

**M A S A R Y K O V A  
U N I V E R Z I T A**

PEDAGOGICKÁ FAKULTA

**Hodnocení prostředí dospívajících osob s kochtavostí**

Diplomová práce

**BC. MACKOVÁ KAMILA**

Vedoucí práce: PhDr. Jan Dezort, Ph.D.

Katedra speciální a inkluzivní pedagogiky  
Logopedie

Brno 2023



MUNI  
PED

## Bibliografický záznam

<b>Autor:</b>	Bc. Macková Kamila Pedagogická fakulta Masarykova univerzita Katedra speciální a inkluzivní pedagogiky
<b>Název práce:</b>	Hodnocení prostředí dospívajících osob s koftavostí
<b>Studijní program:</b>	PdF N-LOG Logopedie
<b>Studijní obor:</b>	Logopedie
<b>Vedoucí práce:</b>	PhDr. Jan Dezort, Ph.D.
<b>Rok:</b>	2023
<b>Počet stran:</b>	94
<b>Klíčová slova:</b>	koftavost – balbuties – adolescence – postoje – rodina – podpora

## Bibliographic record

**Author:** Bc. Macková Kamila  
Faculty of Education  
Masaryk University  
Department of Special and Inclusive Education

**Title of Thesis:** Assessment of the environment of adolescents with stuttering

**Degree Programme:** PdF N-LOG Speech and Language Therapy

**Field of Study:** Speech and Language Therapy

**Supervisor:** PhDr. Jan Dezort, Ph.D.

**Year:** 2023

**Number of Pages:** 94

**Keywords:** stuttering - stammering - adolescence - attitudes - family - support

## Anotace

Diplomová práce se zaměřuje na dospívající osoby s koktavostí. Je rozdělena na teoretickou a empirickou část. Teoretická část je rozdělena do tří kapitol. Úvodní kapitola se věnuje koktavosti. Koktavost je hlavním tématem celé práce, je tedy nezbytné shrnout její pojetí, příčiny, projevy a možné terapie. Následující kapitola se věnuje období adolescence. K adolescentnímu věku se vážou jistá vývojová specifika, která jsou v této kapitole popsána. Jistá část kapitoly je zaměřena konkrétně na dospívající osobu s koktavostí. Třetí kapitola se zaměřuje na postoje společnosti, stereotypy a sociální oporu. Postoje blízkého okolí dospívající osoby s koktavostí jsou zkoumány ve výzkumné části. Stereotypy a stigmatizující postoje jsou zaujímány ze strany společnosti k osobám s určitými lidskými atributy, například s koktavostí. Sociální opora, zvláště pak ze strany rodiny, je nezbytná součástí podpory pro tvorbu zdravé míry sebevědomí a dává osobě pocit přijetí.

Empirická část zahrnuje výzkumné šetření kvantitativního typu. Šetření je realizováno pomocí české verze dotazníku ASE, kde jsou měřeny postoje ke koktavosti osob s koktavostí a jejich blízkého okolí. Jedná se o pilotní studii tohoto typu. Výzkumný soubor pro tuto studii je tvořen dospívajícími osobami s koktavostí, rodiči dospívajících osob s koktavostí a kontrolní skupinou, kterou představují rodiče, dospívajících osob, bez osobní zkušenosti s koktavostí. Primárním cílem bylo zmapování a porovnání postojů ke koktavosti ze strany dospívajících osob s koktavostí a jejich blízkého okolí. Postoje blízkého okolí mají na osobu s koktavostí dopad a mohou na ni mít také nezanedbatelný vliv. Často opomíjené postoje ze strany rodiny a přátel mohou tak být překážkou například při logopedických terapiích.

**Klíčová slova:** koktavost – balbuties – adolescence – postoje – rodina – podpora

## Abstract

The diploma thesis focuses on the adolescent with stuttering and his environment. The diploma thesis is divided into a theoretical and an empirical part. The theoretical part is divided into three chapters. The opening chapter is devoted to stuttering. Stuttering is the main topic of the entire study, so it is necessary to summarize its concept, causes, manifestations and possible therapies. The following chapter deals with the period of adolescence. Adolescent age is associated with certain developmental specifics that are described in this chapter, and a part of the chapter is focused specifically on the adolescent with stuttering. The third chapter focuses on the social attitudes, stereotypes and social support. The attitudes of the close environment of the adolescent with stuttering are investigated in the research part. Stereotypes and stigmas are taken by society towards persons with certain human attributes, such as stuttering. Social support, especially from the family is mentioned as essential, especially for the self-confidence and acceptance of the adolescent with stuttering.

The empirical part includes a research investigation of a quantitative type. The investigation is conducted using the Czech version of the ASE questionnaire, where attitudes towards stuttering are measured. This is a pilot study of this type. The research population for this study consists of adolescents with stuttering, parents of adolescents with stuttering, and a control group consisting of parents of adolescents without personal experience of stuttering. The primary aim was to map and compare attitudes towards stuttering of the adolescents with stuttering and their close environment. The attitudes of the close environment have an impact on the person with stuttering and may also have an inherent influence on him. Often neglected attitudes on the part of family and friends can be a barrier, for example, to speech therapy.





## Čestné prohlášení

Prohlašuji, že jsem diplomovou práci vypracovala samostatně, s využitím pouze citovaných pramenů, dalších informací a zdrojů v souladu s Disciplinárním řádem pro studenty Pedagogické fakulty Masarykovy univerzity a se zákonem č. 121/2000 Sb., o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon), ve znění pozdějších předpisů.

V Brně 20. dubna 2023

.....  
Bc. Macková Kamila



## Poděkování

Tímto bych ráda poděkovala PhDr. Janu Dezortovi Ph.D. za odborné a pohodové vedení diplomové práce a za prospěšné rady vedoucí k zamyšlení nad řešenou problematikou. Dále bych chtěla poděkovat doktorovi Kennethu O. St. Louisovi za poskytnutí dotazníkového nástroje ASE a užitečné rady ke zpracování dotazníku. V neposlední řadě bych ráda poděkovala všem zúčastněným výzkumného šetření. Nakonec děkuji svým nejbližším, kteří mi byli nejen emocionální oporou při psaní diplomové práce.



## Obsah

<b>Seznam grafů</b>	<b>13</b>
<b>Seznam tabulek</b>	<b>14</b>
<b>Seznam pojmů a zkratk</b>	<b>15</b>
<b>1 Úvod</b>	<b>17</b>
<b>2 Komunikace, jazyk a řeč</b>	<b>18</b>
2.1 Komunikace, jazyk, řeč .....	18
2.2 NKS .....	18
2.3 Kóktavost .....	19
<b>3 Adolescence</b>	<b>30</b>
3.1 Osobnostní a emocionální vývoj .....	31
3.2 Sociální vývoj .....	33
3.3 Dospívající osoba s kóktavostí .....	35
<b>4 Stigma, sociální opora, prostředí</b>	<b>40</b>
4.1 Postoje a stereotypy .....	40
4.2 Stigma .....	42
4.3 Sociální opora .....	44
<b>5 Výzkumná část</b>	<b>50</b>
5.1 Metodologie .....	50
5.2 Průběh výzkumného šetření .....	54
5.3 Formulace cílů a výzkumných otázek .....	61
5.4 Znázornění výzkumného šetření a jeho interpretace .....	61
5.5 Závěry šetření .....	72
<b>6 Závěr</b>	<b>81</b>
<b>Použité zdroje</b>	<b>82</b>

## OBSAH

---

<b>Příloha A</b>	<b>Souhlas s účastí ve výzkumu</b>	<b>90</b>
<b>Příloha B</b>	<b>Výsledky t-testu</b>	<b>93</b>
<b>Rejstřík</b>		<b>94</b>

## Seznam grafů

Graf 1: Zastoupení pohlaví v celkovém výzkumném vzorku.....	55
---	----

## Seznam tabulek

Tabulka 1: Grafické znázornění Mezinárodní klasifikace funkční schopnosti, disability a zdraví (MKF) a jeho užití pro kórtavost...	22
Tabulka 2: Charakteristika jednotlivých skupin respondentů .....	56
Tabulka 3: Zastoupení pohlaví v jednotlivých skupinách.....	56
Tabulka 4: Věkové rozložení v jednotlivých skupinách .....	57
Tabulka 5: Délka vzdělání jednotlivých skupin .....	57
Tabulka 6: Znázornění proměnných dotazníku ASE .....	58
Tabulka 7: Proměnná „Smýšlení o osobách s kórtavostí“ a jednotlivé položky.....	59
Tabulka 8: Proměnná „Interakce s osobami s kórtavostí“ a jednotlivé položky.....	60
Tabulka 9: Výsledné hodnoty položek dotazníku ASE u jednotlivých skupin .....	65
Tabulka 10: Srovnání výsledných průměrů u třech hlavních proměnných.....	69



## Seznam pojmů a zkratk

NKS – narušená komunikační schopnost

balbutik – osoba s kóktavostí

## SEZNAM POJMŮ A ZKRATEK

---

## 1 Úvod

Koktavost je nejběžnějším narušením plynulosti řeči. U osob s koktavostí se často setkáváme se specifickými typy zadržávání v oblasti řeči. Koktavost je jedním z možných narušení komunikační schopnosti, jedná se tedy o problematiku logopedickou. Dopad koktavosti se však promítá i do dalších oblastí života vztahujících se ke zdraví osoby. Osoby s koktavostí se často setkávají s necitlivými reakcemi ze strany společnosti.

Reakce a přijetí společností, zejména pak blízkým okolím, jsou pro vývoj člověka stěžejní a v období adolescence téměř nezbytné k utvoření vlastního sebeobrazu. Dospívající osoby s koktavostí mají negativní zkušenosti se svými vrstevníky a vykazují nižší míru sebevědomí. To může vést k negativnímu dopadu v oblasti kvality života, životní spokojenosti, vztahů, psychosociálního fungování.

Ačkoliv vliv rodiny v období dospívání značně klesá, uvědomujeme si, že k pozitivnímu sebehodnocení je vyjadřování pozitivních emocí, zájmu a porozumění ze strany rodičů nezbytné. Rodina osoby s koktavostí může být mnohdy jednou z mála sociálních skupin, která v ideálním případě poskytuje dostatečnou emocionální podporu a plnohodnotnou sociální integraci. Specialistům, kteří se zabývají koktavostí, je mnohdy nepříjemné komunikovat s rodinou na efektivní úrovni. Přístup a postoje rodiny k osobě s koktavostí tak bývají často opomíjeným prvkem v pozadí, mnohdy jsou ale klíčem nezbytným k porozumění osobě s koktavostí a k funkčnímu vývoji nejen logopedických intervencí. Jsme si vědomi toho, že postoje jedince jsou výrazně formovány postoji, se kterými se osoba setkává v rodinném prostředí a v blízkém okolí.

Kromě velkého množství teoretických poznatků ze zahraničních i tuzemských odborných zdrojů věnujících se zmíněné problematice, se práce věnuje výzkumnému šetření. Ve výzkumné části se formou dotazníkového šetření ASE zabýváme zmapováním postojů ke koktavosti ze strany dospívajících osob s koktavostí a jejich rodičů. Ověřována je hypotéza, zda dospívající jedinci s koktavostí zaujmají negativnější postoje ke koktavosti než jejich rodiče, a také zda být rodičem dospívající osoby s koktavostí pozitivně ovlivňuje postoj ke koktavosti.

## 2 Komunikace, jazyk a řeč

### 2.1 Komunikace, jazyk, řeč

Základem sociální interakce je komunikace. Různé druhy komunikace naplňují náš každodenní život a patří mezi základní biologické potřeby člověka. Komunikujeme s druhými, přijímáme od nich zprávy řečí, písmem a také pomocí celé řady dalších komunikačních neverbálních signálů. Jedná se o složitý proces, kdy dochází k vzájemné výměně informací mezi jedincem a prostředím. Komunikace pochází z lat. *communicatio* neboli spojování.

Nástroj, který lidé používají ke komunikaci, nazýváme jazyk, je to proces společenský. Jazyk zahrnuje zvukové a další dorozumívací prostředky, kterými jsou jedinci schopni vyjádřit poznatky o světě, prožitky a veškerá vědění. Jazyk je nástrojem interakce nebo komunikace ve společnosti, slouží k předávání myšlenek, nápadů, konceptů a pocitů. Řeč je pak oproti jazyku označována jako výkon individuální, kdy je specificky lidskou schopností. Řeč pro jedince znamená vědomé užívání jazyka prostřednictvím znaků a symbolů. Z několika důvodů se často vyskytují poruchy v oblasti komunikace, jazyka a řeči. (Klenková, Bočková & Bytešníková, 2012; Hayes, 2021; Chaer, 2015 in Nuryani, 2022).

### 2.2 NKS

**Narušená komunikační schopnost** (dále **NKS**) v anglicky mluvících zemích často uváděn termín „Speech and Language Disorder“, tedy porucha řeči a jazyka a čím dál častěji uváděn také termín „Impaired Communication Ability“. **NKS**, jako termín, lze dle Sychrové (2012) obtížně definovat, a to zejména z důvodu náročného určení přesné normality a určení stavu, kdy už dochází k odchylkám a poruchám.

Dle Lechty (2003) je komunikační schopnost jedince narušena tehdy, když některá jazyková rovina či několik rovin současně narušuje komunikační záměr jednotlivce. Neubauer (2018) pak dělí NKS u dospělých na poruchy vyvolané narušením sluchového či zrakového smyslu, poruchy funkce orofaciální oblasti, motorické řečové poruchy, získané poruchy jazykového systému jedince a kognitivní poruchy narušující komunikaci u dospělých a osob seniorského věku. Mezi motorické řečové

poruchy řadí Lechta (2003) narušení fluence řeči, tedy koktavost (balbuties). Koktavosti se dále budeme věnovat podrobněji.

## 2.3 Koktavost

Koktavost neboli balbuties (lat.), od toho také mnohdy označen jedinec s koktavostí jako balbutik. Ve slovenštině koktavost uváděna jako „zajakavost“, z amerických zdrojů „stuttering“, z anglických „stammering“. Koktavost, jak už bylo zmíněno, je jedna z NKS a má svou typickou etiopatogenezi a typický klinický obraz (Lechta, 2010).

Koktavost je nejběžnější poruchou plynulosti řeči, která je charakteristická určitými typy dysfluencí. V tradičním pojetí je o koktavosti pojednáváno jako o neuróze řeči. Právě Seeman (1955 in Lechta, 2010) ji charakterizuje jako neurózu řeči a podotýká, že se jedná o jednu z nejtrýznivějších neuróz, odůvodňuje to tím, že má dopad na interindividuální styk. Jedno z modernějších pojetí pak nabízí Wirth (1990 in Lechta, 2010), který přichází s poznatkem, že koktavost je přechodně se vyskytující a na vůli nezávislé NKS, u kterého neznáme etiologii. U koktavosti zaznamenáváme napjaté, tiché setrvání v artikulačním postavení, opakování, natahování slabik, slov a zvuků a následně vyhýbavé reakce.

McGill et al. (2018) vnímá koktavost jako komplexní komunikační poruchu s multifaktoriální etiologií, včetně fyziologických, řečových a psychologických faktorů. Lechta (2010) hovoří o syndromu komplexního narušení koordinace orgánů, které se podílejí na produkci řeči. Často dochází k projevům nedobrovolných mimovolných pauz, které narušují plynulost řeči a mohou tak působit rušivě na komunikační záměr. Koktavost je také definována jako porucha řeči charakteristická mimovolným opakováním a prodlužováním řečových prvků, tzn. hlásek, slabik, slov (Manning et al., 2017 in Ilić-Savić et al., 2021).

Koktavost má bezesporu složitou symptomatiku a často ne příliš příznivý vliv na osobnost člověka, jak v oblasti školní, pracovní, tak v oblasti sociální. S tím může souviset narušení schopnosti jednotlivce efektivně sdělovat svá přání, potřeby, nápady (Guitar, 2013 in Briley et al., 2021). Dle Bloodstein a Ratner (2008) je koktavost multidimenzionální poruchou, která zahrnuje kognitivní, lingvistické, afektivní a také sociální faktory, které přispívají k jejímu rozvoji a udržování. Například společenský tlak, stigmatizace a stereotypizace mohou mít na symptomy koktavosti negativní vliv a rozšiřovat dopady koktavosti i do dalších oblastí.

Důležité je zmínit, že při rozvoji koktavosti hrají významnou roli emoce. Koktavost vyvolává u jedince negativní emoce jako je frustrace, strach a hněv. Koktání se tak může stát začarovaným kruhem a způsobovat emocionální vzrušení, které zase může vyvolávat koktání (Rana et al., 2021).

### 2.3.1 Dokumenty

Koktavost můžeme zaznamenat v několika dokumentech. V **Mezinárodní statistické klasifikaci nemocí a přidružených zdravotních problémů** (MKN-10) od Světové zdravotnické organizace (WHO). Zde je koktavost zařazena pod Poruchy duševní a poruchy chování a emocí s obvyklým začátkem v dětství a v období dospívání. Koktavost je zde definována jako *„řeč, která je charakterizovaná častým opakováním nebo prodlužováním slabik a slov, případně častým zaváháním a pauzami, které narušují rytmický tok řeči. Klasifikována by měla být jako onemocnění pouze tehdy, když výrazně narušuje plynulost řeči.“* (MKN-10, [www.uzis.cz](http://www.uzis.cz), dostupné online).

Koktavost se zařazuje také v dokumentu **Mezinárodní klasifikace funkční schopnosti, disability a zdraví** (MKF, ICF – International Classification of Functioning, Disability, and Handicap), poskytuje vícerozměrný rámec, jehož prostřednictvím lze u poruchy jako je koktavost popsat funkční schopnosti a vyhodnotit její dopad na různé oblasti (Yaruss & Quesal, 2007). MKN-10 (Mezinárodní statistická klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů), poskytuje spíše etiologický rámec pro zdravotní problémy, společně s MKF se tedy doplňují a poskytují komplexní obraz jedince a jeho života. Disability je definována (MKF, 2006, str.9) jako: *„snížení funkčních schopností na úrovni těla, jedince nebo společnosti, která vzniká, když se osoba se svým zdravotním stavem (zdravotní kondicí) setkává s bariérami prostředí“*. Namísto klasifikace jedince MKF popisuje situaci každého jedince ve spojitosti s okolnostmi vztahujícími se ke zdraví. Tento rámec je využíván jako statistická, výzkumná, klinická a vzdělávací pomůcka či pomůcka sociální a zdravotní politiky s cílem maximalizovat kvalitu života jedince pomocí klasifikace jedince z několika hledisek.

Rámec organizuje informace do smysluplných forem. Informace jsou zařazeny do dvou částí. První část se skládá z funkční schopnosti a disability a druhá část se věnuje spolupůsobícím faktorům. Komponenty spolupůsobících faktorů tvoří faktory prostředí, organizované od

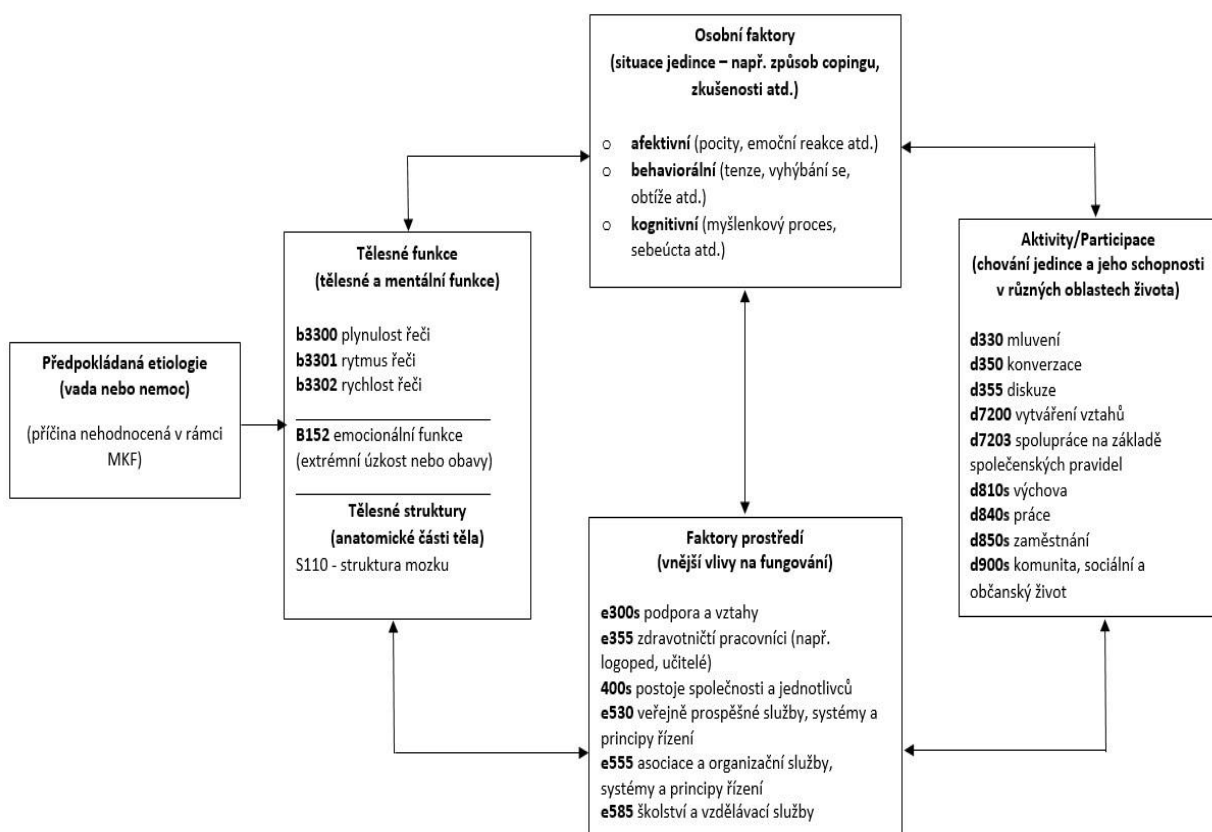
nejbližšího po obecné prostředí, a osobní faktory, které nejsou v MKF klasifikovány.

Faktorům prostředí se věnuji v této práci, z tohoto důvodu považuji za nezbytné tyto faktory přiblížit. Faktory prostředí se skládají z částí fyzického, sociálního a postojového prostředí, ve kterém jedinci žijí. Podrobněji jsou organizovány do několika kapitol. První z nich se věnuje produktům a technologiím, další přírodnímu prostředí a člověkem způsobeným změnám v prostředí. Třetí kapitola pojednává o lidech poskytujících podporu a vztahy. Další kapitola pak pojednává o postojích a poslední kapitola se věnuje službám, systémům a principům řízení.

