnosti a narušenou komunikační schopností.

Cílem knihy je poskytnout studentům speciální pedagogiky ucelený teoretický přehled problematiky a nabídnout inspiraci pro další výzkum v oblasti speciální pedagogiky. Publikace tak představuje významný příspěvek k odbornému diskurzu o sebepojetí v kontextu speciálně pedagogické teorie a praxe.

Summary

The publication *Self-concept in the Context of Special Pedagogy: Logopedic and Somatopedic Perspectives* focuses on the issue of self-concept in persons with limited mobility and impaired communication skills. The book offers a comprehensive theoretical overview of basic concepts and theories related to self-concept and identity development while thoroughly analyzing the factors influencing the self-concept of these individuals.

An important part of the publication is the presentation of the research results focused on the level of self-concept among selected groups of people with specific needs. The research part provides valuable insights into the relationship between self-concept and various aspects of the life of individuals with limited mobility and impaired communication skills.

The book aims to provide special education students with a comprehensive theoretical overview of the issue and offer inspiration for further research in the field of special education. The publication thus represents an important contribution to the professional discourse on self-concept in the context of special pedagogical theory and practice.

Seznam použité literatury

- Aarsland, D., & Kurz, M. W. (2010). The Epidemiology of Dementia Associated with Parkinson's Disease. *Brain Pathology*, 20(3), 633–639.
- Aguirre, A.S., et al. (2023). Treatment of Facioscapulohumeral Muscular Dystrophy (FSHD): A Systematic Review. *Cureus*, 15(6), e39903.
- Al-Bdour, N. T., Al-Bustanji, M. A., & Al-Dhamit, Y. A. (2022). Self-Esteem Among Individuals with Speech Disorders in Light of Some Variables. *International Education Studies*, 15(3), 26–38.
- Ambler, Z. (2006). *Základy neurologie: učebnice pro lékařské fakulty*. Galén.
- Ambler, Z. (2011). *Základy neurologie: [učebnice pro lékařské fakulty]*. Galén.
- AMD-MDA. (2023). Kongenitální myotonická dystrofie. Asociace muskulárních dystrofií. <https://www.amd-mda.cz/nervosvalova-onemocneni/diagnozy-typy-nervosvalovych-onemocneni/kongenitalni-myotonicka-dystrofie/>
- AMD-MDA. (2023). Pletencová svalová dystrofie (LGMD). Asociace muskulárních dystrofií.
- AMD-MDA. (2023). Spinální svalová atrofie (SMA). Asociace muskulárních dystrofií.
- American Speech-Language-Hearing Association. (2016). Scope of practice in speech-language pathology. www.asha.org/policy
- Americká psychiatrická asociace. Překlad Raboch, J. et al. (2015) *DSM-5®: Diagnostický a statistický manuál duševních poruch*. Praha: Hogrefe – Testcentrum.
- Aragon-Gawinska, K., et al. (2023). Spinal Muscular Atrophy Treatment in Patients Identified by Newborn Screening-A Systematic Review. *Genes*, 14(7), 1377.
- Armstrong, A. C., Armstrong, D., & Spandagou, I. (2011). Inclusion: by choice or by chance? *International Journal of Inclusive Education*, 15(1), 29–39.
- Asociace muskulárních dystrofií v ČR. (2024). Typy nervosvalových onemocnění. <https://www.amd-mda.cz/nervosvalova-onemocneni/typy-nervosvalovych-onemocneni/>
- Atkinson-Clement, C., Letanneux, A., Baille, G., Cuartero, M. C., Véron-Delor, L., et al. (2019). Psychosocial Impact of Dysarthria: The Patient-Reported Outcome as Part of the Clinical Management. *Neurodegenerative Diseases*, 19(1), 12–21.
- Balcar, K. (1991). *Úvod do studia psychologie osobnosti*. MACH.
- Ball, M. J., & Perkins, M. R. (2009). *The Handbook of Clinical Linguistics*. Wiley and Sons.
- Bandura, A. (1986). *Social foundations of thought and action: A social cognitive theory*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.
- Bandura, A. (1997). *Self-efficacy: The exercise of control*. New York: W.H. Freeman.

- Bartoňová, M. (2004). Žáci se specifickou poruchou učení v poradenském systému. In Vítková, M. (ed.). *Otázky speciálněpedagogického poradenství. Základy, teorie, praxe*. Brno: PdF MU. Retrieved from <http://www.equalcr.cz/files/clanky/908/kniha2.pdf#page=175>
- Bartoňová, M. (2005). *Kapitoly ze speciální pedagogiky II Reedukace specifických poruch učení*. Brno: Masarykova Univerzita.
- Bartoňová, M. (2006). Specifické poruchy učení. In Pipeková, J. (ed.) *Kapitoly ze speciální pedagogiky*. Brno: Paido.
- Bartoňová, M. (2012). *Specifické poruchy učení: text k distančnímu vyučování*. Praha: Paido.
- Bartoňová, M. (2019). *Specifické poruchy učení a chování*. Distanční studijní text.
- Baumeister, R. F. (1999). *The self in social psychology*. Psychology Press.
- Baumeister, R.F., & Vohs, K.D. (2004). *Handbook of self-regulation: Research, theory, and applications*. New York: Guilford Press.
- Beadle, E. J., Ownsworth, T., Fleming, J., & Shum, D. (2016). Dopad traumatického poranění mozku na sebeidentitu: Systematický přehled důkazů o změnách sebepojetí. *The Journal of Head Trauma Rehabilitation*, 31(2), E12–E25. <https://doi.org/10.1097/HTR.0000000000000158>
- Beck, A.T. (2011). *Cognitive therapy: Basics and beyond*. New York: Guilford Press.
- Berg, K., et al. (2020). Establishing consensus on a definition of aphasia: an e-Delphi study of international aphasia researchers. *Aphasiology*, 36(4), 385–400.
- Bergsma, A., et al. (2015). Upper extremity function and activity in facioscapulohumeral dystrophy and limb-girdle muscular dystrophies: a systematic review. *Disability and Rehabilitation*, 37(12), 1–16.
- Berková, M., & Berka, Z. (2018). Pády: významná příčina morbidity a mortality seniorů. *Vnitřní lékařství*, 64(11), 1076–1083.
- Bethlemova myopatie. (n.d.). ASOCIACE MUSKULÁRNÍCH DYSTROFIKŮ V ČR, z. s. <https://www.amd-mda.cz/nervosvalova-onemocneni/diagnozy-typy-nervosvalovych-onemocneni/bethlemova-myopatie/>
- Blatný, M. (2003). Sebepečetí z pohledu sociálně-kognitivní psychologie. In M. Blatný & A. Plháková (Eds.). *Temperament, inteligence, sebepečetí: nové pohledy na tradiční témata psychologického výzkumu*, s. 87–149. Psychologický ústav Akademie věd ČR.
- Blatný, M. (2010). *Psychologie osobnosti: hlavní témata, současné přístupy*. Grada Publishing.
- Blatný, M., Dosedlová, J., Kebza, V., & Šolcová, I. (2010). *Psychologie osobnosti: Hlavní témata, současné přístupy*. Grada.
- Bogart, K. R. (2014). Role sebepečetí postižených v adaptaci na vrozené nebo získané postižení. *Rehabilitation Psychology*, 59(1), 107–115. <https://doi.org/10.1037/a0035800>