Kapitola podpora a vztahy pojednává o lidech, kteří poskytují fyzickou nebo citovou oporu, výživu, ochranu nebo pomoc v přirozeném prostředí jedince – domov, pracoviště, škola. Podkapitoly zahrnují nejbližší rodinu; širší rodinu; přátele; známé, kamarády, kolegy; osoby v pozicích autorit; osoby v podřízených pozicích; pečovatele a osobní asistenty; cizí osoby a další. Tyto podkapitoly jsou zařazeny také v kapitole postojů, kde je navíc zmíněna kategorie postojů společnosti; sociálních norem, praxe a ideologie (MKF, 2006).

MKF popisuje také mnohostrannou povahu kocktavosti. Tomuto modelu se věnují Yaruss a Quesal (2004) a upravují a přizpůsobují model právě pro jedince s kocktavostí. Tento model již byl přeložen do českého jazyka Dezortem (2019).

**Tabulka 1: Grafické znázornění Mezinárodní klasifikace funkční schopnosti, disability a zdraví (MKF) a jeho užití pro koftavost**



### 2.3.2 Etiologie

Koftavost se začíná projevovat nejčastěji v dětství. Postihuje až 5 % populace ve věku 3-4 let. Villegas et al. (2019) uvádí, že téměř 5 % dětí začíná koftat mezi 2-6 lety. Uvádí také, že koftavost nadále přetrvává u 20 % jedinců. V předškolním věku je poměr mužů a žen 2:1 a mění se na poměr 4:1 do věku 9 let. Změna poměru pohlaví je způsobena tím, že většina koftavosti spontánně odezní, a to zejména u žen (Drayna et al., 1999; Dworzynski et al., 2007).

Při pátrání po příčinách koftavosti se zjištění neustále ukazují jako rozporuplná. Navzdory obrovskému množství znalostí o koftavosti je jeho příčina stále považována za ne zcela objasněnou. Rozšířeným názorem je, že koftavost má genetické kořeny. Velká část etiologických teorií se zaměřuje na lingvistické problémy, kdy zaznamenává příčinu



koktavosti jako abnormální interakci mezi sémantickým zpracováním a fonologickým kódováním, jako narušenou synchronicitu mezi paralingvistickým a lingvistickým systémem. Tyto mechanismy jsou však opět považovány za výsledek dědičného přenosu (Kollbrunner et al., 2014). Skutečnost, že koktavost souvisí s mutacemi genů, byla zpočátku detekována na chromozomu 12 (Ghiselli & Davis, 2011). Kollbrunner et al. (2014) uvádí, že dominují dvě výzkumné strategie, které mají za cíl najít příčinu koktavosti. Jednou je hledání neurofyziologických příčin pomocí magnetické rezonance a druhou je zaměření na genetiku, pomocí rodokmenů a genetické analýzy. Obě tyto strategie přinesly výsledky, které jsou však jistým způsobem problematické. Cox et al. (1984) provedli analýzu u jedinců s koktavostí a jejich prvostupňových příbuzných, aby prozkoumali přesný model přenosu, a uvedli, že genetické příčiny koktání nelze přisuzovat jedinému hlavnímu lokusu, místu na chromozomu.

Chang a Zhu (2013) prováděli studii, kde zkoumali strukturální a funkční rozdíly v mozcích jedinců s koktavostí a bez koktavosti. Výsledky poskytují důkazy o mnohočetných změnách v propojení mozku jako o možných příčinách koktavosti. Poskytují důkazy o poruchách spojení levé hemisféry mezi sluchovou kůrou a motorickými oblastmi odpovědnými za plánování a provádění výpovědi. Spolu s funkčními a strukturálními poruchami spojení v levé hemisféře pojmenovali další teorie zpracované v minulosti, které pojednávají o poruše temporálního aspektu vnímání výpovědi a o poruše v lateralizaci sluchové kontroly. Domnívají se, že teorie, které uvádějí jsou nejen pravdivé, ale také vzájemně propojené a s vysokou pravděpodobností mají genetickou příčinu.

Büchel a Sommer (2004) jako primární příčinu koktavosti zmiňují strukturální nebo funkční abnormalitu centrálního nervového systému. Následně uvádějí vyhýbavé učení jako sekundární faktor, který posiluje primární příčinu a vede k měřitelným změnám v mozku.

Jak již bylo zmíněno, koktavost vzniká nejčastěji v období předškolního věku. Na dítě jsou v tomto období kladeny vysoké požadavky. Králíková (2007; 2008 in Lechta, 2010) vypracovala nejčastější rizikové faktory neboli „danger signs“. Rizikové faktory jsou často chybně zaměňovány za příčiny vzniku koktavosti. Do rizikových faktorů spadají například orgánové odchylky, odchylky v psychomotorickém vývoji dítěte, vysoké nároky v oblasti osvojování si jazyka dítěte, nesprávný řečový vzor, nevhodná komunikace s dítětem, nečekané změny v oblasti kvality života. Mylnou domněnkou bývá, že tyto zmíněné rizikové faktory koktavost způsobují. Pravdou však je, že pokud v období vývojových

dysfluencí působí několik rizikových faktorů zároveň, mohl by být jedinec, zejména v dětském věku, vážně ohrožen (Lechta, 2010).

Zmíněná vývojová dysfluence je dle Lechty (2010) fyziologickou dysfluencí. Můžeme ji označovat jako přechodnou fázi od neplynulého projevu řeči k plynulému. Vývojová dysfluence vzniká s největší pravděpodobností z důvodu dočasných nesrovnalostí mezi symbolickými a nesymbolickými procesy. Po vývojové dysfluenci zaznamenáváme incipientní koktavost. Tu charakterizuje Králíková (2007 in Lechta, 2010) skrze prediktory. Mezi ukazatele řadí přetrvání dysfluencí déle nežli tři měsíce, mužské pohlaví, genetická predispozice, náznaky námahy při promluvě, úzkostná osobnost, narušená sociální interakce a mnohé další.

### 2.3.3 Symptomatologie

Prvotní projevy koktavosti zaznamenáváme zejména v oblasti řeči, sekundárně se však koktavost může projevovat i fyzickými reakcemi a psychickými tensemi.

V oblasti řeči se koktavost projevuje repeticemi, prolongacemi a bloky. Hikmah (2022 in Nuryani et al., 2022) uvádí některé z charakteristik obtíží při mluvení u osob s koktavostí. Mezi nimi uvádí například prodloužení hlásky nebo zvuku ve slově, dále opakování zvuku, hlásky, slabiky či celého slova, další uvedenou obtíží je produkce pauz či zdržování hlásek, které jsou pro jedince obtížně vyslovitelné, dále produkce citoslovcí, či „circumlocution“ – opis a vyhnutí se tím určitému slovu. Sekartini (2015 in Nuryani et al., 2022) také uvádí tři úrovně koktavosti, a to normální, mírnou až střední a těžkou formu koktavosti. Tyto formy definuje na základě délky prolongací a projevů v oblasti fyzických reakcí a psychických tenzí.

Sekundárně zaznamenáváme projevy v oblasti fyzické realizace řeči. V úrovni fyzických reakcí dochází k vyvolání nadměrné námahy v oblasti artikulačního aparátu, kdy jedinec překonává fyzickým úsilím bloky. Projevy tedy mohou vypadat jako nezvyklé grimasy, nápadná gestikulace, úhyby hlavy, případně další projevy jako je zčervenání, pocení. Toto chování se upevňuje v závislosti na době, po kterou je užíváno. S tím souvisí také koverbální chování, které je v tomto případě narušeno a působí pro komunikačního partnera mnohdy i více rušivě nežli samotná neplynulost (Lechta, 2010).

Třetí zmíněnou oblastí je oblast psychických tenzí. Psychická tenze vzniká také jako sekundární reakce na projevy v oblasti řeči. Je obtížně

definovatelná, může jít o jakýsi nepříjemný pocit vnitřního neklidu. Způsob, jakým osoby s koktavostí vnímají nebo prožívají své koktání, nemusí nutně korelovat se závažností zjevných aspektů řeči. Mezi těmi, kteří koktají s vysokou frekvencí, někteří skutečně zažijí minimální negativní emocionální reakce, zatímco mezi těmi, kteří koktají s nízkou frekvencí, se někteří cítí vážně ovlivněni omezeními, která strach nebo úzkost z koktání zařazují do jejich každodenní rutiny (Davidow & Scott, 2017; Ward, 2018 in Sønsterud, H. et al., 2022). Jedinci s koktavostí často zažívají strach a úzkost z komunikačních neúspěchů a obávají se reakcí okolí na svůj komunikační projev. To často může přerůst v logofobii či sociální úzkost. **Logofobii** označujeme jako chorobný strach z vlastního řečového projevu (Lechta, 2010). Osoby s koktavostí se velmi často setkávají s negativními reakcemi společnosti, které přerůstají do stereotypizace, diskriminačních postojů či stigmatizace, která mnohdy přechází ve sebestigmatizaci. O těchto jevech se dále zmiňujeme ve čtvrté kapitole.

#### 2.3.4 Klasifikace koktavosti

Zaznamenáváme několik druhů koktavosti. V této studii se však věnujeme převážně koktavosti fixované a chronické. Pro přehled však uvádím i další druhy koktavosti.

Jedním z druhů koktavosti, který navazuje na již zmíněnou vývojovou dysfluenci, je **incipientní koktavost**. Ta se často vyskytuje právě v předškolním věku, ale je již považována za koktavost vzniklou. V mnohých případech může dojít k vymizení příznaků koktavosti. Pokud tomu tak není, přechází incipientní koktavost do koktavosti fixované. **Fixovanou koktavost** můžeme označit jako koktavost, která přetrvává z předškolního věku. Typické je u ní zhoršování a navrstvování symptomatiky. Tato koktavost je typická pro jedince školního věku, 6-13 let, běžné jsou již kromě dysfluencí také navazující symptomy v oblasti psychické tenze či fyzické námahy. K vymizení symptomů u fixované koktavosti už dochází opravdu jen zřídka. Pokud symptomy nevymizí, přechází fixovaná koktavost do koktavosti chronické (Lechta, 2010).

U jedinců s **chronickou koktavostí** dochází k procesu smíření, ke smíření dochází také u blízkého okolí jedince. Tato koktavost se vyskytuje u adolescentů a dospělých jedinců, přesná věková hranice není jednotná. Lechta (2010) zmiňuje období po roce čtrnáctém. Je nutné si uvědomit, že většina jedinců s chronickou koktavostí již prošla několika fázemi svého života s koktavostí. Jedinec tak měl spoustu času na vytvoření

různých strategií a postojů ke své koktavosti. Chronická koktavost se může projevovat všemi výše zmíněnými symptomy, ty se vzájemně prolínají a nemají stále stejnou intenzitu. Jedinec je často typický tím, že už očekává neúspěch či negativní reakci komunikačního partnera.

Charakteristické pro jedince v této fázi může být do jisté míry sebekritické myšlení, zoufalství a v tom nejvážnějším případě i pokusy o sebevraždu či agresivní sklony (Wirth, 1990 in Lechta, 2010). Blumgart et al. (2010) zmiňují, že jedinci s koktavostí jsou zranitelnější vůči problémům s duševním zdravím, včetně sociální úzkosti nebo zvýšené míry úzkosti. K tomu může docházet například v důsledku negativní reakce společnosti na řeč osob s koktavostí. Jedinci s koktavostí mohou být zvláště negativní v reakci na svou vlastní řeč, proto se u nich obvykle objevuje silná touha získat absolutní kontrolu nad koktáním, vzdát se tak stigmatizované identity a získat identitu zdravého jedince s plynulou řečí (Isaacs, 2021).

### 2.3.5 Terapie

Terapeutických postupů, které se zaměřují na koktavost je velké množství. Wirth (1999 in Lechta, 2010) uvádí, že existuje kolem 250 postupů terapie koktavosti, Kollnbruner (2004 in Lechta, 2010) hovoří až o 250-300 postupech. Stanovení cílů terapie se bezesporu odvíjí od fáze patogeneze. Cílem terapie může být normální dysfluence, ne však absolutní fluence, jak mnozí chybně předpokládají. Z hlediska cílů terapie Guitar (1998 in Lechta, 2010) určuje několik typů dosažitelných při terapii jako je spontánní fluence, kontrolovaná fluence, akceptovatelná koktavost. Terapie by se však měla zaměřovat na odstranění nebo alespoň zmírnění či eliminaci všech symptomů ve všech rovinách. Yaruss et al. (2012) odpověděli jménem 110 logopedů a osob s koktavostí. Kritizovali úzké zaměření na léčbu, která se soustředí pouze na vybudování plynulé řeči. Důrazně prosazovali komplexnější přístup, který se zaměřuje nejen na zvýšenou plynulost, ale také na větší akceptaci koktavosti, čímž se sníží druhotné chování, minimalizuje se vyhýbání se,lepší se komunikační dovednosti, zvýší se sebevědomí a bude se snáze předcházet fenoménu šikany u osob s koktavostí.

Nové vědecké poznatky také ukazují, jak přínosné by mohlo být ocenění psychosociálního přístupu ke koktavosti. V definici koktání, můžeme použít analogii koktání jako ledovce, kdy pod povrchem existuje řada negativních psychologických procesů, včetně pocitů strachu, hanby,

viny, úzkosti, beznaděje, izolace a popírání (Blomgren, 2010). Na základě tohoto se zdá až neuvěřitelné, že většina standartních i moderních definic koktavosti se zabývá primárně povrchovými rysy koktavosti a často se soustředí pouze na počet „zadrhávajících slabik na minutu“ (Quesal, 2010).

Moderní logopedické intervence pro jedince s koktavostí se obvykle skládají z kombinací tvarování plynulosti (fluency shaping therapy) a modifikace koktavosti (stuttering modification therapy), případně doplněné o nějaký druh tréninku asertivity nebo s doprovodným poradenstvím rodičů (Kollbrunner et al., 2014).

Terapie tvarování plynulosti je terapií behaviorální. Vychází z okamžiků, kdy jedinec dokáže hovořit plynule a rozšiřuje tyto okamžiky pomocí podmiňování do ostatních každodenních komunikačních situací. Pokud u jedince dojde ke stabilizaci plynulosti, mělo by i nadále docházet k dodatečné péči. Důležité je zmínit, že se v této terapii příliš neklade důraz na postoje a pocity osoby s koktavostí.

Terapie modifikace koktavosti se na rozdíl od tvarování plynulosti soustředí i na pocity a postoje jedince. Vychází z předpokladu, že velkou část symptomů koktavosti způsobuje snaha vyhnout se symptomům. Terapie modifikace koktavosti tak může zahrnovat eliminaci vyhýbavého chování, logofobie a mohou být často využívány i psychoterapeutické praktiky. Cílem terapie je, aby jedinec měl pocit kontroly nad plynulostí své řeči, a to napříč všemi komunikačními situacemi. U této terapie je nutné, aby si jedinec byl vědom všech svých symptomů, a to včetně sekundárních a byl schopen pracovat se svými postoji a pocity. Guitar (1998 in Lechta) pracuje s dvěma fázemi, a to s modifikacemi momentů koktavosti a s redukcí strachu z koktání (Lechta, 2010).

U dospívajících osob vycházíme z pravděpodobnosti, že s koktavostí žijí už několik let. Je tedy nutné brát v potaz i jejich charakteristické emoce spojené s reaktivním chováním. Fraser (2010) se zmiňuje právě o práci s dospívajícími osobami s koktavostí dále označujeme i jako *dospívající balbutici*. Práci s dospívajícími pro všechny pracovníky v pomáhajících profesích nazývá jedinečnou výzvou. Dospívající balbutici na snahy pomoci často vůbec nereagují, snahy informovat je, přesvědčit či poučit jsou často naprosto marné. Jednou z možností, jak s dospívajícím balbutikem pracovat, je cesta naslouchání s vyhodnocením. Nutné je především vytvoření bezpečného prostředí. Vhodné by mohlo být například využití kognitivního modelu, který stojí na vnímání sebe sama, ostatních a světa jako něčeho, co ovlivňuje emoce a následně pak chování. Plexico

et al. (2010) zdůrazňují, že zaměření se pouze na symptom považují ze strany klinických odborníků za nevhodné. Kliničtí odborníci by měli věnovat pozornost z velké části tomu, co osoby s koktavostí říkají, ne se soustředit pouze na to, jak to říkají. Narážíme zde však na problematiku neschopnosti identifikace pocitů. Odborník by se tedy měl dostat do pozice, kdy se snaží rozvíjet možnost jedince uvědomovat si emoce. Následně dochází k dotazování, identifikaci automatických myšlenek a spojení si těchto myšlenek s pocity. Za zmínku stojí i emoce, které jsou u dospívajících balbutiků často spojeny s koktavostí a se kterými je nutné pracovat i v terapiích. Je to pocit izolovanosti, pocit zmatku a bezmoci, viny a studu, pocit rozpaků, strachu. Prospěšné je zapisování myšlenek navozující emoce jedince s koktavostí, kdy v terapii může následně dojít k analýze a vyhodnocení (Fraser, 2010).

Vhodné pro terapeutický proces je také zapojení rodiny a okolí. Této problematice se podrobněji věnuji v poslední kapitole. Yaruss a Bernstein Ratner (2010) zmiňují, že specifické techniky, které jsou používány klinickými odborníky nejsou nezbytně tak důležité jako širší porozumění, které by si měli kliničtí odborníci o koktavosti vyvinout, stejně tak jako o konkrétním jedinci a rodině, se kterou při intervencích pracují. Většina klinických logopedů nepoužívá pro práci s rodiči standardizovaný program, ačkoli téměř všichni kliničtí odborníci zdůrazňují, že „spolupráce s rodiči“ je při práci s osobami s koktavostí, zejména dětského a dospívajícího věku, zásadní (Ezrati-Vinacour & Weinstein, 2011). V dalším případě se realita poradenství rodiny v klinické praxi často redukuje na zaznamenávání minulé lékařské anamnézy, krátké informační sezení po terapeutických sezeních a vypracování práce, kterou je třeba udělat doma (Dehnhardt & Ritterfeld, 1998 in Kollbrunner et al., 2014). Kollbrunner et al. (2014) uvádí, že odpor k rodinně-dynamickému jednání a strach z kombinování tvrdých a měkkých dovedností u odborníků se vzájemně posiluje a postupem času vytváří až neprostupnou překážku, které je třeba se zbavit, pokud chceme, aby výzkum a terapie koktavosti dosáhla dalšího pokroku.

### *Shrnutí*

V této kapitole se zaměřujeme na problematiku koktavosti. Zaznamenáváme poznatky o etiologii, symptomatologii, klasifikaci a terapii koktavosti z tuzemských i zahraničních odborných zdrojů. Upozorňujeme na častou záměnu rizikových faktorů s příčinami koktavosti a na primární a následně vyvolané sekundární symptomy koktavosti. Část kapitoly se věnuje definici a ukotvení koktavosti v mezinárodních dokumentech, s konkrétnějším zaměřením na faktory prostředí, které zahrnují podporu neblíží rodiny a postoje blízkého okolí.

### 3 Adolescence

Tento výzkum se zabývá zejména osobami v období adolescence. Z tohoto důvodu přibližují toto období a vývoj jedince v určitých oblastech s tímto obdobím spojený.

Adolescence vychází z lat. *Adolescere*, což znamená dorůstat, dospívat. Období dospívání bychom dle Vašutové (in Vašutová & Panáček, 2013) mohli rozdělit do tří fází. Prvním obdobím je adolescence raná, nastupuje zhruba kolem jedenáctého roku a její konec zaznamenáváme přibližně kolem roku čtrnáctého. Dalším obdobím je adolescence střední, ta nastupuje kolem čtrnáctého roku a trvá přibližně do patnácti až šestnácti let. Poslední fází je adolescence pozdní, tu předpokládáme od roku šestnáctého do dvaceti až dvaceti dvou let. Adolescenci lze však jen velmi obtížně vymezit pouze věkem. Fáze jsou pouze orientační a u každého jedince individuální.

Josselson (1989, in Thorová, 2015) popisuje čtyři stádia vývoje osobnosti dospívajícího. První fázi nazývá diferenciací, kdy si adolescent uvědomuje, že se odlišuje svými postoji a názory od rodičů a vrstevníků. Je to období kritiky okolí, převážně dospělých. Druhá fáze je obdobím získání zkušeností a experimentování, kdy se adolescent sám snaží přijít na to, co je pro něj nejlepší a má pocit, že vše ví nejlépe. Pro toto období je příznačné zaměření se pouze na blízkou budoucnost a na okamžité uspokojování potřeb. Třetí fází je sbližování se s přáteli s apelem na erotické a přátelské vztahy. Poslední fází dospívání je pak upevnění vztahu k sobě samému, kdy dochází k upevnění názorů o sobě, o okolním světě a budoucnosti.

Adolescence je dle Siegela (2016) ve všech kulturách považována za období velkých výzev, jak pro adolescenty, tak pro dospělé, kteří jsou v jejich blízkém okolí. Během několika let se z dospívající osoby stává dospělý člověk. Období dospívání nastává se začátkem puberty. V tomto období je typická zvýšená produkce hormonů, kterou doprovází specifické tělesné změny. K těmto fyzickým změnám se připojují i změny emoční, kognitivní a také rychlý sociální vývoj (Thorová, 2015).

Siegel (2016) zaznamenal čtyři rysy růstu adolescentního mozku a následné přínosy a rizika v životech dospívajících. Jedním z rysů je zvýšená touha po odměně v neuronálních obvodech, což adolescenty nutí k vyhledávání a následné zkoušení všeho nového, rizikem tak může být podceňování rizik, což by mohlo znamenat nebezpečné chování. Dalším



rysem je zvýšený zájem o sociální zapojení, vytváření nových kontaktů a kladení důrazu na kontakt se svými vrstevníky. Tyto vztahy jsou pro adolescenty podpůrné a také předpokladem duševní pohody, dlouhověkosti a spokojenosti v průběhu celého života. Adolescentní období je obdobím, kdy je podpora vrstevníků nedílnou součástí sebeúcty. Tlak na přizpůsobení se společenským a skupinovým normám je u osob tohoto věku prvořadý a sebevědomí se na základě těchto předpokladů zvyšuje (Spear, 2000 & Heaven, 2001 in Iverach et al., 2017). Jako další rys růstu mozku v období adolescence uvádí Siegel (2016) zvýšenou emoční intenzitu, která vede ke zvýšení vitality, nevýhodou však je, že intenzivní emoce vedou k impulzivité, náladovosti a nadbytečné reaktivitě. Posledním rysem je tvůrčí objevování s rozšířeným pocitem vědomí. Jak již bylo zmíněno, období dospívání je obdobím komplexním a zahrnuje tak změny v několika oblastech – tělesná, psychická, sociální, transcendentální (Dolejš et al., 2018).