- Bogart, K. R. (2014). The Role of Disability Self-Concept in Adaptation to Congenital or Acquired Disability. *Rehabilitation Psychology*, 59(1), 107–115.
- Bong, M., & Skaalvik, E.M. (2003). Academic self-concept and self-efficacy: How different are they really? *Educational Psychology Review*, 15(1), 1–40.
- Brady, M. C. (2022). Precision rehabilitation for aphasia by patient age, sex, aphasia severity, and time since stroke? A prespecified, systematic review based, individual participant data, network, subgroup meta-analysis. *International Journal of Stroke*, 17(10), 1067–1077.
- Branson, E. K., Branson, V. M., McGrath, R., Rausa, V. C., Kilpatrick, N., et al. (2024). Psychological and Peer Difficulties of Children with Cleft Lip and/or Palate: A Systematic Review and Meta-Analysis. *The Cleft Palate Craniofacial Journal*, 61(2), 258–270.
- British Dyslexia Association (2016). *What are specific learning difficulties?* Retrieved from <http://www.bdadyslexia.org.uk/educator/what-are-specific-learning-difficulties>
- Broomfield J, et al. (2023). Developing a Natural History Model for Duchenne Muscular Dystrophy. *PharmacoEconomics* – open.
- Brumfitt, S. (2010). *Psychological Well-Being and Acquired Communication Impairments*. John Wiley & Sons Ltd publisher. ISBN 978047079302
- Brunswick, N., & Bargary, S. (2022). Self-concept, creativity and developmental dyslexia in university students: Effects of age of assessment. *Dyslexia*, 28(3), 293–308.
- Burk, K., & Hasbrouck, J. (2023). Connecting the science of reading to social justice: Introduction to the special section. *School Psychology*, 38(1), 4.
- Cakirpaloglu, P. (2012). *Úvod do studia psychologie osobnosti*. Grada.
- Cameron, D., et al. (2023). Diffusion-tensor magnetic resonance imaging captures increased skeletal muscle fibre diameters in Becker muscular dystrophy. *Journal of cachexia, sarcopenia and muscle*, 14(3), 1546–1557.
- Cardoso, R., Guimarães, I., Santos, H., & et al. (2018). Psychosocial impact of Parkinson's disease-associated dysarthria: Cross-cultural adaptation and validation of the Dysarthria Impact Profile into European Portuguese. *Geriatrics & Gerontology International*, 18(5), 767–774. <https://doi.org/10.1111/ggi.13255>
- Cash, T. F., & Pruzinsky, T. (Eds.). (2002). *Body image: A handbook of theory, research, and clinical practice*. Guilford Press.
- Collins, L. K., Ofa, S. A., Miskimin, C., & Mulcahey, M. (2023). Cognitive Deficits Following Concussion: A Systematic Review. *Journal of Orthopaedic Experience & Innovation*, 11.
- Comi, G. P., et al. (2023). Givinstat for Becker muscular dystrophy: A randomized, placebo-controlled, double-blind study. *Frontiers in Neurology*, 14, 1095121.
- Cooper, K., et al. (2024). Systematic Review of Presymptomatic Treatment for Spinal Muscular Atrophy. *International Journal of Neonatal Screening*.

- Cséfalvay, Z. (2007). Súčasný pohľad na diagnostiku a terapiu afázie. *Československá neurologie*, 70/103(2), 118–128.
- Cséfalvay, Z., & Lechta, V. (2013). *Diagnostika narušené komunikační schopnosti u dospělých*. Portál.
- Cséfalvay, Z., & Rusina, R. (2023). *Primární progresivní afázie: diagnóza a logopedická terapie*. Maxdorf.
- Cséfalvay, Z., & Traubner, P. (1996). *Afaziologia pre klinickú prax*. Osveta.
- Cséfalvay, Z., et al. (2007). *Terapie afázie: teorie a případové studie*. Portál.
- Cséfalvay, Z., Košťálová, M., & Klimešová, M. (2003). *Diagnostika a terapie afázie, alexie, agrafie*. AKL.
- Cséfalvay, Z., Mekyska, J., & Košťálová, M. (2013). Diagnostika dysartrie. In Z. Cséfalvay & V. Lechta. *Diagnostika narušené komunikační schopnosti u dospělých*, s. 117–143. Portál.
- Čecháčková, M. (2003). Získané organické poruchy řečové komunikace. In *Klinická logopedie*, s. 141–173. Portál.
- Čecháčková, M. (2007). Získané organické poruchy řečové komunikace: Afázie. In E. Škodová & I. Jedlička (Eds.). *Klinická logopedie* (2. vyd.). Portál.
- Čermáková, A. (2020). *Vliv úmrtí otce na sebepojetí dítěte [Diplomová práce]*. Univerzita Palackého v Olomouci.
- Čihák, R. (2013). *Anatomie 2*. Grada.
- Davis, H. A. (2001). The quality and impact of relationships between elementary school students and teachers. *Contemporary educational psychology*, 26(4), 431–453.
- Dolejš, M., Dostál, D., Obereignerů, R., Orel, M., & Kňážek, G. (2021). *Dotazník sebepojetí (DOS) – příručka pro praxi*. Univerzita Palackého v Olomouci.
- Dolejš, M., Skopal, O., Suchá, J., Cakirpaloglu, P., & Pipová, H. (2021). *Dotazník osobnostních rysů u adolescentů (DOS): Příručka pro praxi*. Univerzita Palackého v Olomouci.
- Dvořák, J. (2007). *Logopedický slovník*. Logopedické centrum.
- Dylevský, I. (2009). *Funkční anatomie*. Grada.
- Eggenberger, E. R., & Clark, D. (2014). Bulbar and pseudobulbar palsy. In A. B. Ettinger & D. M. Weisbrot (Eds.). *Neurologic Differential Diagnosis*, s. 82–83. Cambridge University Press.
- Ehler, E., Kopal, A., Mandysová, P., & Latta, J. (2011). Komplikace ischemické cévní mozkové příhody. *Neurologie pro praxi*, 12(2), 129–134.
- Fanfrdlová, Z. (2005). Role neuropsychologického vyšetření v rámci péče o pacienty s Parkinsonovou nemocí léčených metodou hluboké mozkové stimulace. *Neurologie pro praxi*, 5(4), 221–224.
- Fennell, M.J.V. (1997). Low self-esteem: A cognitive perspective. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 25(1), 1–25.