Dospívající osoby procházejí na tělesné úrovni nejvýraznějšími proměnami. Vzhledem se dospívající osoba začíná přibližovat k podobě dospělého člověka. V tomto období dochází i ke změnám na úrovni mozku a jeho funkcí. Mění se produkce hormonů. Velkou roli hraje dopamin a prefrontální kůra, ty mají významný vliv na prožívání, chování, osobnost a motivace dospívající osoby (Orel, 2015 in Dolejš et al., 2018).

Na úrovni kognitivního vývoje dospívajících osob zaznamenáváme změny v kognitivních činnostech jako je myšlení a intelekt. Pro toto období je typické, že jedinci uvažují logicky, porovnávají své úvahy a často si prosazují idealizované představy. V období dospívání jedinec získává schopnost plánovat, anticipovat, abstraktně myslet, tvořit a testovat hypotézy. V tomto věku se mění jak krátkodobá, tak dlouhodobá paměť, celková kapacita paměti se zvyšuje. Paměť mechanická se svým poměrem snižuje ve prospěch paměti logické, která je spojována s hlubším porozuměním a systematickým přiřazováním nového k již dříve vytvořenému (Čačka, 2000).

### 3.1 Osobnostní a emocionální vývoj

V rovině emocionálního vývoje je běžné nahrazení rodinného vlivu vlivem vrstevnickým. Vrstevníci dospívajících osob přinášejí uspokojení zejména potřeby citové jistoty a potřeby bezpečí (Vágnerová, 1997 in Dolejš et al., 2018).

Potřeba svobody se zvyšuje, důkazem toho je stále narůstající potřeba ovládat svůj vlastní život (Macek, 2003). V období adolescence je ústředním tématem potvrzení vlastní identity. Jedinec se definitivně odděluje od předchozího období dětství a zároveň se zřetelně vymezuje vůči světu a hodnotám dospělých. Dospívající chce být autorem svého vlastního života a za klíčové považuje jedinečnost a autentičnost (Macek & Lacinová, 2012). Oporou jedinci v adolescentním věku již není rodina, ale hledá ji právě mezi svými vrstevníky a kamarády. Ve vztahu k vrstevníkům a kamarádům jde primárně o potvrzení sociálního ocenění, zatímco ve vztahu k rodině jde především o zrovnoprávnění vlastního postavení. Pro dospívající jedince je osamělost v tomto období rizikovým faktorem pro vývoj. Dospívající často vyhledávají jedince s podobnými názory. Jde zde o jakési ztotožnění se a nabytí pocitu jistoty. Je zásadní, aby proces získání vlastní identity probíhal formou pozitivních sociálních zkušeností, ve kterých budou zahrnuty prožitky intimity, přátelství, lásky. Běžné je, že tyto sociální zkušenosti doprovázejí obavy ze ztráty navázaných vztahů (Dolejš et. al., 2014).

Fáze dospívání vede jedince k nové hodnotě, kterou je sebeuvědomění. Ze sebeuvědomění vyplývá potřeba potvrdit si vlastní hodnotu (Macek & Lacinová, 2012). Dospívající osoba se již dokáže vcítit do odlišných jedinců, nedostatečná zralost však brání jedinci v tom, aby odlišnosti dokázal akceptovat a toleroval odlišný na svět (Vágnerová, 2000). První vztahy jsou pro období dospívání příznačné, jsou potřebou poznání a sebepoznání, ve většině případů však nemají přílišnou délku z důvodu nedostatečné zralosti dospívajících (Vágnerová, 1997 in Dolejš et. al., 2018). Pro období dospívání je typická emoční labilita a nepřiměřené emoční reakce. Jedná se o jakýsi přechod od emoční nestability a impulzivity k sebeovládání emocionality. Nálady jsou v tomto období proměnlivé a intenzivní, avšak mají velmi krátkodobé trvání (Čačka, 2000; Langmeier a Krejčířová, 2006).

Proměnou prochází i oblast sebehodnocení jedince. Typický je prudký pokles sebehodnocení v počátku dospívání, avšak kolem 15.-16. roku míra sebehodnocení opět narůstá, tento jev však bývá velmi individuální (Langmeier a Krejčířová, 2006). Dospívání je tedy etapou sebereflexe a období zvýšeného vnímání a hodnocení druhých osob, což je pro dospívající v centru zájmu a pozornosti. Významnými se tak stávají mentální reprezentace a komplexnější struktury jako je sebepojetí, sebehodnocení a možnost seberegulace vlastního chování a prožívání. Jedinec tak hodnotí své vlastní schopnosti (Macek & Lacinová, 2012). Macek (2003)

zmiňuje typickou emoční nevyrovnanost, která pak může vysvětlovat výkyvy právě v oblasti sebehodnocení. Sebehodnocení by se však mělo v průběhu dospívání stabilizovat. Přijetí vlastní hodnoty dospívajícím jedincem by následně mělo zapříčinit pozitivní sebehodnocení. Sebedefinice a sebeocenení jsou dále u dospívajícího jedince klíčové například z důvodu efektivního fungování ve výkonových situacích, zpětně pak tyto úspěšné výkony ovlivňují sebepojetí osob a taktéž i jejich vztahy v rámci školních tříd.

Zvýšená senzitivita s sebou nese ne příliš výhodnou situaci pro dospívající osoby. Proměnlivost nálad a snížená míra tolerance tlaku je společností hodnocena jako negativní a mnohdy vyvolává i negativní reakce. Setkáváme se tak často s nepřijetím dospívajících osob a jejich komunikace, to u dospívajících způsobuje pocit odmítnutí a nejistoty (Dolejš et. al., 2018; Vágnerová, 2000). Toto období je tedy pro dospívající jedince obdobím plným pocitů, se kterými se musí vypořádat. Dle Maceka (2014 in Dolejš et. al., 2018) jsou zpochybňovány veškeré jistoty a nastává značný nesoulad. S nesouladem se váže i intenzivní zvýšení psychického stresu, která často vede k depresi, úzkostnosti v životě adolescentů (Costello et al., 2003).

### 3.2 Sociální vývoj

V období dospívání vliv rodiny určitým způsobem klesá. V rodinných vztazích s dospívajícím jde zejména o zrovnoprávnění jeho postavení. V určité fázi adolescence je však pro dospívajícího jedince důležitým indikátorem k pozitivnímu sebehodnocení vyjadřování pozitivních emocí, zájmu a porozumění ze strany rodičů. Pokud dospívající jedinci ve věku 15-18 let vnímají dlouhodobě a stabilně podporu ze strany rodičů, zůstává stabilní i jejich sebehodnocení. Ačkoliv blízké vztahy s rodiči ustupují tedy spíše do pozadí, důležitým hlediskem zůstává akceptace a tolerance z jejich strany. Adolescenti, kteří mají jistotu, že jim jejich rodiče v případě skutečné potřeby poskytnou podporu, se odváží více zkoumat možnosti života nezávisle na rodičích (Macek & Lacinová, 2012). Dekovic a Meeus (1993 in Macek & Lacinová, 2012) uvádí, že citová vazba s rodiči také často ovlivňuje podobu vrstevnických vztahů, špatné vztahy s rodiči pak mohou například zvyšovat kvantitu, nikoliv však kvalitu vztahů s vrstevníky.

Vrstevníci hrají v životě dospívajících osob zcela klíčovou roli. Význam těchto vztahů prudce stoupá většinou na úkor vztahu s rodiči. Vrstevnické vztahy poskytují více funkcí citové vazby, což je výhodné pro

vytváření autonomie vůči rodičům, které je pro toto období typické. Pro adolescenta je téměř nezbytné se identifikovat s určitou skupinou, komunitou svých vrstevníků, či se vůči jiným skupinám vymezit. Dospívající jedinci se zapojují do skupin a jsou schopni v nich fungovat, což je označováno jako sociální kompetence (Macek & Lacinová, 2012). Sociálními kompetencemi rozumíme sociální, emocionální i kognitivní schopnosti, které jsou uplatňovány při sociální adaptaci (Welsh, Bierman, 2001 in (Macek & Lacinová, 2012). Další novou podobou vztahu v tomto období jsou vztahy romantické, které tvoří dominantní část sociálního života dospívajících.

Dle Hrabala (2002) se vývojové změny v nejvyšších ročnících základní školy promítají do sociálního klimatu třídy. Mění se zásadním způsobem vrstevnické vztahy, snižuje se respekt vůči autoritě učitele a také i k jeho hodnocení či k jeho požadavkům. Často tak dochází k vytvoření negativního postoje vůči učiteli a jeho požadavkům. Úspěšný výkon ve školním prostředí je pro dospívajícího významnou hodnotou, která souvisí s uvažováním o nastávající profesi či studijní kariéře. V období adolescence dochází ve školním prostředí k závěru povinné školní docházky. Tato fáze představuje „prahové“ období, kdy dospívající po několika letech ukončí vzdělávání společně se svými vrstevníky a rozhodne se o své další životní dráze. Pro dospívajícího to znamená zvážení různých vzdělávacích možností a schopnost představit si sám sebe v určité profesi či zaměstnání, což vyžaduje určitou míru sebereflexe (Grubb, 2003 in Walterová & Greger, 2009). Dospívajícího čeká zásadní volba, za kterou nese zodpovědnost. Tuto volbu má před sebou většina patnáctileté populace v České republice s výjimkou jedinců na víceletých gymnáziích. Toto období je však považováno za mezní a pro život klíčové, z mnoha hledisek ho můžeme také považovat za zátěžové. Pro dospívajícího jedince, může být přestup ze základní školy na střední školu velmi stresující. Žák, který byl mezi již známými vrstevníky, se náhle ocitne ve zcela neznámém prostředí se zcela novými pedagogy a jinými vyučovacími styly. Tam, kde byl doposud zkušený a nejstarší, je náhle nejmladším a novým (Santrock, 2012 in Vágnerová, 2014). Pro vztah dospívajícího a rodiče je toto období mimořádné napětím a nejistotou. Na obou stranách je typické zvažování alternativ a na straně rodiče pak hlubší poznávání dítěte a následně vzájemné sblížování postojů vedoucí k výslednému rozhodnutí. Volba střední školy je procesem determinovaným vnitřními a vnějšími faktory a ovlivňovaným subjektivními a objektivními okolnostmi. Dospívající se rozhoduje na základě svých zájmů a očekávání, ale

také je ovlivněn sociokulturním prostředím, rodinnou situací a zázemím, aspiracemi rodičů a jejich přístupem k výchově. Dospívající se při vyhledávání rad ohledně svého dalšího vzdělávání nejčastěji obrací na rodiče, ačkoliv k dispozici jim jsou mnohdy i další dospělé osoby z okolí – učitelé, poradenští pracovníci (Walterová & Greger, 2009).

Kromě výše zmíněných osob, které, mohou být dospívajícímu nápomocni v otázce budoucího vzdělávání, má ve svém okolí dospívající mnoho dalších důležitých osob. Mezi ně mohou patřit například členové širší rodiny, známí rodičů, rodiče vrstevníků, vedoucí zájmových kroužků a sportovních oddílů, sousedi nebo i zcela cizí dospělé osoby, se kterými mohou dospívající navázat subjektivně významný vztah. Záleží však zcela na dospívajícím jedinci, zda tyto vztahy jsou pro něj natolik intenzivní, aby je považoval za vztahy osobní (Macek & Lacinová, 2012).

### 3.3 Dospívající osoba s koktavostí

Dospívající balbutici ve věku od 12-17 let se vnímají odlišně na rozdíl od svých vrstevníků, především v oblasti jejich komunikační kompetence a komunikačních obav (Erickson et al., 2013).

Dle dalších výzkumu Tomaiuoli et. al., (2015) v adolescentním období existuje trend zvýšené závažnosti koktavosti ve srovnání s dětstvím. Během dospívání má koktavost větší dopad než v dětství, což může být zapříčiněno obavami zvyšujícími se postupně s věkem. Kolem desátého roku života začíná jedinec své koktání negativně vnímat a zvyšuje se tak strach z dalších komunikačních situací a případných neúspěchů. Blood et al. (2003 in Iverach et. al., 2017) zjistili, že mladší adolescenti (13–15 let) vnímají koktání jako negativnější a stigmatičtější než starší adolescenti (16–18 let) a bylo zjištěno, že starší adolescenti jsou otevřenější ohledně svého koktání než mladší adolescenti.

Dospívající balbutici mají sklon hlásit negativní zkušenosti s vrstevníky, jako jsou škádlení a šikana. Blood et. al. (2011 in Iverach et. al., 2017) ve výzkumu uvádějí, že adolescenti s koktavostí se setkávají s významně vyšší úrovní škádlení a šikany a prokazují nižší míru sebevědomí. Také Iverach et. al. (2017) zmiňují, že koktání během dospívání je spojeno s řadou negativních zkušeností, včetně škádlení, šikany, sociální izolace a odmítání. Také dodávají, že několik dalších studií naznačuje, že koktavost během dospívání může být spojena s negativním dopadem na

komunikační postoje a kompetence, každodenní fungování, životní spokojenost, kvalitu života, sebevědomí, vztahy a psychosociální fungování.

Sebevědomí se týká uvědomování si vnějších i vnitřních aspektů sebe sama, jako je například fyzický vzhled, sociální výkon a vnitřní pocity (Davis & Franzoi, 1999 in Iverach et al., 2017). Negativní zkušenosti jako je šikádlení či šikana ze strany vrstevníků mohou být velmi často spojovány právě s nižším sebevědomím během období dospívání (O'Moore & Kirkham, 2001 in Iverach et. al., 2017) a sebevědomí je identifikováno jako významný prediktor fyzického a duševního zdraví adolescentů (Mann et al., 2004 in Iverach et. al., 2017).

Úzkost je také běžná u dospívajících s řadou poruch, včetně jedinců s NKS. Zejména u dětí s řadou raných poruch řeči, včetně koktavosti, bylo zjištěno, že ve věku 19 let vykazují jedinci zvýšenou míru úzkostných poruch jako je sociální úzkostná porucha. To naznačuje, že u adolescentů s poruchou řeči může dojít k rozvoji úzkosti a sociálního strachu. Úzkost může být také průvodním jevem řady poruch v dospívání (Iverach et. al., 2017).

Jak již bylo zmíněno, u dětí, které koktají, může hrozit, že budou vyloučeny, odmítnuty nebo vystaveny šikaně ve škole. Šikana označuje agresivní jednání, které probíhá za určitých podmínek, nadřazený pojem je agrese. Podstatou agrese je chování, které má za cíl ublížit jiné osobě. Šikana je dle Olweus (1994 in Berchiatti et al., 2020) definována jako forma násilí charakterizovaná opakujícími se činy agrese ze strany jednoho nebo více subjektů vůči oběti, obvykle v rámci asymetrického mocenského vztahu. Teorie the effect/danger ratio (Björkqvist et al., 1992 in Jánošová et al., 2016) zmiňuje, že agresor nejprve zvažuje přínos a následky svého plánovaného jednání a cílem pro něj je zvolit strategii, která co nejméně poškodí oběť a bude pro samotného aktéra nejbezpečnější.

Údajná odlišnost šikanovaných dětí představuje jeden z hlavních důvodů, kterým ostatní děti zdůvodňují a omlouvají šikanu. Jedinci, kteří se liší od kolektivu, jsou ostatními vrstevníky vnímány jako „divné“ a jsou ze skupiny vylučovány. Jakmile začne skupina vrstevníků vnímat jedince jako „jiného“ je velmi obtížné se v tomto kolektivu této stigmatizující nálepky zbavit. Jako odlišné je také vnímáno nedodržování norem a pravidel chování, akteři tak mnohdy pomocí šikany usilují o udržení toho, co je normální a správné. Normalitě se blíže věnujeme ve čtvrté kapitole. Mezi studenty uváděné důvody k šikaně spadají estetické nedostatky, nedostatky v oblasti ceněných schopností, odlišné nežádoucí chování – jedinec je označen za trapného, směje se v nevhodných situacích, divně

mluví, má ADHD (Frisén et al., 2007 & Thornberg, 2011 & Tupý 2011 & Thornberg et al., 2013 in Jánošová et al., 2016).

Osoby s koktavostí jsou často vnímány jako stydlivé nebo odtažitě, a proto jsou méně akceptované vrstevníky (Davis et al., 2002 in Berchiatti et al., 2020). Podobně jako u jiných znevýhodnění i dospívající balbutici zažívají vyšší míru viktimizace než dospívající osoby bez koktavosti. Někteří jedinci mohou koktání jiného jedince komentovat ze zvědavosti nebo zájmu. Takové komentáře mohou však být zraňující pro osoby s koktavostí, ačkoliv šikana nebyla záměrem (Kikuchi et al., 2019). Sociální zkušenosti osob s koktavostí hrají roli v progresi a udržení koktavosti – negativní stereotypy a související stigma mohou narušovat budování a udržování silných vrstevnických sítí a sociálních dovedností (Blood & Blood, 2016 in Berchiatti et al., 2020).

Mezi koktavostí, šikanou ve škole a psychosociálními problémy v dospělosti existuje složitá interakce, jako je sociální úzkost, strach z negativního hodnocení a nízká spokojenost se životem (Blood & Blood, 2016 in Berchiatti et al., 2020). Cook a Howell (2014 in Berchiatti et al., 2020) hodnotili šikanu dětí a dospívajících s koktavostí, nacházeli vztah mezi šikanou a sebevědomím dětí a také mezi šikanou a úzkostí u dospívajících. Následky šikany u těchto jedinců přetrvávají až do dospělosti – téměř 88 % dospělých s koktavostí vykazují vysoké skóre úzkosti a byli obětmi šikany během školních let (Blood & Blood, 2016 in Berchiatti et al., 2020). Většina učitelů identifikuje šikanu jako problém ve svých školách a pozoruje šikanu u dětí s koktavostí (Plexico et al., 2013 in Berchiatti et al., 2020). Většina osob s koktavostí zažila šikanu ve škole, což vedlo k okamžitým a dlouhodobým následkům. Pravděpodobnost šikany navíc souvisí s uváděnými obtížemi při navazování přátelství (Hugh-Jones & Smith, 1999 in Berchiatti et al., 2020).

Z výzkumu Kikuchi et al. (2019), který se zabýval šikanou a škádlením u jedinců školního věku s koktavostí, vychází několik klíčových faktů. Velká část jedinců, kteří koktají, je zpochybňována, napodobována a vystavena výsměchu. Osoby s koktavostí jsou šikanovány již od čtyř let. Šikana má pro osoby s koktavostí následky až do dospělosti. Psychologické dopady šikany by měly být řešeny komplexní léčbou.

Učitel hraje v tomto fenoménu důležitou roli, je nejen manažerem sociálních vztahů ve třídě, ale také vazbou, která hraje důležitou roli v procesu rozvoje dětí (Schwab & Rossmann, 2020 in Berchiatti et al., 2020). Kvalita vztahů s osobami jako jsou učitelé ovlivňuje sociálně-emocionální adaptaci dítěte, a to přímo nebo zmírňováním či

zhoršováním zranitelnosti dítěte (Hymel & Swearer, 2015 & Longobardi et al., 2016 in Berchiatti et al., 2020). Výzkumy ukazují pozitivní vliv dobrého vztahu mezi žákem a učitelem na regulaci emocí dětí a na vztahy s vrstevníky (Hughes & Im, 2016 Berchiatti et al., 2020). Naproti tomu konfliktní vztah mezi žákem a učitelem může zintenzivnit riziko školního neúspěchu zejména u rizikových dětí a zvýšit míru problémů s chováním a symptomy hyperaktivity/nepozornosti (Longobardi, Settanni et al., 2019 in Berchiatti et al., 2020). Existuje souvislost mezi kvalitou vztahu učitele a dítěte a šikanou (Camodeca & Coppola, 2019 in Berchiatti et al., 2020). Děti jsou obecně méně obětmi, když je vztah mezi učitelem a žákem vnímán jako pozitivní.



### Shrnutí

Druhá kapitola se zaměřuje na specifika období adolescence. Zachycuje stádia vývoje osobnosti dospívajícího jedince. Rozděluje charakteristické rysy vývoje do osobnostního a emocionálního vývoje a sociálního vývoje. Část této kapitoly je věnována konkrétně adolescentovi s koktavostí, kde jsou uvedeny zejména zahraniční poznatky, které se dané problematice věnují. V závěru kapitoly se věnujeme fenoménu šikany u dospívajících osob s koktavostí.

## 4 Stigma, sociální opora, prostředí

Implicitní teorie, která se zabývá vytvářením si představ o jiných lidech, nám přináší poznatek, že ten, kdo má určitý povahový rys, má také několik dalších povahových rysů, které jsou s tím spojeny, avšak podle této teorie považujeme některé rysy důležitější než jiné. Existuje efekt primarity, který nám říká, že svých prvních dojmů, které si o jiných lidech vytvoříme, se velmi těžko vzdáváme, zvláště pak, pokud jsou tyto dojmy negativní. Tento efekt je tedy velmi významný, co se týká utváření si dojmů o druhých lidech (Hodges, 1974 in Hayes, 2021). Pokud dochází ke klasifikaci lidí na základě povrchných charakteristik dle předem daných kritérií, nazýváme to stereotypizací. Není tak vůbec brán ohled na to, jaký člověk je, pouze je daný jedinec zařazen do již dříve vzniklých kategorií (Hayes, 2021).

### 4.1 Postoje a stereotypy

S postoji a stereotypy rozhodně souvisí to, co společnost ještě považuje za normální, a co už se od normy odchyluje, tedy vymezení normality. Vymezení hranic normality je nesnadné. Pomezí normality a abnormality jakékoli vlastnosti je souzeno dle různých kritérií. Je závislé na čase, společenském a kulturním kontextu. Nesmíme také opomenout, že hranice normality je pohyblivá. Norma se vymezuje v závislosti na aktuální úrovni poznání určité společnosti. Pokud společnost označuje určité projevy za abnormální, bývá tomu zejména tak z důvodu nesrozumitelnosti a nepochopení. Častější je to zejména u projevů, které jsou nápadné a snadno upoutají pozornost.