- Fernández, C., López-Justicia, D. M., & Polo, T. M. (2007). Viditelné a neviditelné postižení: Rozdíly v sebepojetí. *Estudios de Psicología*, 28(3), 359–368. <https://doi.org/10.1174/021093907782506498>
- Festinger, L. (1954). A theory of social comparison processes. *Human Relations*, 7(2).
- Fiala, P., & Valenta, J. (2020). *Přehled anatomie centrálního nervového systému*. Karolinum.
- Fialová, L. (2001). *Body image jako součást sebepojetí člověka*. Karolinum.
- Fine, C. (2009). *Mozek: průvodce po anatomii mozku a jeho funkcích*. Jota.
- Fischer, S., & Škoda, J. (2008). *Speciální pedagogika: edukace a rozvoj osob se somatickým, psychickým a sociálním znevýhodněním*. Triton.
- Florian, L. (2014). Special education in an era of inclusion: The end of special education or a new beginning? *Psychology of Education Review*, 38(2), 34–39.
- Fischer, S., Škoda, J., Svoboda, Z., & Zilcher, L. (2014). *Speciální pedagogika. Edukace a rozvoj osob se specifickými potřebami v oblasti somatické, psychické a sociální*. Praha: Triton.
- Flanderková, E. (2019). *Čeština v afázii: teorie a empirie*. Karolinum.
- Freed, D. B. (2020). *Motor Speech Disorders: Diagnosis and Treatment* (3rd ed.). Plural Publishing.
- Frej, D. (2015). *Zánět: skrytý zabiják*. Eminent.
- Galáž, Z., Mekyska, J., & Smékal, Z. (2016). Dysarthric speech quantification tool. <http://splab.cz/en/download/software/software-pro-kvantifikaci-dyzartricke-reci>
- Galáž, Z., Mekyska, J., Mžourek, Z., & Smékal, Z. (2015). Dysarthric speech visualization tool. <http://splab.cz/en/download/software/software-pro-vizualizaci-dyzartricke-reci>
- Gibby-Leversuch, R., Hartwell, B. K., & Wright, S. (2021). Dyslexia, literacy difficulties and the self-perceptions of children and young people: A systematic review. *Current Psychology*, 40(11), 5595–5612.
- Goffman, E. (1963). *Stigma: Notes on the Management of Spoiled Identity*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.
- Goldman, J. G., Vernaleo, B. A., Camicioli, R., Dahodwala, N., Dobkin, R. D., et al. (2018). Cognitive impairment in Parkinson's disease: a report from a multidisciplinary symposium on unmet needs and future directions to maintain cognitive health. *Npj Parkinson's Disease*, 4(19).
- Green, T. (1999). The relationship of self-conception to perceived stuttering severity in children and adults who stutter. *Journal of Fluency Disorders*, 24(4), 281–292.
- Grosjean, F., & Li, P. (2019). *Psycholingvistika bilingvismu*. Karolinum.
- Haddad CN, et al. (2023). Pharmacological Management of Dilated Cardiomyopathy in Duchenne Muscular Dystrophy: A Systematic Review. *Hellenic Journal of Cardiology*.

- Hakimi, M., et al. (2024). Electrophysiologic and cardiovascular manifestations of Duchenne and Becker muscular dystrophies. *Heart rhythm*.
- Hallowell, B. (2023). *Aphasia and other acquired neurogenic language disorders: A guide for clinical excellence*. Plural Publishing.
- Hartelius, L., Elmberg, M., Holm, R., Lövberg, A.-S., & Nikolidakis, S. (2008). Living with Dysarthria: Evaluation of a Self-Report Questionnaire. *Folia Phoniatrica et Logopaedica*, 60(1), 11–19. <https://doi.org/10.1159/00011799>
- Harter, S. (1999). *The construction of the self: A developmental perspective*. New York: Guilford Press.
- Harter, S. (2012). *The construction of the self: A developmental perspective*. Guilford Press.
- Harter, S. (2012). *The construction of the self: Developmental and sociocultural foundations*. Guilford Press.
- Hartl, P., & Hartlová, H. (2015). *Psychologický slovník*. Portál.
- Hastings, R. P., Allen, R., McDermott, K., & Still, D. (2002). Factors related to positive perceptions in mothers of children with intellectual disabilities. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*, 15(3), 269–275.
- Hattie, J. (2012). *Visible learning for teachers: Maximizing impact on learning*. London: Routledge.
- Hattie, J., & Timperley, H. (2007). The power of feedback. *Review of Educational Research*, 77(1), 81–112.
- Havlíček, J., & Šolcová, I. (2009). Sebepojetí a kvalita života u osob s tělesným postižením: vliv sociálního prostředí a zátěže. *Československá psychologie*, 53(5), 468–480.
- Hedánek, J., & Roubíčková, J. (1997). *Dysartrický profil – Test 3F*. DeskTop Publishing Filozofické fakulty, Univerzity Karlovy.
- Helm-Estabrooks, N., Albert, M., & Nicholas, M. (2013). *Manual of aphasia and aphasia therapy*. Pro-ed Publishers.
- Herzig, R. (2014). *Ischemické cévní mozkové příhody: průvodce ošetřujícího lékaře*. Maxdorf.
- Housarová, B. (2011). *Alternativní a augmentativní komunikace*. TU Liberec.
- Hrabal, V. (2008). *Sebepojetí: teorie a výzkum*. Praha: Grada.
- Hrbek, J. (1983). *Neurologie 4*. Státní pedagogické nakladatelství.
- Hrdinová, M. (2019). *Sebepojetí dětí staršího školního věku a adolescentů z dětského domova [Diplomová práce]*. Univerzita Palackého v Olomouci.
- Hrnčiarová, A. (2009). *Afázia jako riešiteľný problém*. AKL.
- Hrnčiarová, A. (2010). *Afázia: diagnostika, klasifikácia, terapia: neuropsychologická škola Alexandra Romanoviča Luriju*. Kalligram.

Huang, A., Sun, M., Zhang, X., Lin, Y., Lin, X., Wu, K., & Huang, Y. (2021). Self-concept in primary school student with dyslexia: The relationship to parental rearing styles. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(18), 9718.

Chaytow, H., et al. (2024). Timing of SMN replacement therapies in mouse models of spinal muscular atrophy: a systematic review and meta-analysis. *Brain Communications*.

Chen, B., et al. (2024). The Impact of Nusinersen and Risdiplam on Motor Function for Spinal Muscular Atrophy Type 2 and 3: A Meta-Analysis. JCPSP.

Irmmler, M., & Gebhard, B. (2014). Psychomotor intervention to enhance self- and body-concept in children with Duchenne muscular dystrophy. *Science & Sports*, 29(Supplement), S43–S44. <https://doi.org/10.1016/j.scispo.2014.08.086>

Irwin, V., De La Rosa, J., Wang, K., Hein, S., Zhang, J., Burr, R., ... & Parker, S. (2022). Report on the Condition of Education 2022. NCES 2022-144. *National Center for Education Statistics*.

Jackson, S., & Martin, P. Y. (1998). Surviving the care system: Education and resilience. *Journal of Adolescence*, 21(5), 569–583.

James, W. (1950). *The Principles of Psychology*. New York: Dover Publications. (Původní dílo publikováno 1890)

Janečka, M. (2022). *Gestikulace v komunikaci osob s diagnostikovanou afází*. Karolinum.

Janečková, M., & Čížková, K. (2023). *Poruchy vědomí po poranění mozku: jak můžete pomoci*. Cereberum.

Jerome, A. C., Fujiki, M., Brinton, B., & James, S. L. (2002). Self-esteem in children with specific language impairment. *Journal of Speech, Language, and Hearing Research*, 45(4), 700-714.

Joiner, T.E., & Coyne, J.C. (Eds.). (1999). *The interactional nature of depression: Advances in interpersonal approaches*. Washington, DC: American Psychological Association.

Jucovičová, D., & Žáčková, H. (2017). Školní hodnocení a žáci se specifickými poruchami učení a chování:(využitelné pro základní i střední školy). D+H.

Julayanont, P., McFarland, N. R., & Heilman, K. M. (2020). Mild cognitive impairment and dementia in motor manifest Huntington's disease: Classification and prevalence. *Journal of the Neurological Sciences*.

Kaňovský, P., & Bártková, A. (2023). *Speciální neurologie*. UP Olomouc.

Kavya, S., Viswanathan, P., Perumal, R. C., & Charan, S. M. P. (2022). Impact of communication difficulty on the quality of life in individuals with Parkinson's disease. *Annals of Movement Disorders*, 5(1), 49–54.

Kezba, V. (2001). *Sebepojetí a zdraví: souvislosti a proměny*. Psychologický ústav AV ČR.

- Kebza, V., & Šolcová, I. (2008). Sociální podpora a sebepojetí u osob s tělesným postižením. *Československá psychologie*, 52(1), 54–66.
- Kejklíčková, I. (2011). *Logopedie v ošetrovatelské praxi*. Grada.
- Kiml, J. (1969). *Afasie a reedukace řeči*.
- Kirbyová, A. (2000). Nešikovné dítě: dyspraxie a další poruchy motoriky. Portál.
- Klenková, J. (2006). *Logopedie*. Grada.
- Klenková, J. (2006). *Logopedie: narušení komunikační schopnosti, logopedická prevence, logopedická intervence v ČR, příklady z praxe*. Grada.
- Kolář, J. (2009). *Kardiologie pro sestry intenzivní péče*. Galén.
- Konečná, A. (2022). *Specifické poruchy učení u dospělých a dospívajících*. Olomouc. Bakalářská práce. Univerzita Palackého, Pedagogická fakulta, Ústav speciálněpedagogických studií. Vedoucí práce Mgr. Lucia Pastieriková, Ph.D.
- Konečná, V. (2010). *Sebepojetí a sebehodnocení rozumově nadaných dětí*. Masarykova univerzita.
- Korkalainen, J., McCabe, P., Smidt, A., & Morgan, C. (2023). Motor Speech Interventions for Children With Cerebral Palsy: A Systematic Review. *Journal of Speech, Language, and Hearing Research*, 66, 110–125.
- Koštálová, M., Bednařík, J., Mechl, M., & Vohánka, S. (2006). *Multimediální výukový atlas poruch řeči a příbuzných kognitivních funkcí*. Muni.
- Koukolík, F. (1997). *O vztahu lidského mozku a chování: strukturální a funkční podklady některých neuropsychiatrických chorob*. Karolinum.
- Koukolík, F. (2000). *Lidský mozek: funkční systémy: norma a poruchy*. Portál.
- Koukolík, F. (2004). *Já: o mozku, vědomí a sebeuvědomování*. Karolinum.
- Koukolík, F. (2012). *Lidský mozek: funkční systémy, norma a poruchy*. Galén.
- Král, M., et al. (2012). *Neurologie pro speciální pedagogy*. Univerzita Palackého v Olomouci.
- Kraus, J. (2004). *Dětská mozková obrna*. Grada.
- Kraus, J. (2011). Dětská mozková obrna. *Neurologie pro praxi*, 12(4), 222–224.
- Krejčová, L. (2013). *Identita a její proměny v české společnosti*. Sociologické nakladatelství (SLON).
- Křivohlavý, J. (2002). *Psychologie nemoci*. Grada.
- Křivohlavý, J. (2004). *Pozitivní psychologie: Radost, naděje, odpouštění, smířování, překonávání...* Portál.
- Křivohlavý, J. (2009). *Psychologie zdraví*. Portál.
- Kulišťák, P. (2011). *Neuropsychologie*. Portál.
- Kulišťák, P., Lehečková, H., Mimrová, M., & Nebudová, J. (1997). *Afázie*. Triton.

- Landfeldt E, et al. (2024). Predictors of Loss of Ambulation in Duchenne Muscular Dystrophy: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Journal of Neuromuscular Diseases*.
- Leary, M. R., & Tangney, J. P. (Eds.). (2012). *Handbook of self and identity*. Guilford Press.
- Leary, M.R., & Baumeister, R.F. (2000). The nature and function of self-esteem: Sociometer theory. In M.P. Zanna (Ed.), *Advances in experimental social psychology* (Vol. 32, pp. 1-62). San Diego, CA: Academic Press.
- Lechta, V. et al. (2003). *Diagnostika narušené komunikační schopnosti*. Portál.
- Leone, E., et al. (2023). Effectiveness of conservative non-pharmacological interventions in people with muscular dystrophies: a systematic review and meta-analysis. *Journal of Neurology, Neurosurgery, and Psychiatry*.
- Letanneux, A., Walshe, M., Viallet, F., & Pinto, S. (2013). The Dysarthria Impact Profile: A Preliminary French Experience with Parkinson's Disease. *Parkinson's Disease*, 1–6.
- Lightbown, P. (2021). *How languages are learned*. Oxford University Press.
- Lindeblad, E., Nilsson, S., Gustafson, S., & Svensson, I. (2019). Self-concepts and psychological health in children and adolescents with reading difficulties and the impact of assistive technology to compensate and facilitate reading ability. *Cogent Psychology*, 6(1), 1647601.
- Lindsay, S. (2016). Inclusive education and disability: A systematic review of the literature. *International Journal of Inclusive Education*, 20(10), 1019–1034.
- Love, R. J., & Webb, W. G. (2009). *Mozek a řeč: neurologie nejen pro logopedy*. Portál.
- Luďíková, L. (2013). *Kvalita života osob se speciálními potřebami*. Univerzita Palackého v Olomouci.
- Lurija, A. R. (1982). *Základní neuropsychologie*.
- Mace, R. L., Hardie, G. J., Place, J. P. (1997). *Universal Design: Barrier Free Environments for Everyone*. Los Angeles: Designers West.
- Macek, P. (2005). *Osobnostní psychologie*. Portál.
- Macek, P. (2008). Sebesystém, vztah k vlastnímu já. In J. Výrost & I. Slaměník (Eds.). *Sociální psychologie*, s. 89–107. Grada.
- Macek, P. (2019). Sebereflexe a vztah k sobě samému (self). In J. Výrost, I. Slaměník, & E. Sollárová (Eds.). *Sociální psychologie: teorie, metody, aplikace*, s. 74–87. Grada.
- Mancini, P., Zampieri, E., & Antonucci, G. (2019). Effects of speech-language therapy on self-esteem and quality of life in people with aphasia: A systematic review. *International journal of environmental research and public health*, 16(15), 2742.
- Marečková, J., & Kebza, V. (2011). Sebepojetí a kvalita života dospívajících s tělesným postižením. *Československá psychologie*, 55(3), 260–273.