Pokud hovoříme o pojetí normality, máme několik pojetí. Jedním z nich je funkční, tedy takové, které považuje za normální to, co umožňuje optimální fungování jedince, to ovšem opět vede k otázce, co je optimální fungování a jak bychom ho mohli vymezit. Normálním projevem rozumíme takový, který vede ke chtěnému efektu. Společenské a kulturní chápání normality považuje za normální především to, co je dané v určité společnosti a kultuře. Hodnoty a normy jsou tedy vázané na určité postoje osob, míst a skupin. Tato pojetí se často zrcadí právě ve stereotypních postojích k jedincům s nějakým odlišením. Důležité je zdůraznit, že sociokulturní vymezení abnormality mnohdy zdaleka

neodpovídá a nereaguje na skutečnou závažnost potíží. Ideální norma je dalším pojetím normality, hraje velkou roli zejména v období dospívání. Má stimulačně motivační význam, je považována za nejlepší možný výsledek. Neměla by však plnit funkci hodnotícího kritéria z důvodu ne příliš pravděpodobného dosažení této ideální normy. Normalitu v určité sociální skupině nazýváme skupinovou normou.

Subjektivní norma je taková, která hodnotí co je a co není normální dle jednoho pozorovatele, a to zcela subjektivně a individuálně. Subjektivní pojetí pak souvisí s intelektovou úrovní, informovaností a schopností adekvátně chápat realitu. Za zmínku rozhodně stojí, že na určení normality hrají velkou roli i média (Kroupová & Hanáková, 2020).

#### 4.1.1 Postoje

Postoje mohou být definovány jako naučené smýšlení o objektu, osobě či události. Postoje však nejsou jen myšlenky, ovlivňují i chování a činnosti. Oproti názorům, které jsou spíše jen výroky, o kterých si myslíme, že jsou pravdivé, jsou postoje hodnotící a bývají emočně zbarvené. Postoje získáváme během celého našeho života, a to zejména prostřednictvím osobních zkušeností, ať negativních či pozitivních, nebo zprostředkovaně sociálním učením.

Nákonečný (2009) předpokládá vznik postojů na základě vztahu k hodnotám, předpokládá tedy jistou orientaci v hodnotách, které se dle jeho názoru utvářejí již v raném dětství. Ke změně postojů dochází jen těžce, zejména pak u postojů stabilních. Zmíněn je možný vliv závažných skutečností.

Postoje jsou definovány pomocí tří rozměrů: kognitivní – názory a myšlenky daného jedince; emocionální – co daný jedinec cítí a jak na to emocionálně reaguje; behaviorální – chování, jednání. Tyto tři dimenze mohou velmi často být rozporuplné. Postoje mají také několik funkcí. Jednou z nich je hodnocení objektů, kdy jsou kvůli postojům usměrňovány naše reakce tak, že pokaždé nemusíme znovu hledat vhodný způsob reakce. Další funkcí je sociální přizpůsobení, kdy kvůli vyjádření určitého postoje je posílen určitý vztah a zvýšena skupinová soudržnost. Další funkcí postoje je externalizace, ke které dochází nevědomě v podobě spojení motivů a vnitřních stavů s něčím, co aktuálně probíhá v bezprostředním okolí (Smith, Bruner a White, 1964 in Hayes, 2021).

Co se týká postojů k osobám se znevýhodněním, ty se mění společně s věkem. Malé děti zaujímají postoje bez jakýchkoliv předsudků. Postupně jsou ovlivňovány postoji okolí, zejména postoji v rodinném

prostředí, tento vliv je zřejmý až do dospívání. V období dospělosti se postoje opět transformují (Hájková a Strnadová, 2010). Kroupová a Hanáková (2020) zmiňují, že postoje, které v dané společnosti převládají, se zákonitě projeví i v názorech jedince, v jeho subjektivním hodnocení sebe samého a v hodnocení svého případného znevýhodnění.

### 4.1.2 Stereotypy

Stereotypy by mohly být označeny za nevědomé obsahy mysli, které působí na jedince jako reálný obraz světa, bývají stabilní, tedy obtížně změnitelné. Sedláková (2002 in Sirovátka, 2002) zmiňuje, že pokud jsou stereotypy již upevněné, je pozornost jedince uzpůsobena tak, že zaznamenává primárně fakta, která podporují stereotypní myšlení a upozaduje jevy protikladné. Stereotyp může být také definován jako mínění o určitých skupinách, či jednotlivých individuích, které jsou vnímány a posuzovány dle jisté šablony (Nakonečný, 1997).

Stereotyp u lidí s koktavostí je převážně negativní. Často jsou jedinci s koktavostí považováni za nadměrně nervózní, úzkostlivé, rezervované. Dále také předchozí výzkumy ukazují další osobnostní rysy, které jsou jedincům s koktavostí připisovány například, že jedinci jsou plaší, nejistí, napjatí, ustrašení. Tyto stereotypy se projevují napříč různými společenskými skupinami, ať už hovoříme o učitelích, rodičích, logopedech, lékařích (MacKinnon et al., 2007).

## 4.2 Stigma

Osoby s koktavostí, jsou často spojovány s negativními osobnostními charakteristikami a vlastnostmi. Jsou považovány například za plaché osoby s nízkou inteligencí. Tyto stereotypy jsou však mylné a hrají velkou roli při vytváření stigmatu o lidech s koktavostí (McGill et al., 2018).

Stigma znamená značka či ostudné znamení. Stigma bychom mohli také označit jakýmsi negativním společenským cejchem. Pro společnost může znamenat dominantní charakteristický rys, podle kterého můžeme daného jedince poznat. Důležité je však poznamenat, že smysl slova je spíše negativní. Stigma je zkratka soud společnosti, kdy je něco považováno za nevhodné, nehodící se, méněcenné, slabé či nebezpečné. Stigmatizace je tedy procesem, kdy určitá skupina s určitým rysem dostává negativní „nálepku“. Tato skupina je tedy předurčena k vyčlenění, odsouzení. U společnosti může tato skupina vyvolávat strach nebo odpor či

nonkonformitu s danými rysy jedince. Činy či vlastnosti daného jedince či několika jedinců se přisuzují celé skupině a velmi často dochází ke zveličení. Hovoří se tedy o jistém zobecňování – co platí pro jednoho, platí pro všechny. Stigmatizace velmi ovlivňuje i to, jak lidé vnímají sami sebe a jak je vnímají druzí. Můžeme zaznamenat několik druhů stigmatu – sebestigmatizace, veřejné stigma, strukturální či institucionální stigma, přidružené stigma (Hubner, 2022).

Veřejné stigma je takové, které se projevuje danými názory ze strany společnosti. V osobních rozhovorech či při přednáškách dochází nejčastěji k prolomení negativních předsudků. Strukturální či institucionální stigma je takové, které se projevuje ze strany jistých zákonů, pravidel. Můžeme tak označit například pojišťovny, které za danou léčbu v oblasti o daného stigmatizovaného jedince zavádějí zvláštní příplatky. Přidružené stigma je takové, kdy kromě stigmatizované osoby je sekundárně zasaženo také jeho blízké okolí. Může se projevovat například tím, že je společnost vylučuje či jim je přisouzena odpovědnost za daného jedince a jeho znevýhodnění, onemocnění (Hubner, 2022).

#### **4.2.1 Sebestigma (self-stigma)**

Sebestigma je definováno jako akceptace negativního hodnocení ze strany společnosti, které člověk, který je v tomto stigmatu již přítomný, schvaluje kvůli pocitu sociální méněcennosti (Blumgart et al., 2010). Stigmatizovaný jedinec se tedy ztotožní s tím, co se říká o skupině, do níž náleží, a chápe to jako důležitou součást vlastní identity. Jedinec se ztotožní se soudy společnosti. Sebestigmatizace může vést k méněcennosti, k sociální izolaci, může jedince odradit od hledání práce, může vést k úzkostem, depresi. Sebestigma se očekává právě u osob s koktavostí. Ve výzkumu Boyle et al. (2016) zachycují veřejné stigma, které souvisí s koktáním a s dopady na osoby s koktavostí.

Skupinová terapie je jednou z cest, kdy má jedinec příležitost se setkat s dalšími osobami se stejným znevýhodněním, a má tak možnost získat pochopení a podporu. Další z terapeutických strategií, která byla využita ke snížení sebestigmatizace, je sebeodhalení. Výzkum Byrd et al. (2017) podporují pozitivní účinky sebeodhalení jak u dospělých, tak u dětí s koktavostí. Sebeodhalení je tak cenným nástrojem ke zvýšení pozitivního vnímání jak komunikačních partnerů, tak jedinců s koktavostí (McGill et al., 2018). Sebeodhalení je typ komunikace, při které přiznáváte informace, které obvykle nebýváte schopni přiznat. Obvykle

vědomě přiznáváte něco z oblasti skrývané a přesouváte to do oblasti otevřené (DeVito, 2008). Sebeodhalení u osoby s koktavostí znamená odhalení koktavosti a dalších případných potíží s ní spojených.

Rana et al. (2021) ve své studii zkoumali vztah mezi sociální úzkostí, vnímáním stigmatu a kvalitou života jedinců s koktavostí. Cílem bylo zjistit, zda vnímání stigmatu způsobuje sociální úzkost a má dopad na kvalitu života. Výzkumu se účastnili mladiství ve věku 11-25 let. Výsledky odhalily významnou souvislost mezi sociální úzkostí, vnímáním stigmatu a kvalitou života, proto považují za přínosné snížit sociální úzkost a vnímané stigma, aby se zlepšila kvalita života osob s koktavostí.

### 4.3 Sociální opora

Z důvodu specifických potíží, které koktavost přináší, a nedostatku sebevědomí je většina jedinců s koktavostí zaměstnána na nižší úrovni, než je jejich intelektuální a vzdělávací kapacita. Ve výzkumu Hayhow et al. (2002) přibližně 56 % jedinců s koktavostí uvedlo, že kvůli koktání byl ovlivněn jejich školní život, 46 % uvedlo, že koktavost ovlivnila jejich volbu povolání a volnočasové aktivity a 44 % mělo kvůli koktání problémy s přátelstvím a jinými vztahy. Takovým jedincům je bezesporu nutné poskytnou pomoc přátel, učitelů, rodiny a blízkého okolí. Tato pomoc může přicházet ve formě porozumění, nasměrování, podpory.

Tuto pomoc můžeme nazvat sociální podpora či opora. Boyle (2015) ve svém výzkumu zjišťuje, že sociální podpora od rodinných příslušníků je významným faktorem při predikaci kvality života. Bohužel Blumgart et. al. (2014) zjišťují, že jedinci s koktavostí uvádějí nižší úroveň sociální podpory a jsou méně spokojeni se svou dostupnou podporou ve srovnání s jedinci bez koktavosti. Sociální opora znamená již zmíněnou pomoc, která je poskytována jedinci jinými lidmi.

Opakem sociální opory je osamělost. Struktura sociální opory se týká existence a velikosti sociální sítě a míry, do jaké je jedinec se sociální sítí propojený. Zahrnuje emocionální, informační a instrumentální podporu. Může mít podobu informace o tom, že okolí má daného jedince rádo, že si ho váží, prokazuje mu zájem a záleží mu na něm. Díky tomu se daný jedinec může cítit jako součást vztahů, skupin, společnosti. Mezi různé specifické typy sociální podpory, které může jedinec zažít, patří emocionální podpora – naslouchání, pocit pohodlí a bezpečí; informační

podpora – rady a vedení; podpora úcty – zvýšení pocitu kompetence osoby a hmatatelná podpora (Jedlička, 2015; Drageset, 2021).

Sociální podpora podporuje zdraví a kvalitu života u všech jedinců. Je prediktorem fyzického a duševního zdraví a nárazníkem, který chrání osoby před špatnými dopady stresujících životních událostí poskytnutím pocitu sounáležitosti. Tento pocit pak vede k vyššímu pocitu pohody, který může zlepšit odolnost v náročných situacích. Lidé, kteří vědí, že mají přístup k podpoře, ať už emocionální nebo instrumentální, mají tendenci mít vyšší odolnost a pozitivnější emoce během těžkých situací díky ochranné povaze silné sociální sítě. Emocionální podpora je často analyzována ve studiích u různých zdravotních postižení, a to z důvodu pozitivních souvislostí se sebedůvěrou, lepší kvalitou života a lepšími psychosociálními výsledky. Znalost sociální podpory je důležitá zejména pro pracovníky poskytující péči a léčbu ve všech věkových kategoriích. Pomoc jedinci formou sociální podpory vyžaduje empatii, odložení vlastních předsudků, porozumění způsobům vnímání jedince, respektování odlišností a dosavadních zkušeností bez zaujímání jakýkoliv osobních stanovisek. Nezbytná je akceptace, kterou rozumíme to, že přijímáme pocity jedince takové, jak je daný jedinec cítí. Duševní podpora pak znamená, že se snažíme vnímat jedince a porozumět tomu, co se v něm odehrává (Jedlička, 2015; McColl, 1995; Malecki & Demaray, 2003 in De Nardo et al.; 2016; Crocker & Park, 2004 in Plexico et. al., 2019; Antonovsky, 1987 in Drageset, 2021; Drageset, 2021).

U dospívajících osob málokdy zaznamenáme, že by byly schopné vyjádřit, co se v nich odehrává, mnohdy spíše své potíže naznačují či je symbolicky vyjadřují. Studie Karunarathne (2022) se zaměřuje na zkoumání dopadu vnímané sociální opory, měřené v oblastech – rodina, přátelé a další významná podpora pro sebevědomí adolescentů. Výsledky této studie ukázaly, že vnímaná podpora ze strany rodiny, přátel a dalších významných osob ovlivňuje pozitivním způsobem sebevědomí adolescentů, nejvýznamnější vliv má však podpora rodiny (Jedlička, 2015; Karunarathne, 2022).

#### **4.3.1 Rodina**

Znevýhodnění jedince není zdaleka jen záležitostí jeho samotného nýbrž i záležitostí rodiny, často vnímaný je určitý vliv na celou rodinu. S tím mohou být spojené i změny rolí, vztahy jednotlivých členů a někdy i celkový styl života rodiny, její hodnoty a normy. Záleží však na postoji



rodiny a míře daného znevýhodnění. Důležité je zejména uvědomění, že rodina je pro zasaženou osobu jednou z mála sociálních skupin, která mu umožňuje očekávanou sociální integraci a poskytuje mu v ideálním případě potřebnou emoční podporu. Faktem je, že všechny psychosociální vlivy jsou pro jedince určitým způsobem důležité a ovlivňují nejen jeho osobní komfort, ale i průběh života s určitým znevýhodněním či progres symptomů (Kroupová & Hanáková, 2020).

Oznámení diagnózy je pro rodiče zátěžovou a stresovou situací. Rodiče často reagují kombinací různých emocí, jako je úzkost, strach, vztek, smutek až deprese. Způsobem, jakým na tuto situaci rodiče reagují a jak ji zvládají, spoluurčuje, jak bude reagovat sám jejich potomek. Interpretace znevýhodnění rodiči dává situaci určitý konkrétní význam, samotné dítě nebývá na úrovni, kdy by bylo schopné v plném rozsahu porozumět všem informacím. Z toho důvodu bývá postoj rodičů a jejich chování to nejdůležitější.

Reakce zasažené osoby závisí na vývojové úrovni, individuální zkušenosti, na reakcích prostředí, zejména však rodiny. Co se týká vnímání svého znevýhodnění v období dospívání, dochází k tomu, že se u jedince mění způsob uvažování. Jedinec je již schopen pochopit podstatu znevýhodnění a také pochopit důsledky, které z něho plynou, s čímž přichází i uvědomění si možnosti vlastního ohrožení do budoucnosti, a to zejména ve vztahu k profesní volbě a mezilidským vztahům (Vágnerová, 1999).

S tématem rodiny souvisí i sourozenecký vztah. Situace sourozenců se znevýhodněním bývá složitá, jedinci se musí naučit vypořádat se situací a postoje sourozence jsou hodně ovlivněny rodiči. Sourozenec vnímá zejména to, jak se rodiče k jedinci chovají doma, na veřejnosti, jak o sourozenci mluví či ho podporují. Od toho se do jisté míry odvíjí, zda postoj sourozence bude pozitivní či negativní. Na systém rodiny a zájem o jejich jednotlivé členy by se nemělo zapomínat (Šelner, 2012).

### **4.3.2 Spolupráce rodiny a odborníků**

Co se týká komunikace rodičů s odborníky, důležitým poznatkem je, že není osoby, která by znala dítě lépe, než je samotný rodič. Podpora ze strany rodiny spočívá zejména v tom, aby rodiče realisticky akceptovali své dítě a aby pochopili jednání svého dítěte. Odpovědi může rodina vyhledat u odborníků, kteří mají patřičné teoretické a praktické zkušenosti a kde je navázán důvěryhodný vztah. Odborníci často selhávají právě při



vysvětlování a komunikaci s rodiči. Odborník by měl mít nejen znalosti, ale také komunikační dovednosti, které zahrnují například umění vést rozhovor, motivovat, patřičně reagovat na formy odporu i odmítání motivace (Šelner, 2012).

Mnohým odborníkům je nepříjemné pracovat s rodiči na efektivní úrovni. Kliničtí odborníci často nevnímají ty nejdůležitější prvky v pozadí osob s koktavostí, které jsou dle Kollbrunnera et al. (2014) například přístup rodiče či sourozence k osobě s koktavostí, blahodárný či destruktivní dopad babičky, skutečnost, že rodiče jsou odloučeni nebo že vážné finanční problémy ohrožují rodinný život. Pro klinické logopedy, kteří nejsou psychoterapeuty, je obtížné uvažovat o těchto informacích do hloubky, ale pro každého jednotlivého klinického odborníka je mnohem lepší najít vhodnou míru než tyto informace ignorovat.

Kliničtí odborníci zdůrazňují důležitost navázání důvěryhodného a kooperativního vztahu s rodiči. Za základ považují vzájemnou důvěru mezi odborníkem a rodičem (Unger & Berg, 2013). Tento vztah se však v průběhu intervencí musí rozvíjet, odborník by měl vyzvat rodiče k tomu, aby o věcech otevřeně diskutovali, a on sám by měl být schopen empaticky naslouchat, ale také v mnohých situacích rodiče konfrontovat s občas nepříjemnými informacemi. Dalším problémem je, že odborníci často hovoří o poradenství rodičů, ale většinou to znamená poradenství matek a zřídka poradenství otců.

V poradenství rodině se úhel pohledu na rodinu často zužuje pouze na vztah rodič-dítě, prarodiče a další rodinní příslušníci jsou zmiňováni jen zřídka. Ezrati-Vinacour a Weinstein (2011) pravděpodobně nejsou jediní, kdo říká, že se jako odborníci cítí při interakci s rodiči osob s koktavostí bezmocní, ambivalentní a rozpačití. Yaruss a Bernstein Ratner (2010) považují za klíčové pochopit důležité body životní situace rodiny, chce to však odvahy ze strany klinických odborníků, kteří mají možnost zeptat se rodičů, jak oni a jejich potomek vnímají vztah ke koktavosti, jak tento vztah vnímá jejich širší okolí.

Kliničtí odborníci by tak měli dojít k uvědomění, že pouze akademické poznatky k úspěšné klinické praxi nestačí. Stejně jako se po zahájení klinické praxe Rouse (2012 in Kollbrunner et al., 2014) zamýšlí: „Věřím, že jsem byl výborně vyškolen k identifikaci a diagnostice různých narušení komunikačních schopností, stejně tak k hodnocení a léčbě pacienta. Když jsem dokončil svá studia a vstoupil do klinického prostředí, cítil jsem se sebejistě, byl jsem si jistý tím, co dělám. Velký okamžik překvapení přišel s klienty a jejich rodinami, kteří se mnou navázali vztah.

Strach, ztráta, frustrace, osamělost, zoufalství, deprese, přijetí, šok a hněv – to byly zážitky, které se mnou moji klienti a jejich rodiny sdíleli, a já jsem upřímně nebyl připraven se s nimi vypořádat.“

*Shrnutí*

Poslední teoretická kapitola upevňuje definici postojů, stereotypů, stigmatizace a vymezuje pojem normalita, který je pro porozumění těmto termínům nezbytný. Částí této kapitoly je podkapitola s názvem sociální opora, která se věnuje roli rodiny osoby s kochtavostí, důležitosti spolupráce rodiny a odborníků při poradenských terapiích a zdůrazňuje její úskalí a rizika.

## 5 Výzkumná část

Diplomová práce se zaměřuje na zmapování postojů dospívajících osob s koktavostí a postojů blízkého okolí. Hlavním cílem výzkumu je zmapování postojů jak samotné dospívající osoby s koktavostí, tak blízkého okolí této osoby, konkrétně rodičů. Výsledky postojů jsou srovnávány mezi jednotlivými skupinami. Byla zvolena kontrolní skupina, respondenty představují rodiče s dospívajícími jedinci, bez osobní zkušenosti s koktavostí. Díky výzkumnému šetření je umožněn detailní rozbor faktorů, které se podílejí na utváření zkoumaného postoje ke koktavosti.

### 5.1 Metodologie

Výzkum je řešen kvantitativní metodou, konkrétně formou dotazníku. Dotazník je nejčastěji užívanou kvantitativní metodou. Dotazníkovým šetřením získáváme odpovědi od většího vzorku respondentů (Gavora, 2010). V tomto výzkumném šetření je využit dotazník ASE (*Appraisal of the Stuttering Environment*). Tento dotazník je autorkou přeložen do českého jazyka, překlad doposud nebyl vytvořen. Původní znění dotazníku je v americké angličtině. Autorem dotazníku je doktor Kenneth O. St. Louis a projekt IPATHA, což je mezinárodní projekt Postojů k lidským atributům s vizí porozumět a změnit postoje veřejnosti.

Projekt IPATHA kromě zmíněného dotazníkového šetření ASE vlastní také nástroj POSHA-S. Tento nástroj je dotazníkovým šetřením, které měří postoje veřejnosti ke koktání. Ten využila Chlupáčková (2022) ve své bakalářské práci, kde zjišťovala veřejné postoje ke koktavosti. Ačkoliv je nástroj ASE podobný nástroji POSHA-S, ASE je obsáhlejší a byl vyvinut právě ke zkoumání prostředí jedince s koktavostí. Zejména pak pro rodinné příslušníky a přátele osob s koktavostí. Dotazník ASE slouží ke zkoumání vztahu mezi prostředím a takovými proměnnými jako je například úspěch při terapiích, odolnost klienta vůči terapii, vliv prostředí na vlastní postoje klienta. Nástroj ASE vznikl z přesvědčení, že prostředí jedince s koktavostí může ovlivnit postoje osoby s koktavostí, Změnit smýšlení o koktavosti, o reakci na koktavost, sebevědomí a myšlenky o podpoře. Tento výzkumný nástroj poskytuje důležité informace o tom, na jaká přesvědčení a reakce je potřebné se zaměřit při změně v postojích klientů a jejich okolí. Opakované užití dotazníku v klinické

praxi také může mapovat, jak změny v postojích blízkého okolí ovlivňují pokroky a postoje jedince (St. Louis, 2022).