- Mares, S., & Klicperova-Baker, M. (2005). Sebehodnocení a sebezpojení jako determinanty politických postojů a hodnotových orientací českých studentů. *Studia psychologica*, 47(1), 3–20.
- Mareš, J. (2007). *Psychologie osobnosti: hlavní témata a teorie*. Grada Publishing.
- Mareš, J., & Čáp, J. (2001). *Psychologie pro učitele*. Portál.
- Márová, I. (2016). *Faktory ovlivňující profesní orientaci žáků se speciálními vzdělávacími potřebami*. Brno. Disertační práce. Masarykova Univerzita, Pedagogická fakulta, Katedra speciální pedagogiky. Vedoucí práce doc. PhDr. Dagmar Opatřilová, Ph.D.
- Marsh, H. W., & Craven, R. G. (2006). Reciprocal effects of self-concept and performance from a multidimensional perspective: Beyond seductive pleasure and unidimensional perspectives. *Perspectives on Psychological Science*, 1(2), 133–163.
- Matějček, Z. (1995). *Dyslexie – specifické poruchy čtení*. Jinočany: Nakladatelství H&H.
- Matějček, Z., & Vágnerová, M. (2006). *Sociální aspekty dyslexie*. Karolinum.
- MDC Research Department & Muntoni, F. (2008). Kongenitální svalová dystrofie. Asociace muskulárních dystrofií. <https://www.amd-mda.cz/nervosvalova-onemocneni/diagnozy-typy-nervosvalovych-onemocneni/kongenitalni-svalova-dystrofie/>
- Mei, C., Reilly, S., Bickerton, M., Mensah, F., Turner, S., et al. (2020). Řeč u dětí s mozkovou obrnou. *Developmental Medicine & Child Neurology*, 1374–1382. <https://doi.org/10.1111/dmcn.14592>
- Mei, C., Reilly, S., Bickerton, M., Mensah, F., Turner, S., et al. (2020). Speech in children with cerebral palsy. *Developmental Medicine & Child Neurology*, 1374–1382.
- Michalová, Z. (2001). *Specifické poruchy učení na druhém stupni ZŠ a na školách středních: materiál určený učitelům a rodičům dětí s dyslexií, dysgrafií, dysortografií*. Tobiáš.
- Mokhtari, P., Mehraban, A. H., & Ghazvini, S. D. (2017). Relationship between self-concept and academic achievement in students with dyslexia: Mediating role of academic self-efficacy. *Iranian Journal of Psychiatry and Behavioral Sciences*, 11(3).
- Michalová, Z. (2004). *Specifické poruchy učení na druhém stupni ZŠ a na školách středních*. Havlíčkův Brod: Tobiáš.
- Michalová, Z. a Pešatová, I. (2011). *Specifické poruchy učení a chování v inkluzivním prostředí základní školy*. Liberec: Technická univerzita v Liberci.
- Miller, N., Noble, E., Jones, D., Allcock, L., & Burn, D. J. (2008). How do I sound to me? Perceived changes in communication in Parkinson's disease. *Clinical Rehabilitation*, 22(1), 14–22.
- MLčáková, R., & Vitásková, K. (2013). *Narušení artikulace a narušení vývoje mluvené řeči – vstup do problematiky*. Univerzita Palackého v Olomouci.

- Moats, L. C. (2020). *Teaching Reading Is Rocket Science*, 2020.
- MŠMT. (2004). Strategie celoživotního učení [online]. Dostupné z: http://www.msmt.cz/uploads/Zalezitosti_EU/strategie_celozivotniho_uceni.pdf
- Muller, O. a kol. (2001). *Dítě se speciálními vzdělávacími potřebami v běžné škole*. Olomouc: VUP.
- Murray, R., et al. (2023). The lived experience of facioscapulohumeral muscular dystrophy: A systematic review and synthesis of the qualitative literature. *Muscle & Nerve*.
- Mysliveček, J. et al. (2009). *Základy neurověd*. Triton.
- Mysliveček, J. et al. (2022). *Základy neurověd*. Triton.
- Nair, M., & Peate, I. (2015). *Pathophysiology for nurses at a glance*. Wiley Blackwell.
- Nakonečný, M. (2009). *Psychologie osobnosti*. Academia.
- Národní zdravotnický informační portál. (2024). Nervosvalové onemocnění. NZIP. <https://www.nzip.cz/rejstrikovy-pojem/2110>
- Němcová, M. (2019). *Skolióza a sebezpojetí [Diplomová práce]*. Univerzita Palackého v Olomouci.
- Neubauer, K. et al. (2018). *Kompendium klinické logopedie: diagnostika a terapie poruch komunikace*. Portál.
- Neubauer, K., & Dobias, S. (2014). *Neurogenně podmíněné poruchy řečové komunikace a dysfagie*. Gaudeamus.
- Neubauer, K., & Pospíšilová, L. (2017). *Neurovývojové a neurodegenerativní příčiny poruch komunikace*. Gaudeamus.
- Neubauer, K., & Skákalová, T. (2015). *Poruchy komunikace u dospělých a stárnoucích osob*. Gaudeamus.
- Neubauer, K., et al. (2007). *Neurogenní poruchy komunikace u dospělých: diagnostika a terapie*. Portál.
- Neubauerová, L., & Neubauer, K. (2020). *Neurogenně podmíněné poruchy komunikace u seniorů v sociálně-zdravotní péči*. Gaudeamus.
- Neumann, S., Quinting, J., Rosenkranz, A., Beer, C., Jonas, K., & Stenneken, P. (2019). Quality of life in adults with neurogenic speech-language-communication difficulties: A systematic review of existing measures. *Journal of Communication Disorders*, 79, 24–45. <https://doi.org/10.1016/j.jcomdis.2019.01.003>
- Nevyšmalová, S., Řůžička, E., & Tichý, J. (2002). *Neurologie*. Galén.
- Nogueira, D., Reis, E., Ferreira, P., & Schindler, A. (2019). Measuring Quality of Life in the Speaker with Dysarthria: Reliability and Validity of the European Portuguese Version of the QoL-DyS. *Folia Phoniatrica et Logopaedica*, 71(4), 176 –190. <https://doi.org/10.1159/000495564>
- Obereignerů, R. (2013). *Afázie a přidružené poruchy symbolických funkcí*. Univerzita Palackého v Olomouci.

- Obereignerů, R. (2017). *Sebepojetí dětí a adolescentů*. Univerzita Palackého v Olomouci.
- Obereignerů, R., Dolejš, M., Dostál, D., Orel, M., & Kňážek, G. (2021). *Dotazník sebepojetí (DOS) – příručka pro praxi*. Univerzita Palackého v Olomouci.
- O'Brien, K., et al. (2024). Nutrition outcomes of disease modifying therapies in spinal muscular atrophy: A systematic review. *Muscle & Nerve*.
- Oliveira, M.T.J.S., et al. (2023). MicroRNA as potential biomarker for severity, progression, and therapeutic monitoring in animal models of limb-girdle muscular dystrophy: a systematic review. *Frontiers in Cellular Neuroscience*, 17.
- Oliver, M. (1996). *Understanding Disability: From Theory to Practice*. London: Macmillan
- Orel, E., Klicperová-Baker, M., Košťál, J., & Vinopal, J. (2016). Sebepojetí a sebehodnocení českých dospívajících v kontextu rodinného prostředí a školního vzdělávání. *Studia paedagogica*, 21(2), 9–30.
- Orel, M. (2023). *Neurologie pro humanitní obory*. Grada.
- Orel, M., & Facová, V. (2009). *Člověk, jeho mozek a svět*. Grada.
- Orel, M., Orel, E., Širůček, J., & Vacek, J. (2016). Sebepojetí a školní prospěch žáků základních škol. *Československá psychologie*, 60(4), 331–343.
- Pallavi, J., Perumal, R. C., & Krupa, M. (2018). Quality of Communication Life in Individuals with Broca's Aphasia and Normal Individuals: A Comparative Study. *Annals of Indian Academy of Neurology*, 21(4), 285–289. https://doi.org/10.4103/aian.AIAN_489_17
- Papathanasiou, I., & Coppens, P. (2021). Aphasia and related neurogenic communication disorders. Jones and Bartlett Learning.
- Pascual-Morena C, et al. (2024). Efficacy and Safety of Vamorolone in Duchenne Muscular Dystrophy: A Systematic Review. *Paediatric Drugs*.
- Paulík, K. (2017). *Psychologie lidské odolnosti: 2., přepracované a doplněné vydání*. Grada.
- Petrů, D., & Kebza, V. (2012). Sociální podpora a zátěž jako prediktory sebepojetí a kvality života u dospělých osob s tělesným postižením. *Československá psychologie*, 56(5), 481–496.
- Peutelschmiedová, A. (2005). *Logopedické minimum*. Univerzita Palackého.
- Pfeiffer, J. (2007). *Neurologie v rehabilitaci: pro studium a praxi*. Grada.
- Piacentini, V., Zuin, A., Cattaneo, D., & Schindler, A. (2011). Reliability and Validity of an Instrument to Measure Quality of Life in the Dysarthric Speaker. *Folia Phoniatrica et Logopaedica*, 63(6), 289–295. <https://doi.org/10.1159/000322800>
- Pinto, S., Ozsancak, C., Tripoliti, E., Thobois, S., Limousin-Dowsey, P., & Auzou, P. (2004). Treatments for dysarthria in Parkinson's disease. *The Lancet Neurology*, 3(9), 547–556.

- Plháková, A. (2004). *Učebnice obecné psychologie*. Academia.
- Pokorná, V. (2001). *Teorie a náprava vývojových poruch učení a chování*. Portál.
- Pokorná, V. (2010). *Teorie a náprava vývojových poruch učení a chování*. Portál.
- Pokorná, V. (2010). *Vývojové poruchy učení v dětství a dospělosti*. Portál.
- Preiss, M., & Přikrylová Kučerová, H. (2006). *Neuropsychologie v neurologii*. Grada.
- Preiss, M., & Vacíř, K. (1999). *Beckova sebespozuzovací škála depresivity pro dospělé: BDI-II*. Psychodiagnostika.
- Pugnerová, M. (2019). *Psychologie: pro studenty pedagogických oborů*. Grada.
- Rawls, J. (1971). *A Theory of Justice*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Rektorová, I. (2007). *Kognitivní poruchy a demence*. Triton.
- Rektorová, I. (2009). Neurodegenerativní demence. *Česká a slovenská neurologie a neurochirurgie*, 72(2), 97–109.
- Ricci, G., et al. (2024). Characterization of Phenotypic Variability in Becker Muscular Dystrophy for Clinical Practice and Towards Trial Readiness: A Two-Years Follow up Study. *Journal of neuromuscular diseases*.
- Richman, J. M., Rosenfeld, L. B., & Bowen, G. L. (1998). Social support for adolescents at risk of school failure. *Social Work*, 43(4), 309–323.
- Rogers, C. R. (2014). *Způsob bytí: klíčová témata humanistické psychologie z pohledu jejího zakladatele*. Portál.
- Roháčová, H. (2001). *Neuroinfekce: minimum pro praxi*. Triton.
- Rosenberg, M. (1965). *Society and the adolescent self-image*. Princeton University Press.
- Royal College of Psychiatrists. (2016). *Specific learning disabilities: information for parents, carers and anyone who works with young people*. Retrieved from <http://www.rcpsych.ac.uk/healthadvice/parentsandyouthinfo/parentscarers/specificlearningdisability.aspx>
- Ruijs, N. M., Van der Veen, I., & Peetsma, T. T. (2010). Inclusive education and students without special educational needs. *Educational Research*, 52(4), 351–367.
- Rusina, R., & Cséfalvay, Z. (2023). Jak vyšetřovat afázi v klinické praxi. *Neurologie pro praxi*, 24(1), 73–78.
- Rusina, R., & Matěj, R. (2019). *Neurodegenerativní onemocnění*. Mladá fronta.
- Růžička, E. (2002). *Dyskinetické syndromy a onemocnění*. Galén.
- Růžička, E., et al. (2019). *Neurologie*. Triton.
- Sahu, A., Bhargava, R., Sagar, R., & Mehta, M. (2018). Perception of families of children with specific learning disorder: An exploratory study. *Indian Journal of Psychological Medicine*, 40(5), 406–413.
- Sapolsky, R. M. (2019). *Chování: biologie člověka v dobrém i ve zlém*. Dokořán.