Dotazníkové šetření má 95 položek, administrace dotazníku si žádá zhruba 20 minut. První částí je část demografická, pokračuje částí obecnou, kde se srovnává koktavost se čtyřmi dalšími atributy, kterými jsou atributy pozitivní, neutrální až po negativní. Poslední částí je podrobné dotazování na koktavost. Tyto položky jsou sloučeny do 8 kategorií – vlastnosti/osobnost, pomoc od..., příčina, potenciál, vstřícnost/pomoc, sympatie/odstup, znalosti a zdroj znalostí. Těchto osm kategorií je dále kombinováno do dvou dílčích proměnných, kterými se tento výzkum primárně zabývá. Průměrem těchto dvou proměnných získáváme výsledné skóre postojů ke koktavosti. Hodnocení je zaznamenáváno na devíti bodové Likertově škále, s další možností odpovědi „nevím“. Body z jednotlivých odpovědí jsou převedeny na stupnici od -100 do +100, kde 0 je neutrální. Některé položky musely být obráceny. „Pozitivnější“ čísla, odráží přesnější a citlivější hodnocení, zatímco nižší skóre „negativnější“ čísla znamenají méně citlivé, méně informované, méně přesné, hodnocení. Data jsou vyhodnocována zadáním do sešitu Microsoft Excel, kde je vypočítán profil různých postojů a reakcí na stupnici od -100 do +100. Toto vyhodnocení bylo doporučeno a sestaveno dle instrukcí, které byly poskytnuty původním autorem dotazníku. Statistické zpracování probíhalo v programu IBM SPSS, což je statistický a analytický software. V tomto programu probíhalo deskriptivní a matematické statistické zpracování, v podobě popsání průměru, mediánu, minima, maxima, směrodatné odchylky a aplikace t-testu, k porovnání rozdílnosti a shodnosti výzkumných skupin a jejich postojů.

Dotazník ASE byl vyvinut v americké angličtině s nadějí, že bude přeložen a využíván v jiných jazycích po celém světě. Do procesu překlada bylo začleněno několik principů, které podporují maximálně přesné překlady. Mezi tyto zásady patří vyhýbání se slangu, vyhýbání se odbornému jazyku, vyhýbání se emocionálně zabarvenému jazyku, srozumitelnost alespoň pro jedince od 6. ročníků ZŠ, využití zpětných překladů, kontrola originálních a přeložených verzí.

Ačkoliv jsou dotazníky POSHA-S a ASE využívány primárně ve výzkumu, mají hodnotu také pro osobní vzdělávací nebo klinické využití, a to zejména dotazník ASE. V osobním využití je dotazník vhodný pro zkoumání toho, co daný jedinec ví, co si myslí o koktavosti a dalších charakteristikách. Může odhalit mezery ve znalostech, předsudky, nedostatky v oblasti empatie či pochopení pro druhé. Ke vzdělávacímu využití

Lze dotazník užít ve třídách, kde by mohly výsledky být analyzovány a prezentovány. Mohly by tak sloužit jako podklady pro diskuze nebo projekty na omezení šikan, snížení stigmatu či posílení inkluzivního prostředí. Co se týká klinického využití dotazníku jen zřídka kliničtí odborníci měří „postojové prostředí“ svých klientů, které se skládá z postojů blízkého okolí. Za poslední roky však vyšlo najevo, že negativní přesvědčení, které o sobě balbutik má – sebestigma, souvisí s přímými i nepřímými reakcemi okolí na jeho koktání (Boyle & Blood, 2015). Dává proto smysl, že by kliničtí logopedové měli dokumentovat a sledovat klientovo „postojové prostředí“ v průběhu terapeutického procesu a v ideálním případě by měly být na konci terapie postoje ke koktavosti jak klienta, tak i jeho blízkého prostředí pozitivnější.

### 5.1.1 Původ dotazníku

Jak již bylo zmíněno, dotazník ASE poskytnul tomuto výzkumu doktor Kenneth O. St. Louis. Komunikace probíhala prostřednictvím emailové korespondence, kde probíhala také konzultace o záměru tohoto výzkumu. Dotazník doktor St. Louis poskytnul bez finančního nároku s dodržáním dohodnutých podmínek. Po zaslání dotazníku v jeho původním znění došlo ke zpracování překladu autorkou výzkumu.

Překlad dotazníku probíhal dle doporučeného postupu. Dotazník z původního znění byl přeložen autorkou výzkumu, která má úroveň anglického jazyka C1. Následně byl dotazník zaslán další osobě s úrovní anglického jazyka C1. Tyto verze dotazníků byly komparovány a byla vypracována verze dotazníku v českém jazyce. Konečná verze dotazníku byla zpracována překladatelem, který má vysokoškolské lingvistické vzdělání. Po tomto překladu došlo ke konzultaci a drobným změnám v překladu a následně byla zpracována konečná verze dotazníku v českém jazyce. Konečná verze byla přeposlána autorovi dotazníku.

Konečná verze dotazníku byla před spuštěním šetření podrobena zkušební administraci, zkušebním respondentem byla dospívající osoba 9. ročníku základní školy a dospělá osoba s vysokoškolským vzděláním, tento vzorek nebyl zahrnut do zpracovaných dat. Po administrační zkoušce nedošlo již k žádným zásadním úpravám dotazníkového šetření.

### 5.1.2 Vymezení problematiky

Předpokládáme, že pozitivní postoje ke koktavosti blízkého okolí osoby s koktavostí jsou základem pro možnou žádoucí podporu z této strany.

Podpora blízkého okolí je pro dospívající osoby nezbytnou součástí života. V období adolescence dochází u dospívajících osob k častým výkyvům v oblasti sebehodnocení. Pro dospívající je k pozitivnímu sebehodnocení nezbytné vnímání sounáležitosti ze strany rodiny a blízkého okolí. Mezi další důležité osoby, které tvoří pro jedince jistou sociální síť, mohou kromě rodičů patřit vrstevníci, třídní kolektiv, členové širší rodiny, učitelé, sousedi. Sociální zkušenosti hrají v životech osob s koktavostí velkou roli zejména v oblasti progresu koktavosti. Dospívající balbutici se často setkávají se stereotypními vzorci chování nejen ze strany veřejnosti, ale mnohdy i v nejbližším sociálním okruhu od rodiny či třídního kolektivu. Postoje okolí, zejména pak blízkého, mají na osoby s koktavostí dopad a mohou mít neodmyslitelný vliv na postoje a život balbutika. Negativní postoje rodiny a blízkého okolí mohou být mnohdy neodhalenou překážkou při logopedických terapiích. Ze strany odborníků by tak mělo dojít k poskytnutí informací a k diskusi s blízkým okolím osoby s koktavostí. Z tohoto důvodu se výzkum zaměřuje právě na postoje dospívajících osob s koktavostí a postoje rodičů dospívajících osob s koktavostí.

Několik zahraničních studií se již zabývalo problematikou postojů blízkého okolí osoby s koktavostí. Jednou ze studií je výzkum St. Loius et al. (2016), kteří ve svém výzkumu mapují postoje malých dětí s koktavostí a porovnávají je s postoji rodičů dětí s koktavostí. Z výzkumu bylo zjištěno, že postoje rodičů malých dětí s koktavostí jsou pozitivnější nežli postoje samotných malých dětí. Crowe a Cooper (in St. Louis et al., 2016) uvádějí, že postoje rodičů malých dětí s koktavostí projevují negativnější postoje ke koktavosti nežli rodiče dětí, které nekoktají, naopak studie St. Louis et al. (2016) uvádí, že blízcí rodinní příslušníci dětí s koktavostí mají pozitivnější postoje než rodiče s dětmi bez koktavosti. Další studie Özdemir et al. (2011) uvádí, že rodiče od jedenácti až dvanáctiletých osob s koktavostí mají stejné postoje jako sami jedinci. Mnohé studie také ukazují, že postoje lze zlepšit. Předpokládáme tedy, že postoje jedinců i jejich rodin jsou proměnlivé a v průběhu života se budou měnit. St. Louis et al. (2015) ve svém výzkumu také porovnávají postoje jedinců s koktavostí s postoji rodinných příslušníků, blízkých přátel a veřejností. Takové studie se pro tento výzkum stávají výchozími.

## 5.2 Průběh výzkumného šetření

Výzkumné šetření bylo konzultováno a schváleno členem etické komise Masarykovy univerzity a vedoucím diplomové práce. Pro účastníky výzkumného šetření byly vytvořeny etické souhlasy. Tyto formuláře jsou přiloženy v příloze. Respondenti byli před účastí na výzkumném šetření informováni o účelu tohoto výzkumu. Dále byli také informováni o anonymitě zpracovaných dat. Byla zdůrazněna dobrovolnost účasti na výzkumném šetření.

Dotazníkové šetření bylo uskutečněno v online formě. Administrace dotazníků online byla ověřena St. Louisem v roce 2012, kde došlo ke srovnání online a papírové podoby výzkumu. Tento výzkum nevykazoval žádné významné rozdíly. Součástí dotazníku ASE je otázka o vztahu k osobě s koktavostí, dle odpovědí na tuto otázku byly vytvořeny skupiny respondentů. První skupinu tvoří samotné dospívající osoby s koktavostí (dospívající balbutici), druhou skupinou jsou rodiče dospívajících balbutiků a třetí skupinou je kontrolní vzorek rodičů, dospívajících osob, bez osobní zkušenosti s koktavostí. Detailnější charakteristice každé z uvedených skupin se budeme věnovat v další podkapitole. Respondenti byly vybráni účelovým výběrem na základě dostupnosti a dobrovolnosti. Jak již bylo zmíněno, výzkum se zaměřuje zejména na dospívající osoby s koktavostí a jejich blízké okolí. Z tohoto důvodu byli účelně vyhledáni právě dospívající ve věku od 11 do 20 let a jejich rodiče. Původní plán výzkumu zahrnoval i další členy blízkého okolí, nedošlo však k naplnění tohoto záměru. Detailnějšímu zdůvodnění se věnuji v podkapitole limity práce.

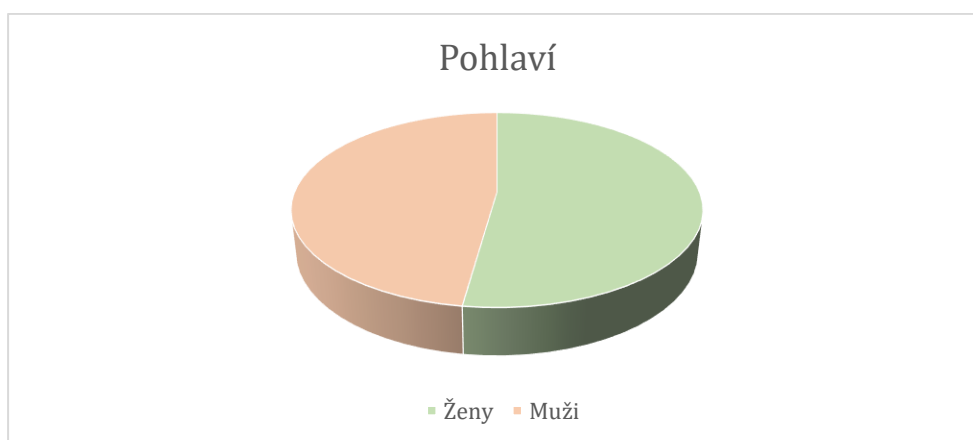
### 5.2.1 Charakteristika výzkumného vzorku

Výzkumu se zúčastnilo 67 respondentů. Tito respondenti vyplnili dotazník ASE a nevynechali žádnou položku. Charakteristika respondentů byla podmíněna hned několika požadavky. Hlavním požadavkem u stěžejní skupiny výzkumného šetření byl věk adolescence, a to konkrétně ve věku od 11-20 let. Další skupinu respondentů tvořilo právě blízké prostředí dospívajícího balbutika. Sběr respondentů probíhal v několika krocích. Autorka výzkumného šetření e-mailovou formou kontaktovala 356 klinických logopedů v České republice. Logopedi byli informováni o požadované charakteristice respondentů a o účelu výzkumného šetření. Z 356 logopedů 5 logopedů poskytlo, po písemném souhlasu zákonného



zástupce dospívajícího balbutika, kontakt autorce výzkumu. Bylo získáno 23 kontaktů na zákonné zástupce dospívajících balbutiků. Dalším krokem bylo kontaktování zákonného zástupce dospívajícího respondenta s koktavostí ze strany autorky výzkumu. Tato komunikace probíhala formou e-mailové korespondence či v podobě telefonického hovoru. V této rovině byly prodiskutovány možnosti vyplnění dotazníku dospívajícím jedincem a jeho blízkým okolím. Z 23 získaných kontaktů se zúčastnilo výzkumu 19 respondentů s koktavostí ve věku 11-20 let, následně byl získán vzorek 23 rodičů, kteří mají dospívajícího potomka s koktavostí. Původním záměrem bylo také získání výzkumné skupiny sourozenců, prarodičů či přátel dospívajících jedinců s koktavostí. Tento záměr se však nepodařilo naplnit, což detailněji zmiňuji v limitech studie. Respondenti byli doplněni o kontrolní skupinu 25 rodičů s dospívajícím potomkem ve věku 11-20 let. Tito respondenti byli získáni formou náhodného výběru, kritériem byl potomek ve věku 11-20 let a žádná osobní zkušenost s jedinci s koktavostí.

**Graf 1: Zastoupení pohlaví v celkovém výzkumném vzorku**



Z grafu č. 1 můžeme zaznamenat, že výzkumu se celkem zúčastnilo 32 mužů a 35 žen.

### 5.2.2 Charakteristika jednotlivých skupin respondentů

V tabulce č. 2 zaznamenáváme označení skupin, shrnujeme jejich charakteristiku a uvádíme počet respondentů.

**Tabulka 2: Charakteristika jednotlivých skupin respondentů**

Označení skupiny	Skupina A	Skupina B	Skupina C
Profil	Dospívající balbutici	Rodiče dospívajících balbutiků	Rodiče dospívajících osob, kteří nemají osobní zkušenost s koktavostí
Počet respondentů	19	23	25

Počet respondentů v každé skupině byl plánován alespoň na 25 respondentů, bylo tak doporučeno doktorem Kennethem O. St. Louisem, původním autorem dotazníku. K dosažení plánovaného počtu respondentů nedošlo z důvodů, které jsou uvedeny v limitech výzkumu.

**Tabulka 3: Zastoupení pohlaví v jednotlivých skupinách**

	Pohlaví		
	Skupina A	Skupina B	Skupina C
muž	17	8	7
žena	2	15	18
celkový počet	19	23	25

Tabulka č. 3 uvádí zastoupení pohlaví v jednotlivých skupinách respondentů. Koktavost se častěji vyskytuje u mužů nežli žen, a to v poměru 2:1, tento poměr uvádí Kehoe (2001 in Lechta, 2010). Poměr se s věkem zvyšuje a u mužského pohlaví je koktavost častější. Snažili jsme se proporční zastoupení pohlaví zajistit v našem výzkumném vzorku Skupiny A.

Ve Skupině B i ve Skupině C zaznamenáváme nepoměr ženského a mužského zastoupení pohlaví. Možné vysvětlení nacházíme v teoretických poznatcích, kde zjišťujeme, že do poradenských činností se snažíme zapojovat rodiče, často však dochází k zapojení pouze matek, zřídka otců. Vzhledem k dobrovolné účasti na výzkumném šetření jsme nebyli schopni zajistit rovnoměrný vzorek pohlaví ve skupinách rodičů. Rodiče se tak mohli rozhodnout, zda se bude účastnit matka i/nebo otec.

**Tabulka 4: Věkové rozložení v jednotlivých skupinách**

Věk					
	průměr	medián	minimum	maximum	směrodatná odchylka
Skupina A	15,4	16	11	20	2,88
Skupina B	45,4	43,5	39	50	3,62
Skupina C	44,3	44	37	51	3,16

Tabulka č. 4 formou deskriptivní analýzy uvádí věkové rozložení v jednotlivých skupinách v jednotkách let. Ve Skupině A je průměrný věk 15,4 let. Ve Skupině B je průměrný věk 45,4 let a v kontrolní Skupině C je průměr věku 44,3 let. V níže uvedené tabulce č. 5 jsou zaznamenána data o délce vzdělání v jednotkách let. Délka vzdělání je uváděna bez předškolního vzdělávání. Ve Skupině A můžeme zaznamenat průměrnou délku vzdělání 8,8 let. To je v České republice téměř dokončené základní vzdělání. U Skupiny B a C zaznamenáváme dokončené základní vzdělání u všech respondentů. Délka vzdělání u Skupiny B je průměrně 13,7 let. U Skupiny C je délka vzdělání v průměru 14,7 let.

**Tabulka 5: Délka vzdělání jednotlivých skupin**

Délka vzdělání					
	průměr	medián	minimum	maximum	směrodatná odchylka
Skupina A	8,8	10	7	12	2,26
Skupina B	13,7	13	9	18	2,25
Skupina C	14,7	14,5	12	20	2,7

### 5.2.3 Získání dat a jejich analýza

Získaná data byla následně přenesena do programu Microsoft Excel. Dalším krokem byla statistická analýza dat. Odpovědi respondenta byly

vypočítány a převedeny na stupnici -100 až +100, dle instrukcí pro analýzu dotazníku ASE. Dalším krokem byl výpočet průměru každé z položek dotazníku. Položky byly rozděleny do proměnných, kterými dotazníkové šetření ASE disponuje. Následně bylo vypočítáno výsledné skóre každého respondenta. Dále byli respondenti zařazeny do výzkumných skupin. U jednotlivých skupin respondentů byla provedena deskriptivní statistika, výsledky nalezneme v podkapitole detailnějšího popisu výzkumného vzorku. Statistické zpracování probíhalo také v programu IBM SPSS, což je statistický a analytický software. V tomto programu probíhala deskriptivní a matematická statistika, v podobě popsání průměru, mediánu, minima, maxima, směrodatné odchylky a aplikace t-testu, k porovnání rozdílnosti a shodnosti.

Výpočtem průměrů jednotlivých proměnných získáváme výsledné skóre dotazníku ASE. Jednotlivé proměnné dotazníku nazýváme: „Smýšlení o osobách s koktavostí“ a „Interakce s osobami s koktavostí“, znázorněno v tabulce č. 6.

**Tabulka 6: Znázornění proměnných dotazníku ASE**

<b>Dotazníkové šetření ASE</b>	
Výsledné skóre	
„Smýšlení o osobách s koktavostí“	„Interakce s osobami s koktavostí“

Proměnné „Smýšlení o osobách s koktavostí“ a „Interakce s osobami s koktavostí“ jsou tvořeny jednotlivými kategoriemi. Není možné uvést konkrétní znění položek, které tvoří určité proměnné, a to z důvodu domluvených podmínek s autorem dotazníku. V níže uvedené tabulce č. 7 jsou uvedeny položky, které se k daným proměnným a kategoriím vztahují.

Tabulka 7: Proměnná „Smýšlení o osobách s kocktavostí“ a jednotlivé položky

Smýšlení o osobách s kocktavostí			
Vlastnosti/osobnost	Pomoc od...	Příčina	Potenciál
vlastní vina*	sám sebe	genetická dědičnost	komunikace ve společnosti
podprůměrná inteligence*	ostatních osob s kocktavostí	psychologické faktory*	získání přátel
nervozita a vznětlivost*	rodiny	nadpřirozeno*	úspěšnost ve škole
stydlivost*	psychologa/psychiatra*	děsivá událost*	získání práce
komunikace bez kocktání	fyzioterapeuta*	funkce mozku	úspěšnost v práci
efektivní komunikace	náboženské autority*	návyky*	založení rodiny
příjemný	pediatra*	struktura a funkce těla	normální život
stejný jako ostatní	logopeda	rodiči a jejich nevhodné reakce na řeč dítěte*	jakékoliv zaměstnání
	získat pomoc	tlak a napětí*	zaměstnání, ve kterém je nutné komunikovat
		napodobování*	zaměstnání, která vyžadují důležitá rozhodnutí
		rychlé myšlení a mluvení*	zaměstnání, která vyžadují získání si důvěry lidí
		virus nebo nemoc*	vlivná zaměstnání
		fyzické nebo emocionální týrání*	
		fyzické zranění nebo nehoda*	
		bilingvismus*	
Boží zásah*			

Následně uvádíme konkrétnější popis proměnné „Smýšlení o osobách s kocktavostí“, který vychází z tabulky č. 7. Proměnná „Smýšlení o osobách s kocktavostí“ zahrnuje 4 kategorie. Jednou z nich je kategorie nazývaná „vlastnosti/osobnost“, kde respondent hodnotí, zda si myslí, že jedinec s kocktavostí má určité vlastnosti. V kategorii „potenciál“ hodnotí, čeho je osoba s kocktavostí v životě schopna. Další kategorií je „pomoc od...“, kde respondent hodnotí, zda by měla osoba s kocktavostí získat

pomoc a od koho by mu měla být tato pomoc poskytnuta. Kategorie „příčina“ se dotazuje respondenta na příčinu vzniku koktavosti.

**Tabulka 8: Proměnná „Interakce s osobami s koktavostí“ a jednotlivé položky**

Interakce s osobami s koktavostí			
Vstřícnost/nápomocnost	Sympatie/odstup	Znalosti/zkušenosti	Zdroj znalostí
ignorace koktání	komfort	množství informací	osoby s koktavostí
trpělivost	klid	známé osoby	rodinní příslušníci a přátelé
nápomocnost	zvědavost	osobní známost	specialisté
koktavost je v pořádku*	údiv*		slavné osoby s koktavostí
přestaň koktat*	rozpaky*		TV/rádio
vtipy*	frustrace*		magazíny/časopisy
odejít*	netrpělivost*		internet
najít tlumočnicka*	rozčlenění*		škola
agrese*	lítost*		
doplňování slov*	doktor*		
zpomal/uklidni se*	učitel dítěte*		
napodobení*	kamarád dítěte*		
skryj koktání*	manžel/ka*		
	soused*		
	náboženská autorita*		
	syn/dcera*		
	sourozenec*		
	já*		
	dojem*		
	mít koktavost*		

Doplňujeme konkrétnější popis proměnné „Interakce s osobami s koktavostí“, který vychází z tabulky č. 8. Proměnná „Interakce s osobami s koktavostí“ je taktéž tvořena 4 kategoriemi. Jednou z nich je kategorie s názvem „vstřícnost/nápomocnost“, která se dotazuje na respondentovy reakce při setkání s osobou s koktavostí. Další kategorií je „sympatie/odstup“, která zčásti zahrnuje emoce, které v respondentovi setkání a komunikace s balbutikem vyvolává a zčásti se respondenta dotazuje na jeho emoce v případě, že by určití jedinci z jeho okolí koktali. Další kategorií je „znalosti/zkušenosti“, kde je zjišťován vztah k osobám s koktavostí a množství znalostí o koktavosti. V poslední kategorii této

proměnné, která se nazývá „zdroj znalostí“, je respondent dotazován na zdroj, ze kterých jeho informace o koktavosti pochází.

Průměry jednotlivých položek tvoří průměry kategorií, a ty následně tvoří celkové skóre jednotlivých proměnných „Smýšlení o osobách s koktavostí“ a „Interakce s osobami s koktavostí“. Průměr těchto dvou proměnných je dále zpracován do výsledného skóre. Důležité je zdůraznit, že kategorie, které jsou zde uvedeny nejsou jednotlivé položky dotazníku.

### 5.3 Formulace cílů a výzkumných otázek

Byly stanoveny následující výzkumné otázky a hypotézy.

Výzkumné otázky:

VO 1: Jaké postoje ke koktavosti zauímají rodiče dospívajících balbutiků?

VO 2: Jaké postoje ke koktavosti zauímají dospívající balbutici?

VO 3: Jaký vliv na postoje ke koktavosti rodičů osob s koktavostí má jejich přímá zkušenost s potomky s koktavostí?

VO 4: Jaký je rozdíl mezi postoji dospívajících osob s koktavostí a jejich rodiči?

Hlavní hypotézy:

H 1: Dospívající balbutici zauímají negativnější postoje ke koktavosti než rodiče dospívajících balbutiků.

H 2: Postoje ke koktavosti ze strany rodičů dospívajících osob s koktavostí jsou pozitivnější než postoje rodičů dospívajících osob, bez osobní zkušenosti s koktavostí.

### 5.4 Znázornění výzkumného šetření a jeho interpretace

#### 5.4.1 Výsledné hodnoty položek

V tabulce č. 9 zaznamenáváme průměrná skóre, která jsou převedena na škálu od -100 do +100. Průměrná skóre jsou zachycena dle proměnných a jejich kategorií. Dále jsou v tabulce zaznamenány jednotlivé položky a výsledné hodnoty. U interpretace je důležité zdůraznit, že položky, které jsou označeny „\*“ jsou na škále obráceny. Z důvodu dodržení pravidel domluvených s autorem dotazníku nemohu ke způsobu interpretace

poskytnout více informací. Hodnoty v tabulce jsou pro přehlednost zaokrouhleny na celá čísla, avšak v průměrech a dalších výpočtech bylo z důvodu přesnosti dat pracováno s desetinnými tvary čísel.



ASE			
	Skupina A	Skupina B	Skupina C
<b>Smýšlení</b>	<b>36</b>	<b>40</b>	<b>21</b>
<b>Vlastnosti/osobnost</b>	<b>28</b>	<b>47</b>	<b>27</b>
vlastní vina	88	99	80
podprůměrná inteligence	89	72	75
nervozita a vznětlivost*	-42	37	19
stydlivost*	-54	10	-30
komunikace bez koktání*	14	3	-31
efektivní komunikace*	0	17	20
příjemný	75	72	68
stejný jako ostatní	52	69	14
<b>Pomoc od...</b>	<b>40</b>	<b>38</b>	<b>8</b>
sám sebe	23	19	-10
ostatních jedinců s koktavostí	38	22	-42
rodiny	71	67	40
psychologa/psychiatra*	-50	-22	-72
fyzioterapeuta*	27	4	-42
náboženské autority*	66	66	98
pediatra*	13	-6	-78
logopeda	92	88	97
získat pomoc	81	88	81
<b>Příčina</b>	<b>28</b>	<b>26</b>	<b>7</b>
genetická dědičnost	50	12	3
psychologické faktory*	-36	-57	-58
nadpřírozeno*	91	92	96
děsivá událost*	21	-33	-48
funkce mozku	29	25	50
návyky*	19	65	56
struktura a funkce těla	-56	-59	-75
rodiči a jejich nevhodné reakce na řeč dítěte*	31	47	-33
tlak a napětí*	27	-4	-53
napodobování*	71	70	68
rychlé myšlení a mluvení*	10	10	-23
virus nebo nemoc*	84	89	63
fyzické nebo emocionální týrání*	-4	19	-57
fyzické zranění nebo nehoda*	6	-13	-46
bilingvismus*	39	66	66
Boží zásah*	71	63	100

## VÝZKUMNÁ ČÁST

<b>Potenciál</b>	<b>48</b>	<b>50</b>	<b>43</b>
komunikovat ve společnosti	53	54	55
získat přátele	75	75	84
úspěšní ve škole	88	83	91
získat práci	93	92	78
úspěšní v práci	93	89	88
založit rodinu	85	94	97
normální život	77	94	91
jakékoliv zaměstnání	45	38	22
zaměstnání, ve kterém je nutné komunikovat	-33	-25	-55
zaměstnání, která vyžadují důležitá rozhodnutí	-10	14	6
zaměstnání, která vyžadují získat si důvěru lidí	-2	8	10
vlivná zaměstnání	8	-21	-48
<b>Interakce</b>	<b>23</b>	<b>14</b>	<b>-15</b>
<b>Vstřícnost/nápomocnost</b>	<b>70</b>	<b>64</b>	<b>63</b>
ignorace koktání	75	86	83
trpělivost	73	44	63
měl bych pomoci	58	-16	-73
koktavost je v pořádku*	-21	36	73
přestaň koktat*	96	93	97
vtipy*	98	100	100
odejít*	100	89	98
najít tlumočnicka*	98	97	81
agrese*	100	100	100
doplňování slov*	53	28	17
zpomal/uklidni se*	22	15	16
napodobení*	86	93	89
skryj koktání*	67	71	73
<b>Sympatie/odstup</b>	<b>37</b>	<b>35</b>	<b>12</b>
komfort	-10	-6	-30
klid	-23	-41	-38
zvědavost	20	29	9
údiv*	57	69	77
rozpaky*	88	74	88
frustrace*	62	82	67
netrpělivost*	63	57	53
rozčlenění*	96	83	81
lítost*	-23	19	-9

doktor	67	81	38
učitel dítěte	46	21	-47
kamarád dítěte	80	87	72
manžel/ka	43	63	52
soused	67	90	64
náboženská autorita	82	75	29
syn/dcera	29	-7	-80
sourozenec	33	21	-28
já	8	-35	-85
dojem	19	3	-5
mít koktavost	-65	-74	-70
<b>Znalosti/zkušenosti</b>	<b>38</b>	<b>-31</b>	<b>-47</b>
množství informací	43	47	-56
známé osoby	63	18	0
osobní zkušenosti	47	-76	-100
<b>Zdroj znalostí</b>	<b>-53</b>	<b>-12</b>	<b>-47</b>
osoby s koktavostí	-43	64	-88
rodinní příslušníci a přátelé	-59	67	-56
specialisté	-20	-6	-55
slavné osoby s koktavostí	-47	-58	-73
TV/rádio	-80	-53	-20
magazíny/časopisy	-67	-35	-23
internet	-27	-15	-13
škola	-80	-60	-52
<b>Výsledné skóre:</b>	<b>29,5</b>	<b>27</b>	<b>3</b>

Tabulka 9: Výsledné hodnoty položek dotazníku ASE u jednotlivých skupin

#### 5.4.2 Podrobná analýza výsledných hodnot

##### Podrobná analýza výsledných hodnot Skupina A

Z tabulky č. 9 zaznamenáváme postoje dospívajících osob s koktavostí. Předpokládáme, že oni sami přistupují k hodnocení položek tak, že si uvědomují své koktání. Zachycujeme tak odraz nejen toho, jak oni sami by k osobám s koktavostí přistupovaly, ale také toho, jak by chtěly, aby k nim bylo přistupováno. Respondenti hodnotí osoby s koktavostí jako značně nervózní a stydlivé. Položka efektivní komunikace je vyhodnocena jako neutrální. Nejvýše je hodnocena položka podprůměrná inteligence, téměř nikdo z respondentů si nemyslí, že koktavost je spojována s nižší inteligencí. Největší měrou by pomoc pro osoby s koktavostí měl

zajišťovat logoped, následně pak rodina. Další celkem často volenou variantou je pomoc ze strany psychologa či psychiatra.

V kategorii „příčina“ téměř nikdo nepřisuzuje vznik koktavosti Božím zásahu, imitaci, nadpřirozenu, nemoci. Za spíše pravděpodobné hodnotí genetickou příčinu vzniku koktavosti. Dále považují za příčinu vzniku koktavosti psychologické faktory a celkem často se domnívají, že příčinou vzniku může být také fyzické či emocionální týrání. Málodko funkci a strukturu těla přisuzuje příčinu vzniku koktavosti. V kategorii „potenciál“ vychází nejvíce negativně položka o zaměstnání, ve kterém je nutné komunikovat, následně pak také zaměstnání, která vyžadují důležitá rozhodnutí, důvěru lidí a práci ve vlivných zaměstnáních. Nejvíce pozitivně dospívající s koktavostí hodnotí, že osoby s koktavostí mohou získat práci a v práci být úspěšné.

V kategorii „vstřícnost/nápomocnost“ by nikdo z respondentů při setkání s osobou s koktavostí neodešel, nezachoval se agresivně, také by spíše nikdo nenašel někoho, kdo bude za jedince s koktavostí mluvit, neřekl by, aby přestal koktat a nevtipkoval by v reakci na koktání osoby. Většina by koktavost ignorovala a trpělivě čekala. Poměrně velké množství osob se hodnotí tak, že by osobám s koktavostí mohlo být nápomocno. V kategorii „sympatie/odstup“ se jedinci spíše necítí klidní při setkání s osobami s koktavostí, také se v těchto situacích necítí příliš komfortně. Pocit lítosti je také poměrně častou emocí, kterou respondenti prožívají při setkání s osobou s koktavostí. Nejvíce negativně hodnotí koktavost u sebe samých a následně u svých potenciálních potomků. Dojem z jedinců s koktavostí nemají negativní, ale blíží se spíše k neutralitě. Znalosti čerpají zejména od specialistů a následně z internetu.

### **Podrobná analýza výsledných hodnot Skupina B**

U Skupiny B z tabulky č. 9 zaznamenáváme, že v kategorii „vlastnosti/osobnost“ si téměř nikdo nemyslí, že koktavost je spojena s nízkou inteligencí či zaviněna vlastním zapříčiněním. Respondenti hodnotí spíše neutrálně schopnost efektivní komunikace. Celkem často považují osoby s koktavostí za stydlivé. Nejčastější volenou formou pomoci je pomoc od logopeda, následně ze strany rodiny. Velmi malé množství hodnotí genetickou dědičnost jako příčinu koktavosti. Strukturu a funkci těla téměř nikdo nepřisuzuje možné zapříčinění koktavosti. Celkem často se vyskytuje názor, že příčinou koktavosti mohou být psychologické faktory. Tlak a napětí, děsivá událost či fyzické zranění nebo nehodu hodnotí spíše jako pravděpodobné příčiny koktavosti. V kategorii „potenciál“ si

respondenti spíše nemyslí, že by osoba s koktavostí měla být zaměstnána v práci, která vyžaduje komunikaci a zaměstnána na vlivných pozicích. Téměř všichni si však myslí, že osoby s koktavostí mohou vést normální život, získat práci a založit rodinu.

V kategorii „vstřícnost/nápomocnost“ zaznamenáváme, že negativně hodnotí respondenti možnou pomoc ze svoji strany. Nikdo by se při kontaktu s osobou s koktavostí nezachoval agresivně, ani nevtipkoval, téměř nikdo by z této situace neodešel nebo nenapodoboval koktání osoby s koktavostí. Někteří respondenti by doplňovali slova jedince a také mu radili, aby se uklidnil a zpomalil. Co se týká kategorie „sympatie/odstup“ jedinci hodnotí komfort a klid jako emoce, které spíše nezažívají při setkání s osobou s koktavostí. Celkem velké množství jedinců uvádí lítost jako pocit, který by cítili při kontaktu s osobou s koktavostí. Nejvíce tíživě by respondenti vnímali koktavost u sebe a následně u svých dětí. Tíživé by pro ně bylo také, kdyby koktal učitel jejich dítěte stejně tak i jejich vlastní sourozenec, a to více tíživé nežli jejich partner. Znalosti této skupiny vyplývají zejména od osob s koktavostí, rodinných příslušníků, menší množství pak od specialistů a z internetu.

### **Podrobná analýza výsledných hodnot Skupina C**

Z tabulky č. 9 zaznamenáváme, že velké množství respondentů této skupiny se domnívá, že jedinci s koktavostí jsou stydliví. Respondenti je spíše nevnímají stejně jako ostatní členy společnosti. Nejčastěji se domnívají, že by osoby s koktavostí měly vyhledat pomoc ze strany logopeda, následně považují za potřebnou pomoc od pediatra, psychologa či psychiatra a fyzioterapeuta. Jako nejčastější příčinu koktavosti zmiňují fyzické a emocionální týrání, následně psychologické faktory, děsivou událost. Neutrálně hodnotí například genetickou dědičnost a spíše si nemyslí, že by příčinou koktavosti mohla být struktura a funkce těla. V kategorii „potenciál“ zaznamenáváme, že si respondenti spíše nemyslí, že by měli osoby s koktavostí pracovat v zaměstnáních, ve kterých je nutné komunikovat a ani ve vlivných zaměstnáních, spíše neutrálně se staví k tomu, že by osoby s koktavostí měly pracovat v zaměstnáních, u kterých jsou potřebná důležitá rozhodnutí či získání si důvěry lidí.

Respondenti by celkem často doplňovali slova a řekli osobě s koktavostí, aby zpomalila a uklidnila se. Nikdo z respondentů této skupiny by se při setkání s osobou s koktavostí nezachoval agresivně či nevtipkoval o koktavosti, téměř nikdo by také neřekl, aby osoba přestala koktat. Setkání s osobou s koktavostí respondenti nehodnotí jako něco, při čem

by se cítili komfortně a klidně, také by v nich neprobudilo setkání zájem o koktavost. Často by respondenti zažívali lítost. Zdroj znalostí pro tuto skupinu je zejména z internetu, televize či rádia a časopisů.

#### **5.4.3 Porovnání výsledných hodnot mezi jednotlivými skupinami**

Z tabulky č. 9, která uvádí přehled všech jednotlivých položek, můžeme zaznamenat že, v kategorii “vlastnosti/osobnost” má nejnižší průměrné skóre Skupina C, zajímavostí je, že pouze o 1 bod od Skupiny A. Dospívající balbutici se považují z uvedených skupin nejčastěji za nervózní a stydlivé, jejich hodnocení, zda mohou osoby s koktavostí komunikovat efektivně, je nejnižší z uvedených skupin. Skupina C si velmi často myslí, že koktavost by měla být léčena psychologem či psychiatrem, pediatrem, i Skupina A se celkem často domnívá, že by pomoc ze strany psychiatra či psychologa byla nápomocná. Všechny skupiny se v téměř všech případech shodují na tom, že by měla být poskytnuta pomoc ze strany logopeda.

Genetickou dědičnost považují za příčinu nejčastěji dospívající s koktavostí, ostatní skupiny hodnotí genetickou příčinu spíše jako neutrální. Skupina C často uvádí jako příčinu například děsivou událost či psychologické faktory, i Skupina B celkem často uvádí tyto příčiny jako pravděpodobné. Skupina A se s ostatními skupinami shoduje na možné příčině psychologických faktorů. U všech uvedených skupin se u položky “zaměstnání, ve kterém je nutné komunikovat” dostáváme do záporných hodnot, nejčastěji u Skupiny C. Skupina C si také nejméně často myslí, že osoby s koktavostí mohou mít jakékoliv zaměstnání. Skupina C i Skupina B hodnotí spíše negativně zaměstnání osob s koktavostí na vlivných pozicích. Skupina A oproti ostatním skupinám záporně hodnotí i zaměstnání osob s koktavostí v pozicích, která vyžadují důležitá rozhodnutí či důvěru lidí.

Nikdo z respondentů by nereagoval agresivně při reakci na koktavost osob. Téměř nikdo by nevtipkoval, nenapodoboval či nežádal osobu s koktavostí o to, aby přestala koktat. Skupina A by z uvedených skupin nejčastěji při setkání s osobou s koktavostí poskytla informace o tom, že koktavost je v pořádku. Nejméně nápomocná se cítí Skupina C, ale ani hodnoty nápomocnosti Skupiny B se nepohybují v pozitivních hodnotách. Nikdo z respondentů necítí při setkání s osobami s koktavostí klid či komfort. Skupina A uvádí, že při setkání cítí lítost, a to častěji než

Skupina B i Skupina C. Největší obtíž s koktavostí by respondenti ze všech skupin jednoznačně měli, pokud by se koktavost vyskytovala u nich samotných, následně pak u jejich potomka. Toto skóre se však u jednotlivých skupin značně liší, zatímco u sebe samotných by Skupina C hodnotila koktavost téměř vždy negativně, tak u Skupiny A se pohybujeme v neutrálních lehce pozitivních hodnotách.

Kategorie „znalosti/zkušenosti“ mají nejvyšší hodnoty ve Skupině A. Za nejvíce informované se považují v porovnání skupin respondenti ze Skupiny B. Zdroj znalostí se u každé skupiny respondentů liší, avšak zdroje znalostí o koktavosti se u všech respondentů pohybují v záporných hodnotách.

Níže uvedená tabulka č.10 uvádí průměrné hodnoty jednotlivých proměnných a Výsledného skóre u jednotlivých skupin.

**Tabulka 10: Srovnání výsledných průměrů u třech hlavních proměnných**

Skupina A	Skupina B	Skupina C
„Smýšlení o osobách s koktavostí“		
36	40	21
„Interakce s osobami s koktavostí“		
23	14	-15
Výsledné skóre		
29,5	27	3

Můžeme zaznamenat, že jednoznačně nejnižší postoje má Skupina C. V proměnné „Smýšlení o osobách s koktavostí“ jsou postoje pozitivní, oproti postojům v proměnné „Interakce s osobami s koktavostí“, kde se hodnoty pohybují v záporných, tedy negativních číslech. Ve výsledném skóre se tato skupina pohybuje v lehce pozitivních hodnotách.

Mezi Skupinou A a Skupinou B zaznamenáváme rozdíly v jednotlivých proměnných. Skupina B má o pár bodů pozitivnější hodnoty v proměnné „Smýšlení o osobách s koktavostí“, zatímco Skupina A má o několik bodů pozitivnější postoje v proměnné „Interakce s osobami s koktavostí“, ve výsledném skóre jsou pozitivnější postoje Skupiny A, to však jen o pár bodů v porovnání se Skupinou B. Obě celková skóre, jak Skupiny A, tak Skupiny B, jsou umístěna v pozitivních hodnotách, ale spíše těch nižších.

#### 5.4.4 Kontrola a zavedení nulových hypotéz

První hypotéza zní: „Dospívající balbutici zaujmají negativnější postoje ke koktavosti než rodiče dospívajících balbutiků“. U této hypotézy porovnááme Skupinu A se Skupinou B. Pro kontrolu hypotézy zavádíme nulovou hypotézu, ta zní: „Dospívající balbutici mají stejné postoje jako rodiče dospívajících balbutiků, není mezi nimi tedy žádný statisticky významný rozdíl“.

Druhá hypotéza je stanovena: „Postoje ke koktavosti ze strany rodičů dospívajících balbutiků jsou pozitivnější než postoje rodičů dospívajících osob, bez osobní zkušenosti s koktavostí“. Ke kontrole této hypotézy porovnááme Skupinu B se Skupinou C. Zavádíme nulovou hypotézu, ta zní: „Mezi postoji rodičů dospívajících balbutiků a mezi postoji rodičů dospívajících osob, bez osobní zkušenosti s koktavostí není žádný statisticky významný rozdíl“.

Zavedené nulové hypotézy budou ověřeny a srovnávány nejen dle výsledného skóre, ale taktéž dle jednotlivých proměnných, a to primárně z důvodu možných rozdílů v určitých proměnných. Nulové hypotézy budou tedy dosazeny do jednotlivých proměnných dotazníku ASE, kterými jsou „Smýšlení o osobách s koktavostí“ a „Interakce s osobami s koktavostí“. Statisticky významné rozdíly mezi jednotlivými skupinami budou zjišťovány pomocí dvouvýběrového t-testu o shodě dvou průměrů, k ověření byla použita hladina významnosti  $\alpha = 5 \%$ , která se užívá nejčastěji. Tabulka s výsledky t-testu je k nalezení v přílohách práce.

#### Kontrola a zavedení nulových hypotéz - „výsledné skóre“

Srovnáváme Skupinu A se Skupinou B. Tyto skupiny porovnááme v proměnné „výsledné skóre“. Ke kontrole hypotézy je nutné zavést nulovou hypotézu, která zní: „Dospívající balbutici mají stejné postoje jako rodiče dospívajících balbutiků, není mezi nimi tedy žádný statisticky významný rozdíl“. Nulovou hypotézu nezamítáme. Na hladině významnosti  $\alpha = 5 \%$  se neprokázalo, že by se průměrné hodnoty výsledného skóre dospívajících balbutiků a rodičů dospívajících balbutiků lišily.

Následně dochází k porovnání Skupiny B se Skupinou C, tyto skupiny porovnááme v proměnné „výsledné skóre“. Nulová hypotéza je zavedena, zní: „Mezi postoji rodičů dospívajících balbutiků a mezi postoji rodičů dospívajících osob, bez osobní zkušenosti s koktavostí není žádný statisticky významný rozdíl“. Zamítáme nulovou hypotézu a potvrzujeme  $H_2$ . Na hladině významnosti  $\alpha = 5 \%$  se prokázalo, že průměrné hodnoty výsledného skóre u rodičů dospívajících balbutiků a rodičů



dospívajících osob, bez osobní zkušenosti s koktavostí se liší. Postoje jsou pozitivnější ve skupině rodičů dospívajících balbutiků.

### **Kontrola a zavedení nulových hypotéz - „Smýšlení o osobách s koktavostí“**

Srovnání Skupiny A se Skupinou B v proměnné „Smýšlení o osobách s koktavostí“. Zavádíme nulovou hypotézu pro tuto proměnnou, která zní: „Dospívající balbutici mají v proměnné *Smýšlení o osobách s koktavostí* stejné postoje jako rodiče dospívajících balbutiků, není mezi nimi tedy žádný statisticky významný rozdíl“. Nezamítáme nulovou hypotézu. Na hladině významnosti  $\alpha = 5\%$  se neprokázal statisticky významný rozdíl průměrných hodnot *Smýšlení o osobách s koktavostí* skupiny dospívajících balbutiků v porovnání s rodiči dospívajících balbutiků.