- Scarpa, S., & Palumbo, C. (2017). Fyzické sebezpojetí u sportovců s vrozeným versus získaným postižením. *Italian Journal of Sports Pedagogy*, 1–15. <https://doi.org/10.5281/zenodo.1172965>
- Seidl, Z. (2015). *Neurologie pro studium i praxi*. Grada.
- Seidl, Z. (2023). *Neurologie pro studium i praxi* (3. vyd.). Grada.
- Shakespeare, T. (2006). *Disability Rights and Wrongs*. London: Routledge.
- Shields, N., Murdoch, A., Loy, Y., Dodd, K. J., & Taylor, N. F. (2006). Systematický přehled sebezpojetí dětí s mozkovou obrnou ve srovnání s dětmi bez postižení. *Developmental Medicine & Child Neurology*, 48(2), 151–157. <https://doi.org/10.1017/S0012162206000326>
- Shpigelman, C. N., & HaGani, N. (2019). Vliv typu a viditelnosti postižení na sebezpojetí a obraz těla: Důsledky pro psychiatrické ošetřovatelství. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 26(3-4), 77–86. <https://doi.org/10.1111/jpm.12513>
- Simpson, J. A. (2001). *A - Bazouki* (2. vyd.). Clarendon Press.
- Singer, G. H., Ethridge, B. L., & Aldana, S. I. (2007). Primary and secondary effects of parenting and stress management interventions for parents of children with developmental disabilities: A meta-analysis. *Mental Retardation and Developmental Disabilities Research Reviews*, 13(4), 357–369.
- Skálová, K. (2019). *Sebezpojetí dětí a adolescentů v pěstounské péči [Diplomová práce]*. Univerzita Palackého v Olomouci.
- Slezáková, Z. et al. (2022). *Teleošetřovatelství*. Grada.
- Slowík, J. (2007). *Speciální pedagogika*. Praha: Grada.
- Smolík, F., & Seidlová Málková, G. (2014). *Vývoj jazykových schopností v předškolním věku*. Grada.
- Solgi, Z., & Veisi, R. (2019). The effectiveness of Mindfulness Training on anxiety sensitivity, self-concept and academic self-efficacy in students with Dysgraphia. *Quarterly of Applied Psychology*, 12(4), 573–594.
- Specht S, et al. (2023). Fat embolism syndrome in Duchenne muscular dystrophy: Report on a novel case and systematic literature review. *European Journal of Paediatric Neurology*.
- Sun, L., et al. (2020). Limb-girdle muscular dystrophy due to GMPPB mutations: A case report and comprehensive literature review. *Bosnian Journal of Basic Medical Sciences*, 20(2), 275–280.
- Světová zdravotnická organizace (2022). 11. revize *Mezinárodní klasifikace nemocí (MKN-11)*. In: ÚSIZ ČR [online]. Praha: Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR, účinná od 1. ledna 2022 [cit.2023-09-16]. Dostupné z: <https://www.uzis.cz/index.php?pg=registry-sber-dat-klasifikace-mezinarodni-klasifikace-nemoci-mkn-11#0-klasifikaci>

- Světová zdravotnická organizace. (2016). 10. revize *Mezinárodní statistická klasifikační manuál nemocí a přidružených zdravotních problémů (MKN-10)*. [online] In: ÚSIZ ČR [online]. Praha: Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR, účinná od 1. ledna 1993, [cit. 2023-09-13] Dostupné z: <https://mkn10.uzis.cz/prohlizec/F81>
- Svoboda, M., Krejčířová, D., & Vágnerová, M. (2015). *Psychodiagnostika dětí a dospívajících*. Portál.
- Šaňák, D. (2013). *Rekanalizační terapie akutní ischemické cévní mozkové příhody*. Maxdorf.
- Šauerová, M., Špačková, K. a Nechlebová, E. (2012). *Speciální pedagogika v praxi: [komplexní péče o děti se SPUCH]*. Praha: Grada.
- Škodová, E., & Jedlička, I. (2003). *Klinická logopedie*. Portál.
- Škodová, E., & Jedlička, I. et al. (2007). *Klinická logopedie*. Portál.
- Šlapal, R. (2007). *Vývojová neurologie pro speciální pedagogy*. Paido.
- Šolcová, I., & Kebza, V. (2011). Vliv sociálního prostředí a zátěže na sebepojetí a kvalitu života u osob s tělesným postižením. *Československá psychologie*, 55(1), 70–83.
- Šolcová, I., & Štech, S. (2012). *Identita a sociální konstrukce reality*. Grada Publishing.
- Tajfel, H., & Turner, J. C. (1986). The social identity theory of intergroup behavior. In S. Worchel & W. G. Austin (Eds.), *Psychology of intergroup relations*, pp. 7–24. Nelson-Hall.
- Thorová, K. (2015). *Vývojová psychologie: proměny lidské psychiky od početí po smrt*. Portál.
- Tilkovská, K. (2022). Diagnóza Alzheimerova nemoc: a co dál? *Česká alzheimerovská společnost*.
- Tkačev, R. A., & Šmidt, J. V. (1965). *Otázky kliniky a patofysiologie afasií*. SzDN.
- Tomek et al. (2018). *Neurointenzivní péče*. Mladá fronta.
- Tuncel, T. et al. (2015). *Broca's aphasia due to cerebral venous sinus thrombosis following chemotherapy for small cell lung cancer: A case report and review of literature*.
- Vágnerová, M. (2000). *Vývojová psychologie: dětství, dospělost, stáří*. Portál.
- Vágnerová, M. (2008). *Vývojová psychologie: dětství, dospělost, stáří*. Portál.
- Vágnerová, M. (2010). *Psychologie osobnosti*. Karolinum.
- Vágnerová, M. (2012). *Vývojová psychologie: dětství a dospívání* (Vyd. 2., rozš. a přeprac.). Praha: Karolinum.
- Vágnerová, M. (2014). *Současná psychopatologie pro pomáhající profese*. Portál.
- Valenta, M. (2015). *Slovník speciální pedagogiky*. Portál.
- Vašutová, M. (2008). *Děti se specifickými vývojovými poruchami učení a chování a násilí ve školním prostředí*. Ostrava: Ostravská univerzita.