Srovnání Skupiny B se Skupinou C v proměnné „Smýšlení o osobách s koktavostí“. Zavádíme taktéž nulovou hypotézu, která zní: „Mezi postoji, v oblasti *Smýšlení o osobách s koktavostí*, rodičů dospívajících balbutiků a mezi postoji rodičů dospívajících osob, bez osobní zkušenosti s koktavostí není žádný statisticky významný rozdíl“. Zamítáme nulovou hypotézu a potvrzujeme  $H_{2S}$ . Na hladině významnosti  $\alpha = 5\%$  se prokázalo, že průměrné hodnoty, v oblasti *Smýšlení o osobách s koktavostí*, se u rodičů dospívajících balbutiků a rodičů dospívajících osob, bez osobní zkušenosti s koktavostí liší. Postoje jsou pozitivnější ve skupině rodičů dospívajících osob s koktavostí.

### **Kontrola a zavedení nulových hypotéz - „Interakce s osobami s koktavostí“**

Ke kontrole hypotézy dochází k porovnání Skupiny A se Skupinou B v proměnné „Interakce s osobami s koktavostí“. K ověření této hypotézy je nutné zavést nulovou hypotézu, ta zní: „Dospívající balbutici mají v proměnné *Interakce s osobami s koktavostí* stejné postoje jako rodiče dospívajících balbutiků, není mezi nimi tedy žádný statisticky významný rozdíl“. Nulovou hypotézu nezamítáme. Na hladině významnosti  $\alpha = 5\%$  se neprokázal statisticky významný rozdíl průměrných hodnot *Interakce s osobami s koktavostí* dospívajících balbutiků v porovnání s rodiči dospívajících balbutiků.

Srovnáváme Skupinu B se Skupinou C k ověření hypotézy v proměnné „Interakce s osobami s koktavostí“. Zavádíme taktéž nulovou hypotézu, která zní: „Mezi postoji, v proměnné *Interakce s osobami s koktavostí*, rodičů dospívajících balbutiků a mezi postoji rodičů dospívajících

osob, bez osobní zkušenosti s koktavostí není žádný statisticky významný rozdíl“. Nulovou hypotézu zamítáme. Potvrzujeme  $H_{2R}$ . Na hladině významnosti  $\alpha = 5\%$  se prokázalo, že průměrné hodnoty, v oblasti *Interakce s osobami s koktavostí*, rodičů dospívajících balbutiků a rodičů dospívajících osob, bez osobní zkušenosti s koktavostí se liší. Postoje jsou pozitivnější ve skupině rodičů dospívajících osob s koktavostí.

## 5.5 Závěry šetření

### 5.5.1 Diskuse

Cílem výzkumu bylo zmapovat postoje ke koktavosti ze strany dospívajících osob s koktavostí a jejich blízkého okolí. Zjistit, jestli mezi těmito postoji existuje nějaký rozdíl. Postoje byly získávány dotazníkovým šetřením ASE.

První výzkumná otázka byla stanovena: „Jaké postoje ke koktavosti zaujímají rodiče dospívajících balbutiků?“. Odpověď získáváme výsledným skóre skupiny rodičů dospívajících balbutiků. Jejich výsledné skóre bylo v pozitivních hodnotách. Postoje ke koktavosti ze strany rodičů dospívajících balbutiků se tedy všeobecně jeví jako pozitivní. Toto pozitivní hodnocení rodičů dospívajících balbutiků může mít vliv na sebehodnocení samotných dospívajících osob s koktavostí.

Skupina rodičů dospívajících osob s koktavostí zaujímá ke koktavosti obecně pozitivní postoje. Téměř neutrálně však respondenti hodnotí, že osoby s koktavostí jsou stydlivé. Strach z komunikačních situací a vyhýbání se komunikaci ze strany osob s koktavostí je často mylně přisouváno právě stydlivosti. Rodiče dospívajících balbutiků se přiklání k tomu, že by osoby s koktavostí měly vyhledat pomoc, zejména ze strany logopeda a rodiny. Dle teoretických poznatků je tento zdroj pomoci velmi účinný zvláště tehdy, pokud dochází k propojení a současnému zajištění pomoci z obou zmíněných stran. Preference logopedické péče však může být spojena zejména s tím, že kontakt na respondenty byl zajištěn skrze logopedickou péči. Rodiče se nepříliš často domnívají, že by pomoc ze strany dalších osob s koktavostí mohla být přínosná. Avšak zdroje zmíněné v teoretické části zdůrazňují, že skupinové terapie jsou jedním z účinných nástrojů, díky kterým osoba s koktavostí může získat pocit sounáležitosti a podpory, který je potřebný zejména v období dospívání.

Rodiče dospívajících balbutiků do velké míry zaměňují příčiny a rizikové faktory koktavosti. Fakt, že je koktavost zapříčiněna genetickou

dědičností, volí jen malé množství respondentů. Naopak jako příčinu koktavosti do velké míry považují psychologické faktory či děsivou událost. Negativně rodiče dospívajících balbutiků hodnotí zaměstnání osob s koktavostí ve vlivných pozicích, či zaměstnání, ve kterém je nutné komunikovat. Příliš pozitivně nehodnotí ani zaměstnání, která vyžadují důležitá rozhodnutí. Tento postoj rodičů mohou následně přijmout za své i jejich potomci. Vzhledem k tomu, že rodiče jsou pro dospívající nejčastějšími poradci při volbě dalšího studia či povolání, tento negativní postoj v životě dospívajícího s koktavostí může zapříčinit omezení, nemožnost volby jakéhokoliv zaměstnání či zaměstnání na nižších pozicích, než je intelektuální rovina jedince.

Respondenti této skupiny při setkání s osobou s koktavostí se spíše necítí komfortně a nezažívají pocit klidu, můžeme zvažovat, zda se tak cítí i při komunikaci se svými potomky s koktavostí. Někteří z respondentů volí jako reakci na osobu s koktavostí dokončování slov, tato reakce může souviset s trpělivostí při komunikaci s osobou s koktavostí, hodnocení trpělivosti však mělo o něco vyšší hodnoty. Množství informací, které tato skupina o koktavosti má, je spíše v záporných hodnotách. Můžeme se zamýšlet, čím je toto nízké hodnocení informovanosti způsobeno, zda se jedná o nezájem, nedostatečné množství poskytnutých či dostupných informací o NKS jejich dítěte. Nejvíce informací mají rodiče ze strany osob s koktavostí, rodiny a přátel a následně od specialistů. Informace o koktavosti ze strany specialistů už se pohybují spíše v negativních hodnotách, nabízí se tedy myšlenka, zda by nebylo vhodné rodiče osob s koktavostí více informovat a zda by informovanost nevedla k pozitivnějším postojům jak u nich samotných, tak u jejich potomků.

Druhá stanovená výzkumná otázka zněla „Jaké postoje ke koktavosti zaujmají dospívající balbutici?“. Z výzkumu vyplývá, že dospívající balbutici zaujmají pozitivní postoje. Předpokládáme, že dospívající s koktavostí vyplňují dotazník z pohledu osoby s koktavostí. Projevuje se zde tak sebehodnocení a reakce, které by oni sami pokládali za vhodné ze strany veřejnosti. Respondenti považují osoby s koktavostí za stydlivé a nervózní, což jsou nejčastější stereotypní postoje spojované s osobami s koktavostí. Stigmatizované osoby se tedy mohou ztotožňovat s tím, co se říká o skupině, do níž patří, a chápou to jako součást vlastní identity. Pokud tedy vycházíme z předpokladu, že tak hodnotí i sami sebe, můžeme tak zaznamenat zmíněnou sebestigmatizaci. Neutrálně tato skupina hodnotí efektivní komunikaci osob s koktavostí, je tedy možné, že dospívající s koktavostí považují plynulost projevu jako jediné kritérium efektivní

komunikace. Je možné, že respondenti chtějí dosahovat ideální normy. Ideální norma je považována za nejlepší možný výsledek, ta by však neměla fungovat jako kritérium k hodnocení, jelikož dosažení ideální normy není pravděpodobné.

Téměř všichni dospívající se shodují na pomoci ze strany logopeda a následně i rodiny, často je také uváděna pomoc ze strany psychologa a psychiatra. Tento výsledek může odkazovat na potřebu psychosociálního zaměření při logopedických terapiích či spolupráci logopedů s dalšími odborníky. Z teoretických poznatků vyplývá, že osoby s koktavostí jsou zranitelnější vůči problémům s duševním zdravím, zejména pak v období dospívání, kdy se jedinci často cítí izolovaní a bezmocní, tyto faktory nám poskytují možné vysvětlení pro volbu psychologické pomoci. Samotní dospívající s koktavostí negativně hodnotí zaměstnání osob s koktavostí v pozicích s potřebou komunikace, důležitých rozhodnutí i získání si důvěry lidí, ne příliš pozitivně hodnotí i vlivná zaměstnání. Tento výsledek může vést k zamyšlení, zda jedinci s koktavostí nepociťují nízké sebevědomí. Pravděpodobné je, že tento postoj se projeví u dospívajících s koktavostí v budoucí volbě povolání či dalšího studia. Teoretické poznatky informují o tom, že většina osob s koktavostí je zaměstnána na nižší úrovni, než je jejich intelektuální a vzdělávací kapacita, a to právě z důvodu nízkého sebevědomí a specifických potíží spojených s koktavostí. Teoretická část také poukazuje na obtíže v oblasti školy a navazování přátelských vztahů. Položky vztahující se k této problematice však dospívající s koktavostí hodnotí kladně. Zajímavostí je, že většina dospívajících s koktavostí by při setkání informovala osobu s koktavostí o tom, že koktavost je v pořádku. Mohli bychom tak předpokládat, že i samy osoby s koktavostí by toto považovaly za vhodný přístup, předpokládáme, že osobám s koktavostí by tato informace přinesla pocit úlevy. Někteří z respondentů se přiklánějí ke skrytí koktavosti, z teoretických poznatků však víme, že právě sebeodhalení je cenným nástrojem ke zvýšení pozitivního vnímání jak komunikačních partnerů, tak osob s koktavostí. Často respondenti volí přístup trpělivého čekání či ignorace koktání, což pravděpodobně považují za nejvhodnější přístup v reakci na koktání. Znalosti o koktavosti, které tato skupina má, jsou v pozitivních hodnotách, a to zejména z důvodu osobní zkušenosti. Zdroje jsou hodnoceny záporně, nejvíce jich dospívající s koktavostí mají ze strany specialistů a následně pak z internetu, stále se však pohybujeme v záporných hodnotách. To může vést k zamyšlení, zda dospívající balbutici nemají

zájem se informovat o svém vlastním NKS či nemají dostatek dostupných informací.

Třetí výzkumná otázka zněla „Jaký vliv na postoje ke kocktavosti rodičů osob s kocktavostí má jejich přímá zkušenost s potomky s kocktavostí?“. Tato otázka byla výzkumným šetřením zpracována a následně statisticky ověřena v jednotlivých proměnných. Po tomto zpracování odpovídáme, že být rodičem dospívajícího balbutika má na postoj ke kocktavosti pozitivní vliv. Pozitivní vliv na postoje ke kocktavosti byl statisticky prokázán u všech jednotlivých proměnných. K zodpovězení otázky došlo formou porovnání Skupiny B a Skupiny C. Skupina rodičů bez osobní zkušenosti s kocktavostí zaujímala postoje nad hodnotou 0, tedy lehce pozitivní. Bylo statisticky prokázáno, že postoje se liší a jsou negativnější oproti postojům rodičů s přímou zkušeností s kocktavostí. Vliv rodičovství osob s kocktavostí na postoje ke kocktavosti má tedy pozitivní vliv. Příčinou pozitivního vlivu na postoj ke kocktavosti může být větší zájem o problematiku, nepodléhání stereotypním a stigmatizujícím postojům k osobám s kocktavostí z důvodu vlastních a hlubších osobních zkušeností a větší informovanosti o kocktavosti.

Postoje ze strany rodičů bez osobní zkušenosti s kocktavostí byly podrobněji analyzovány. V mnohých položkách byly však hodnoty překvapivé. Z teoretických poznatků víme, že postoje mají tři rozměry – kognitivní, emocionální a behaviorální a tyto tři dimenze mohou být často velmi rozporuplné, to zaznamenáváme právě u výsledných hodnot Skupiny C. Respondenti Skupiny C hodnotili, že osoby s kocktavostí jsou spíše stydlivé, což je jeden z nejčastějších stereotypních postojů k osobám s kocktavostí. O několik bodů pozitivněji, než rodiče s přímou zkušeností však hodnotí, že osoby s kocktavostí jsou schopny efektivní komunikace. Pomoc pro osoby s kocktavostí by vyhledávali nejčastěji u logopeda, následně však u pediatra, psychologa a velmi často i u fyzioterapeuta. Jako nejčastější příčinu kocktavosti volí psychologické faktory, fyzické nebo emocionální týrání a děsivou událost. Zajímavostí je, že respondenti Skupiny C hodnotí velmi pozitivně možnost získání přátel, úspěšnosti ve škole, založení rodiny, vedení normálního života. Tyto položky hodnotí dokonce pozitivněji než samy osoby s kocktavostí či jejich rodiče. To může vést k zamyšlení, zda nižší informovanost o kocktavosti zapříčiňuje nedostatečné smýšlení o dopadech kocktavosti na život osoby s kocktavostí. Negativně do velké míry vnímají to, že by osoby s kocktavostí měly pracovat v zaměstnáních vyžadující komunikaci či ve vlivných zaměstnáních.

Zajímavostí je, že respondenti Skupiny C volí trpělivé čekání při setkání s osobou s koktavostí častěji nežli respondenti Skupiny B. Nabízí se úvaha, že rodiče dospívajících balbutiků mají reálnější obraz o komunikaci s osobami s koktavostí a hodnotí tak každodenní trpělivé čekání jako méně reálné. Respondenti Skupiny C by také celkem často doplňovali slova osob s koktavostí, což se veřejnosti může zdát jako vhodná pomoc, osoby s koktavostí ji však příliš nekvitují. Respondenti Skupiny C daleko častěji, než respondenti Skupiny B uvádějí lítost nad osobami s koktavostí. Při komunikaci s osobami s koktavostí spíše nezažívají klid a necítí se komfortně. Do velké míry by je tížilo, když by koktavost měl učitel jejich dítěte, což může znamenat, že se obávají o efektivitu předaných informací či o možné „nákažení koktavostí“ jejich dítěte. Znalosti a zkušenosti mají respondenti této skupiny nejnížší, je to však do jisté míry zapříčiněno nulovými osobními zkušenostmi, což bylo jedno z kritérií při výběru respondentů do této skupiny. Zajímavé však je, že množství znalostí z internetu, časopisů či televize je vyšší nežli u rodičů s přímou zkušeností. Předpokládáme však, že tyto zdroje informací, jsou právě informace, které nejčastěji stereotypizují a stigmatizují osoby s koktavostí.

Poslední výzkumnou otázkou je „Jaký je rozdíl mezi postoji dospívajících osob s koktavostí a jejich rodiči?“. Na tuto otázku dle statistického zpracování odpovídáme, že mezi postoji dospívajících osob s koktavostí a jejich rodiči není žádný statisticky významný rozdíl. Postoje se statisticky neliší ani v jedné z proměnných dotazníkového šetření. V podrobném analytickém hodnocení určitých položek však určité rozdíly nacházíme. Dospívající balbutici se daleko častěji považují za nervózní a stydlivé. Častěji by volili pomoc ze strany psychologů a psychiatrů. Dospívající balbutici se přiklání k tomu, že koktavost je zapříčiněna genetickou dědičností, můžeme se zamýšlet nad tím, zda rodiče tuto možnost nevolí z důvodu pocitu vlastní viny. Dospívající balbutici jsou si mnohem jistější tím, že koktavost není zapříčiněna děsivou událostí, tlakem a napětím.

Výsledné hodnocení položek potenciálu u dospívajících s koktavostí jsou téměř totožné s hodnocením položek ze strany jejich rodičů, vyjma položek, které se týkají volby zaměstnání. Negativněji hodnotí dospívající balbutici zaměstnání v možných pozicích s nutností komunikace, důležitých rozhodnutí a získání si důvěry lidí, pozitivněji však hodnotí vlivná zaměstnání. Respondenti této skupiny by daleko častěji volili reakci trpělivého čekání a také se cítí daleko více nápomocni osobám s koktavostí, což je pravděpodobně zejména z důvodu osobních zkušeností s koktavostí. Také by dospívající častěji informovali osobu s koktavostí o

tom, že koktavost je v pořádku. Došlo by tak k odhalení koktavosti, ne však ze strany osoby s koktavostí, můžeme se zamýšlet, zda by tento postoj k osobám s koktavostí nebyl přínosným. Velmi často by také dospívající cítili při komunikaci s osobou s koktavostí lítost. Obavu z koktavosti u sebe samých hodnotí dospívající balbutici spíše neutrálně, což by mohlo naznačovat možné smíření s vlastní koktavostí, avšak položku mít koktavost hodnotí velmi negativně, což tuto myšlenku nepotvrzuje. Množství znalostí a zkušeností je u dospívajících osob čerpáno zejména z osobních zkušeností, následně od specialistů a z internetu. Zdroje znalostí jsou u dospívajících balbutiků v negativnějších hodnotách nežli u jejich rodičů. Nabízí se tak myšlenka, zda mají dospívající balbutici menší zájem o svou vlastní NKS než jejich rodiče, či svou osobní zkušenost s koktavostí považují za dostačující zdroj. Z teoretických poznatků však víme, že informovat dospívající osoby je náročným úkonem.

### 5.5.2 Limity

Jedním z limitů práce je možná odlišná interpretace položek dotazníkového šetření jednotlivými respondenty. Dalším limitem výzkumné práce je, že vzorek není dostatečně reprezentativní, aby výzkumná zjištění byla aplikovatelná na celou společnost. Jednou z příčin je omezené časové období, po kterou byl výzkum realizován. Další z příčin je navázání nedostatečně důvěrného vztahu mezi potencionálními respondenty a autorkou výzkumu, který mohl zapříčinit neochotu respondentů výzkumu se účastnit. Tento fakt by se dal přikládat online administraci dotazníku, potencionálním respondentům však byla nabízena i možnost papírové formy administrace a osobního setkání. Ačkoliv byl dotazník anonymizován, někteří respondenti se odmítli výzkumu účastnit z důvodu získávání příliš osobních dat.

Dalším limitem práce je nerovnoměrné zastoupení pohlaví ve výzkumných skupinách rodičů, které, jak již bylo zmíněno v teoretické části, může být zapříčiněno častější účastí matek nežli otců v poradenských činnostech jejich potomků. Zaznamenáváme tedy i podobný vzorec v zapojení se do výzkumného šetření.

Původním plánem výzkumného šetření bylo získat několik skupin respondentů z blízkého okolí dospívajících osob s koktavostí. Těmito skupinami byli zamýšleni například sourozenci, prarodiče, přátelé, učitelé. Po zjištění možností respondentů byl tento plán změněn a konkretizován pouze na dospívající s koktavostí a jejich rodiče s kontrolní

skupinou rodičů bez osobní zkušenosti s koktavostí. Doporučením pro následující výzkum je tedy rozšíření skupin a množství respondentů z okolí osoby s koktavostí. Další možností je orientovat výzkumné šetření pouze na několik konkrétních osob s koktavostí a získat větší výzkumný vzorek z jejich blízkého okolí. Tento výzkum dále například doplnit o hloubkové rozhovory.

### 5.5.3 Závěr výzkumného šetření

Tato práce se zaměřuje primárně na zmapování postojů ke koktavosti ze strany dospívajících osob s koktavostí a jejich rodičů. Následně jsou tyto postoje porovnávány a detailně analyzovány. Výzkum si klade za cíl zjistit, jaký je rozdíl mezi postoji dospívajících osob s koktavostí a jejich rodičů. K výzkumnému šetření byl využit nástroj ASE. Toto výzkumné šetření bylo pilotním šetřením svého typu.

U skupiny dospívajících osob s koktavostí bylo formou dotazníkového šetření zjištěno, že postoje ke koktavosti jsou spíše pozitivní. Postoje ke koktavosti jsou vyhodnoceny pozitivně jak v proměnné výsledné skóre, tak v dalších dvou proměnných „Smýšlení o osobách s koktavostí“ a „Interakce s osobami s koktavostí“. Stejně tak tomu je i u skupiny rodičů, kteří jsou rodiči potomka s koktavostí. Mezi postoji dospívajících osob s koktavostí a postoji jejich rodičů nebyl zaznamenán statisticky významný rozdíl ani v jedné z proměnných dotazníkového šetření. Výzkumná hypotéza, že dospívající balbutici zauímají negativnější postoje ke koktavosti než jejich rodiče, tedy nemůže být potvrzena.

Zmíněné předchozí studie zabývající se porovnáváním postojů prostřednictvím dotazníkového šetření ASE zmiňují, že u malých dětí s koktavostí jsou postoje jejich rodičů pozitivnější než u samotných dětí. Můžeme tedy zmínit, že v dospívajícím věku dochází k přiblížení postojů osob s koktavostí k postojům jejich rodičů.

Zajímavým zjištěním je, že být rodičem dospívajícího balbutika s sebou přináší pozitivní vliv na postoje ke koktavosti. Můžeme tedy potvrdit hypotézu, že postoje rodičů dospívajících balbutiků jsou pozitivnější než postoje rodičů dospívajících osob, bez osobní zkušenosti s koktavostí. Rodiče dospívajících osob, bez osobní zkušenosti s koktavostí také disponovali určitými stereotypními postoji k osobám s koktavostí, což je zapříčiněno nízkou informovaností o dané problematice a zdroji znalostí, ze kterých čerpají.



Dílčí cíle diplomové práce jsou autorkou výzkumu považovány za splněné. Existuje však celá řada dalších témat spojených s tematikou koktavosti u dospívajících osob. V dalších výzkumech by bylo vhodné vzít v potaz limity tohoto výzkumu.

#### **5.5.4 Doporučení pro praxi**

Výzkumný nástroj ASE slouží nejen k výzkumnému šetření. Dotazník slouží ke zkoumání vztahu mezi prostředím a proměnnými jako je úspěch při logopedických terapiích, odolnost klienta vůči terapii či vliv prostředí na vlastní postoje klienta. Tento nástroj, stejně tak jako celá diplomová práce, vychází z přesvědčení, že postoje prostředí ovlivňují postoje osoby s koktavostí a mohou do velké míry ovlivnit jeho reakce, myšlenky a sebevědomí. Podrobnou analýzou dotazníků zaměřujících se na postoje osob s koktavostí a blízkého okolí by tak kliničtí odborníci mohli získat cenné informace, které by je mohly navést k dalším společným cílům logopedických intervencí. Opakovanou administrací dotazníku je také možné získat proměny postojů v rámci delšího časového horizontu.