- Vašutová, M. ed. (2007). *Specifické vývojové poruchy učení a chování: SPUCH: sborník prací studentů Filozofické fakulty OU*. Ostrava: Ostravská univerzita.
- Veale, D. (2004). Advances in a cognitive behavioural model of body dysmorphic disorder. *Body Image*, 1(1), 113–125.
- Vitásková, K. (2006). *Specifické poruchy učení pro výchovné pracovníky*. Olomouc: UP.
- Vitásková, K., & Mlčáková, R. (2013). *Základní vstup do problematiky získaných fatických poruch a dysartrie*. UP Olomouc.
- Vitásková, K., & Peutelschmiedová, A. (2005). *Logopedie*. Univerzita Palackého.
- Volemanová, M. (2013). *Přetrvávající primární reflexy, opomíjený faktor poruch učení a chování*. Praha: Volemanová Marja Annemiek- Red tulip.
- von Aster, M. G. (2017). Dyskalkulie: wenn Kinder nicht rechnen lernen. *Monatsschrift Kinderheilkunde*, 165(6), 482–489.
- Vostrý, M., & Veteška, J. (2021). *Kognitivní rehabilitace seniorů: psychosociální a edukační souvislosti*. Grada.
- Výrost, J., & Slaměnik, I. (2008). Sebepojetí a jeho výzkum v psychologii. *Československá psychologie*, 52(5), 469–480.
- Výrost, J., & Slaměnik, I. (2008). Sebepojetí a psychické zdraví. *Československá psychologie*, 52(1), 34–46.
- Výrost, J., & Slaměnik, I. (Eds.). (2008). *Sociální psychologie*. Grada.
- Waberzienk, G., & Krajíčková, D. et al. (2006). *Základy speciální neurologie*. Karolinum.
- Walshe, M. (2003). The Impact of Acquired Neurological Dysarthria on the Speaker's Self-Concept. *Journal of Clinical Speech and Language Studies*, 12_13(1), 9–33. <https://doi.org/10.3233/ACS-2003-12-13104>
- Walshe, M. (2011). The Psychosocial Impact of Acquired Motor Speech Disorders. In A. Lowit (Ed.). *Assessment of Motor Speech Disorders*, pp. 97–122. San Diego: Plural Publishing.
- Walshe, M., & Miller, N. (2011). Living with acquired dysarthria: the speaker's perspective. *Disability and Rehabilitation*, 33(3), 195–203.
- Walshe, M., Peach, R. K., & Miller, N. (2009). Dysarthria Impact Profile: development of a scale to measure psychosocial effects. *International Journal of Language & Communication Disorders*, 44(5), 693–715.
- Wedlichová, I. (2008). *Sebepojetí dospívajících a způsob výchovy v rodině*. Univerzita J. E. Purkyně.
- Weismer, G. (2023). Oromotor Nonverbal Performance and Speech Motor Control: Theory and Review of Empirical Evidence. *Brain Sciences*, 13(5).
- WHO. (2001). International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) [online]. Dostupné z: <https://www.who.int/classifications/icf/en/>

Wilson, T. D., & Dunn, E. W. (2004). Self-knowledge: Its limits, value, and potential for improvement. *Annual Review of Psychology*, 55, 493–518.

Wilson, V.D., et al. (2024). Muscle strength, quantity and quality and muscle fat quantity and their association with oxidative stress in patients with facioscapulohumeral muscular dystrophy. *Free radical biology & medicine*.

World Health Organization. (2001). *International Classification of Functioning, Disability and Health*. Geneva: World Health Organization.

Yorkston, K. M., Beukelman, D. R., Strand, E. A., & Hakel, M. (2010). *Management of Motor Speech Disorders in Children and Adults*. Pro-Ed.

Yusof, M. S., & Ibrahim, H. M. (2023). Doping rozštěpu rtu a patra na kvalitu života malých dětí: Přehledová studie. *Medical Journal of Malaysia*, 78(2).

Zamišková, G., Ressler, P., Dlouhá, J., & Šigutová, D. (2010). Poruchy řeči u Parkinsonovy nemoci. *Neurologie pro praxi*, 11(2), 112–116.

Zebrowski, P. M., Conture, E. G., & Civer, O. (2020). The impact of stuttering on the development of the self-concept in children who stutter: A longitudinal study. *Journal of Fluency Disorders*, 65, 105756.

Zelinková, O. (2001). *Pedagogická diagnostika a individuální vzdělávací program*. Praha: Portál.

Zelinková, O. (2015). *Poruchy učení: dyslexie, dysgrafie, dysortografie, dyskalkulie, dyspraxie, ADHD*. Praha: Portál.

Zelinková, O., & Čedík, M. (2013). *Mám dyslexii: Průvodce pro dospívající a dospělé se specifickými poruchami učení*. PORTÁL sro.

Zhong, Z.J., et al. (2023). Adverse events in the treatment of spinal muscular atrophy in children and adolescents with nusinersen: A systematic review and meta-analysis. *Frontiers in Pediatrics*.

Zimmerman, B.J. (2000). Self-efficacy: An essential motive to learn. *Contemporary Educational Psychology*, 25(1), 82–91.

Zvěřová, M. (2017). *Alzheimerova demence*. Grada.

KATALOGIZACE V KNIZE - NÁRODNÍ KNIHOVNA ČR

Hanáková, Adéla, 1984-

Sebepojetí v kontextu speciální pedagogiky : logopedické a somatopedické perspektivy / Adéla Hanáková, Eva Urbanovská, Petra Křížkovská, Veronika Havlíčková, Tereza Hrudová, Zuzana Přihodová. -- 1. vydání. -- Olomouc : Vydavatelství Univerzity Palackého, 2024. -- 1 online zdroj

České a anglické resumé

Obsahuje bibliografii

ISBN 978-80-244-6434-3 (online ; pdf)

* 159.923.2 * 316.344.6-056.26/.3 * 376-056.264 * 376.1-056.2 * (048.8:082) *
(0.034.2:08)

– sebepojetí

– osoby se zdravotním postižením

– logopedie

– somatopedie

– kolektivní monografie

– elektronické knihy

376 - Výchova a vzdělávání zvláštních skupin osob [22]

SEBEPOJETÍ V KONTEXTU SPECIÁLNÍ PEDAGOGIKY: LOGOPEDICKÉ A SOMATOPEDICKÉ PERSPEKTIVY

Adéla Hanáková, Eva Urbanovská, Petra Křížkovská,
Veronika Havlíčková, Tereza Hrudová, Zuzana Příhodová

Odpovědný redaktor Jiří Slavík
Jazyková korektura Zuzana Raková
Návrh obálky a sazba Lenka Wünschová

Vytiskla a vydala Univerzita Palackého v Olomouci,
Křížkovského 8, 779 00 Olomouc
vydavatelstvi.upol.cz
vupshop.cz

1. vydání
Olomouc 2024

DOI: 10.5507/pdf.24.24464336
ISBN 978-80-244-6433-6 (print)
ISBN 978-80-244-6434-3 (online: iPDF)

VUP 2023/0418 (print)
VUP 2023/0419 (online: iPDF)

Nepronímatelná publikace