---

## 6 Závěr

Tato diplomová práce se věnovala postojům dospívajících osob s koktavostí a jejich rodičů. Tyto postoje byly zmapovány, analyzovány a srovnávány mezi sebou. Význam postojů blízkého okolí ke koktavosti je pro dospívající osobu s koktavostí klíčový, z toho důvodu byly tyto postoje předmětem výzkumného šetření.

Postoje ke koktavosti ze strany dospívajících osob s koktavostí a jejich rodičů byly výzkumným šetřením a statistickým zpracováním vyhodnoceny jako pozitivní. Při porovnání postojů nebyl nalezen statisticky významný rozdíl. Můžeme tedy předpokládat, že postoje rodinného prostředí ovlivňují postoje samotných dospívajících osob s koktavostí. Být rodičem dospívajícího balbutika s sebou neslo významně pozitivní vliv na postoje ke koktavosti.

Jednotlivé části výzkumného šetření nám poskytly dostatečné množství informací, kterými jsme mohli podpořit poznatky zmíněné v teoretické části. Zmapování postojů považujeme za vhodný nástroj při logopedických terapiích a doufáme, že pro klinické odborníky bude inspirací do budoucí praxe a povede je k zamyšlení, že mnohdy pouhé akademické poznatky k úspěšné praxi nestačí.

## Použité zdroje

American Psychological Association. (2022, March 16). Understanding psychotherapy and how it works. <https://www.apa.org/topics/psychotherapy/understanding>

Berchiatti, M. et al. (2020). Bullying in Students Who Stutter: The Role of the Quality of the Student–Teacher Relationship and Student’s Social Status in the Peer Group. *Journal Of School Violence*, 1-14. [https://www.researchgate.net/publication/344645264\\_Bullying\\_in\\_Students\\_Who\\_Stutter\\_The\\_Role\\_of\\_the\\_Quality\\_of\\_the\\_Student-Teacher\\_Relationship\\_and\\_Student%27s\\_Social\\_Status\\_in\\_the\\_Peer\\_Group](https://www.researchgate.net/publication/344645264_Bullying_in_Students_Who_Stutter_The_Role_of_the_Quality_of_the_Student-Teacher_Relationship_and_Student%27s_Social_Status_in_the_Peer_Group)

Blomgren M. (2010). Stuttering treatment for adults: an update on contemporary approaches. *Seminars in speech and language*, 31(4), 272–282. <https://doi.org/10.1055/s-0030-1265760>

Bloodstein O. a Ratner N. B. (2008). *A handbook on stuttering* (6th ed.). Thomson Delmar Learning.

Blumgart, E., Tran, Y., & Craig, A. (2010). Social anxiety disorder in adults who stutter. *Depression and anxiety*, 27(7), 687–692. <https://doi.org/10.1002/da.20657>

Blumgart, E. et al. (2014). Social support and its association with negative affect in adults who stutter. *Journal Of Fluency Disorders*, (40), 83-92. <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0094730X14000072?via=ihub>

Boyle, M. P. (2015). Identifying correlates of self-stigma in adults who stutter: Further establishing the construct validity of the Self-Stigma of Stuttering Scale (4S). *Journal Of Fluency Disorders*, (43), 17-27. <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0094730X14000837>

Boyle, M. P. et al. (2016). A comparison of three strategies for reducing the public stigma associated with stuttering. *Journal Of Fluency Disorders*, (50), 44-58. <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0094730X16300316?via%3Dihub>

Boyle, M. P., & Blood, G. W. (2015). Self-stigma associated with stuttering: Implications for well-being and strategies for change. In *Stuttering Meets Stereotype, Stigma and Discrimination: An Overview of Attitude Research* (str. 43-70). West Virginia University Press. <https://www.theifa.org/pdf/IFA2015P003.pdf>

- Briley, P. M. et al. (2021). Relationships between stuttering, depression, and suicidal ideation in young adults: Accounting for gender differences. *Journal Of Fluency Disorders*, (67). <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0094730X20300759>
- Büchel, C., & Sommer, M. (2004). What causes stuttering?. *PLoS biology*, 2(2), E46. <https://doi.org/10.1371/journal.pbio.0020046>
- Byrd, C. T. et al. (2017). Clinical utility of self-disclosure for adults who stutter: Apologetic versus informative statements. *Journal Of Fluency Disorders*, (54). [https://www.researchgate.net/publication/319654857\\_Clinical\\_utility\\_of\\_self-disclosure\\_for\\_adults\\_who\\_stutter\\_Apologetic\\_versus\\_informative\\_statements](https://www.researchgate.net/publication/319654857_Clinical_utility_of_self-disclosure_for_adults_who_stutter_Apologetic_versus_informative_statements)
- Costello, E. J., Mustillo, S., Erkanli, A., Keeler, G., & Angold, A. (2003). Prevalence and development of psychiatric disorders in childhood and adolescence. *Archives of general psychiatry*, 60(8), 837–844. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.60.8.837>
- Cox, N. J., Kramer, P. L., & Kidd, K. K. (1984). Segregation analyses of stuttering. *Genetic epidemiology*, 1(3), 245–253. <https://doi.org/10.1002/gepi.1370010304>
- Čačka, O. (2000). *Psychologie duševního vývoje dětí a dospívajících s faktory optimalizace. Doplněk*.
- De Nardo, T. et al. (2016). Self-acceptance of stuttering: A preliminary study. *Journal Of Communication Disorders*, (60). [https://www.researchgate.net/publication/295244547\\_Self-acceptance\\_of\\_stuttering\\_A\\_preliminary\\_study](https://www.researchgate.net/publication/295244547_Self-acceptance_of_stuttering_A_preliminary_study)
- DeVito, J. A. (2008). *Základy mezilidské komunikace: 6. vydání*. Grada.
- Dezort, J. (2019). *Koktavost - návrh komplexního diagnostického a terapeutického programu pro dospělé s koktavostí s důrazem na desenzibilizaci, recidivu a následnou péči [dizertační práce]*. Univerzita Karlova, Pedagogická fakulta, Oddělení pro vědeckou činnost. <https://dspace.cuni.cz/handle/20.500.11956/110552>
- Dolejš, M. et. al. (2014). *Protektivní a rizikové osobnostní rysy u adolescentů*. Univerzita Palackého v Olomouci.
- Dolejš, M., & Orel, M. (2017). *Rizikové chování u adolescentů a impulzivita jako prediktor tohoto chování*. Univerzita Palackého v Olomouci.
- Dolejš, M., Kasalová, V., & Vavrysová, L. (2018). *Kdo a co řídí české adolescenty?*. Univerzita Palackého v Olomouci.
- Drageset, J. (2021). Social Support. *Health Promotion In Health Care – Vital Theories And Research*, 137-144. [https://link.springer.com/chapter/10.1007/978-3-030-63135-2\\_11#DOI](https://link.springer.com/chapter/10.1007/978-3-030-63135-2_11#DOI)

- Drayna, D., Kilshaw, J., & Kelly, J. (1999). The sex ratio in familial persistent stuttering. *American journal of human genetics*, 65(5), 1473–1475. <https://doi.org/10.1086/302625>
- Dworzynski, K., Remington, A., Rijdsdijk, F., Howell, P., & Plomin, R. (2007). Genetic etiology in cases of recovered and persistent stuttering in an unselected, longitudinal sample of young twins. *American journal of speech-language pathology*, 16(2), 169–178. [https://doi.org/10.1044/1058-0360\(2007/021\)](https://doi.org/10.1044/1058-0360(2007/021))
- Erickson, S. et al. (2013). The social and communication impact of stuttering on adolescents and their families. *Journal Of Fluency Disorders*, (38), 311-324. <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0094730X13000831?via%3Dihub>
- Ezrati-Vinacour, R., & Weinstein, N. (2011). A dialogue among various cultures and its manifestation in stuttering therapy. *Journal of fluency disorders*, 36(3), 174–185. <https://doi.org/10.1016/j.jfludis.2011.01.004>
- Fraser, J. H. (Ed.). (2010). Účinné poradenství při terapii koktavosti. Portál.
- Gavora, P. (2010). Úvod do pedagogického výzkumu (2., rozš. české vyd). Paido.
- Ghiselli, N., & Davis, G. (2011). Stuttering: Fact or fiction? [Review of the media *The king's speech*, by T. Hooper, Dir.]. *PsycCRITIQUES*, 56(13). <https://doi.org/10.1037/a0023604>
- Hájková, V., & Strnadová, I. (2010). Inkluzivní vzdělávání, teorie a praxe. Praha: Grada.
- Hayes, N. (2021). Základy sociální psychologie (Vydání osmé). Portál.
- Hayhow, R. et al. (2002). Stammering and therapy views of people who stammer. *Journal Of Fluency Disorders*, (27). [https://www.researchgate.net/publication/11303620 Stammering and the therapy views of people who stammer](https://www.researchgate.net/publication/11303620_Stammering_and_the_therapy_views_of_people_who_stammer)
- Hnilica, K. (Ed.). (2018). Stereotypy a legitimizace sociální stratifikace. Univerzita Karlova, Pedagogická fakulta.
- Hrabal, V. (2002). Sociální psychologie pro učitele: vybraná témata (2. vyd). Karolinum.
- Hubner, A. (2022). Mám to o sobě říct?: jak se vypořádat se stigmatem duševní nemoci. Portál.
- Chang S., Zhu D., 2013, Neural network connectivity differences in children who stutter, "Brain", 136, pp. 3709–3726 <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3859219/>

- Chlupáčková, A. (2022). *Postoje k balbutikům: Porovnání stereotypů u jedinců, kteří mají přímou zkušenost s balbutiky, a u těch, kteří se s koktavostí nikdy nesetkali* [Bakalářská práce.] Masarykova univerzita, Filozofická fakulta. <https://theses.cz/id/mkg4vl/>
- Ilić-Savić, I. et al. (2021). Procena interpersonalne anksioznosti kod osoba koje mucaju. *Psiholoska Istrazivanja*, (24), 63-74. [https://www.researchgate.net/publication/353214680\\_Assessment\\_of\\_interpersonal\\_anxiety\\_in\\_stutters](https://www.researchgate.net/publication/353214680_Assessment_of_interpersonal_anxiety_in_stutters)
- Isaacs, D. H. (2021). 'Satan is holding your tongue back': Stuttering as moral failure. *African Journal Of Disability*. [https://www.researchgate.net/publication/351434681\\_'Satan\\_is\\_holding\\_your\\_tongue\\_back'\\_Stuttering\\_as\\_moral\\_failure](https://www.researchgate.net/publication/351434681_'Satan_is_holding_your_tongue_back'_Stuttering_as_moral_failure)
- Iverach, L. et al. (2017). A speech and psychological profile of treatment-seeking adolescents who stutter. *Journal Of Fluency Disorders*, (51), 24-38. <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0094730X16300456?via%3Dihub>
- Janošová, P., Kollerová, L., Zábrodská, K., Kressa, J., & Dědová, M. (2016). *Psychologie školní šikany*. Grada.
- Jedlička, R. (2015). *Poruchy socializace u dětí a dospívajících: prevence životních selhání a krizová intervence*. Grada.
- Karunarathne, R. A. I. C. (2022). Impact of Perceived Social Support and Social Skills on Adolescent's Self-Esteem: The Social Support Theory Perspective. *Journal of Business and Technology*, 6(2), 37–50. <http://doi.org/10.4038/jbt.v6i2.87>
- Kikuchi, Y. et al. (2019). Experiences of Teasing and Bullying in Children Who Stutter. *International Archives Of Communication Disorder*. <https://www.clinmedjournals.org/articles/iacod/international-archives-of-communication-disorder-iacod-2-013.php?jid=iacod>
- Klenková, J. (2006). *Logopedie: narušení komunikační schopnosti, logopedická prevence, logopedická intervence v ČR, příklady z praxe*. Grada.
- Klenková, J., Bočková, B., & Bytešníková, I. (2012). *Kapitoly pro studenty logopedie: text k distančnímu vzdělávání*. Paido.
- Kollbrunner, J. et al. (2014). Stuttering Risk: Neurophysiological and Genetic Findings Versus Psychosocial Insights. A Proposal for a Resolution. *Journal Of Psychology & Clinical Psychiatry*, 1(7), 1-11. [https://www.researchgate.net/publication/269931926\\_Stuttering\\_Risk\\_Neurophysiological\\_and\\_Genetic\\_Findings\\_Versus\\_Psychosocial\\_Insights\\_A\\_Proposal\\_for\\_a\\_Resolution/citations](https://www.researchgate.net/publication/269931926_Stuttering_Risk_Neurophysiological_and_Genetic_Findings_Versus_Psychosocial_Insights_A_Proposal_for_a_Resolution/citations)

- Kroupová, K., & Hanáková, A. (2020). Úprava prostředí pohledem osob se zdravotním postižením. Univerzita Palackého v Olomouci.
- Langmeier, J., & Krejčířová, D. (2006). *Vývojová psychologie (2., aktualiz. vyd.)*. Grada.
- Lechta, V. (2003). *Diagnostika narušené komunikační schopnosti*. Portál.
- Lechta, V. (2010). *Koktavost: integrativní přístup (Vyd. 2., rozš. a přeprac.)*. Portál.
- Macek, P. (2003). *Adolescence (Vyd. 2., upr.)*. Portál.
- Macek, P., & Lacinová, L. (Eds.). (2012). *Vztahy v dospívání (2. vyd.)*. Barrister & Principal.
- MacKinnon, S. P., Hall, S., & Macintyre, P. D. (2007). Origins of the stuttering stereotype: stereotype formation through anchoring-adjustment. *Journal of fluency disorders*, 32(4), 297–309. <https://doi.org/10.1016/j.jfludis.2007.03.003>
- McGill, M. et al. (2018). Self-report of self-disclosure statements for stuttering. *Journal Of Fluency Disorders*, (58), 22-34. <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0094730X18300573?via%3Dihub>
- Mezinárodní klasifikace funkčních schopností, disability a zdraví: MKF. Praha: Grada, 2008. [https://www.uzis.cz/sites/default/files/knihovna/mkf\\_cz.pdf](https://www.uzis.cz/sites/default/files/knihovna/mkf_cz.pdf)
- Nakonečný, M. (1997). *Encyklopedie obecné psychologie (2., rozš. vyd., v Akademii vyd. 1. (1. vyd. v nakl. Vodnář pod náz. Lexikon psychologie)*. Academia.
- Nakonečný, M. (2009). *Sociální psychologie*. Praha: Academia.
- Neubauer, K. (2018). *Kompendium klinické logopedie: diagnostika a terapie poruch komunikace*. Portál.
- Nuryani D. I. et al. (2022). A Case Study of Language Impairment (Stuttering): A Psycholinguistics Approach. *International Journal of Linguistics, Literature and Translation*, 5(11), 184–190. <https://doi.org/10.32996/ijllt.2022.5.11.20>
- Plexico, L. W. et al. (2019). Self-acceptance, resilience, coping and satisfaction of life in people who stutter. *Journal Of Fluency Disorders*, (59), 52-63. <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0094730X18300287?via%3Dihub>
- Plexico, L. W. et. al. (2009). Coping responses by adults who stutter: Part I. Protecting the self and others. *Journal Of Fluency Disorders*, 87-107.



[https://www.researchgate.net/publication/26747956\\_Coping\\_responses\\_by\\_adults\\_who\\_stutter\\_Part\\_I\\_Protecting\\_the\\_self\\_and\\_others](https://www.researchgate.net/publication/26747956_Coping_responses_by_adults_who_stutter_Part_I_Protecting_the_self_and_others)

Quesal R. W. (2010). Empathy: perhaps the most important E in EBP. *Seminars in speech and language*, 31(4), 217–226. <https://doi.org/10.1055/s-0030-1265755>

Rana, H. J. et al. (2021). Social Anxiety and Quality of Life: Mediating Role of Stigma Perception in Individuals Who Stutter. *Nust Journal Of Social Sciences And Humanities*, (7). <https://njssh.nust.edu.pk/index.php/njssh/article/view/92/71>

Řičan, P. (2004). *Cesta životem*. Portál.

Siegel, D. J. (2016). *Rozbouřený mozek: dospívání, teenageři a jejich výchova*. Stanislav Juhaňák - Triton.

Sirovátka, T. (Ed.). (2002). *Menšiny a marginalizované skupiny v České republice*. Masarykova univerzita.

Sønsterud, H. et al. (2020). What do people search for in stuttering therapy: Personal goal- setting as a gold standard?. *Journal Of Communication Disorders*, (85). <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0021992418302314?via%3Dihub>

Sønsterud, H. et al. (2022). Covert and overt stuttering: Concepts and comparative findings. *Journal Of Communication Disorders*, (99). <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S002199242200065X?via%3Dihub>

St. Louis, Kenneth. (2010). *International project on attitudes toward human attributes (IPATHA)*. Morgantown, WV: Populore.

St. Louis, Kenneth et al. (2011). Stuttering attitudes among Turkish family generations and neighbors from representative samples. *Journal of Fluency Disorders* 36. 318-333. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22133411/>

St. Louis, Kenneth. (2012). POSHA-S public attitudes toward stuttering: Online versus paper surveys. *Canadian Journal of Speech-Language Pathology and Audiology*. 36. 116-123. [https://www.researchgate.net/publication/288116377\\_POSHA-S\\_public\\_attitudes\\_toward\\_stuttering\\_Online\\_versus\\_paper\\_surveys](https://www.researchgate.net/publication/288116377_POSHA-S_public_attitudes_toward_stuttering_Online_versus_paper_surveys)

St. Louis, Kenneth et al. (2016). Comparing Parents' and Young Children's Attitudes Toward Stuttering. *J Speech Pathol Ther* 1:104. <https://www.omicsonline.org/open-access/comparing-parents-and-young-childrens-attitudes-toward-stuttering-jspt-1000104.php?aid=68515>

St. Louis, Kenneth et al. (2016). *The Appraisal of the Stuttering Environment (ASE): A New Clinical Tool to Measure Stuttering Attitudes in the Client's Environment*, Morgantown: West Virginia University Press.

St. Louis, Kenneth. (2022). *Appraisal of the Stuttering Environment (ASE)*. [https://www.researchgate.net/publication/369114355\\_Appraisal\\_of\\_the\\_Stuttering\\_Environment\\_ASE](https://www.researchgate.net/publication/369114355_Appraisal_of_the_Stuttering_Environment_ASE)

Sychrová, P. (2012). *Podpůrná opatření a poradenské služby pro žáka s narušenou komunikační schopností v základní škole*. Masarykova univerzita.

Šelner, I. (2012). *Fenomén člověk s postižením*. Caritas - Vyšší odborná škola sociální Olomouc.

Thorová, K. (2015). *Vývojová psychologie: proměny lidské psychiky od početí po smrt*. Portál.

Tomaiuolo, D. et al. (2015). *Profiling people who stutter: A comparison between adolescents and adults*. *Procedia - Social And Behavioral Sciences*. [https://www.researchgate.net/publication/283165716\\_Profiling\\_People\\_who\\_Stutter\\_A\\_Comparison\\_Between\\_Adolescents\\_and\\_Adults](https://www.researchgate.net/publication/283165716_Profiling_People_who_Stutter_A_Comparison_Between_Adolescents_and_Adults)

Unger J. P., Berg M. (2013). *Elternberatung in der Therapie des frühkindlichen Stotterns*. *SpracheStimme Gehör*, 37(1), 19-23. <https://www.thieme-connect.com/products/ejournals/abstract/10.1055/s-0032-1333273>

Vágnerová, M. (1999). *Psychopatologie pro pomáhající profese: variabilita a patologie lidské psychiky*. Portál

Vágnerová, M. (2000). *Vývojová psychologie: dětství, dospělost, stáří*. Portál.

Vágnerová, M. (2014). *Současná psychopatologie pro pomáhající profese*. Portál.

Vašutová, M., & Panáček, M. (2013). *Mezi dětstvím a dospělostí: vybrané kapitoly z psychologie adolescence*. *Filozofická fakulta Ostravské univerzity v Ostravě*.

Villegas, B., Flores, K. M., Jose Acuna, K., Pacheco-Barrios, K., & Elias, D. (2019). *A Novel Stuttering Disfluency Classification System Based on Respiratory Biosignals*. *Annual International Conference of the IEEE Engineering in Medicine and Biology Society*. IEEE Engineering in Medicine and Biology Society. Annual International Conference, 2019, 4660–4663. <https://doi.org/10.1109/EMBC.2019.8857891>

Walterová, E., & Greger, D. (2009). *Přechod žáků ze základní na střední školu: pohledy z výzkumů*. Paido.

- Yaruss, J. S., & Quesal, R. W. (2004). Stuttering and the International Classification of Functioning, Disability, and Health: an update. *Journal of communication disorders*, 37(1), 35–52. [https://doi.org/10.1016/S0021-9924\(03\)00052-2](https://doi.org/10.1016/S0021-9924(03)00052-2)
- Yaruss, J. S., & Quesal, R. W. (2006). Overall Assessment of the Speaker's Experience of Stuttering (OASES): documenting multiple outcomes in stuttering treatment. *Journal of fluency disorders*, 31(2), 90–115. <https://doi.org/10.1016/j.jfludis.2006.02.002>
- Yaruss J. S. (2007). Application of the ICF in fluency disorders. *Seminars in speech and language*, 28(4), 312–322. <https://doi.org/10.1055/s-2007-986528>
- Yaruss, J. S., & Ratner, N. B. (2010). Becoming an effective clinician for people who stutter: you can do it!. *Seminars in speech and language*, 31(4), 283–285. <https://doi.org/10.1055/s-0030-1265761>
- Yaruss, J. S., Coleman, C. E., & Quesal, R. W. (2012). Stuttering in school-age children: a comprehensive approach to treatment. *Language, speech, and hearing services in schools*, 43(4), 536–548. [https://doi.org/10.1044/0161-1461\(2012/11-0044\)](https://doi.org/10.1044/0161-1461(2012/11-0044))

## Příloha A Souhlas s účastí ve výzkumu

### Informace o výzkumu

**Název projektu:** Proces přijetí koktavosti u dospívajících jedinců

**Hlavní řešitel:** Macková Kamila

**Pracoviště:** Pedagogická fakulta, katedra speciální pedagogiky, Masarykova univerzita

**Období řešení projektu:** září 2022 – duben 2023

### O čem je tento výzkumný projekt?

Výzkumný projekt se zabývá dospívajícím jedincem s koktavostí a jeho blízkým okolím.

### Jak bude účast probíhat?

- vyplnění dotazníku Hodnocení prostředí koktavosti
- vyplnění dotazníku vám zabere kolem 15 minut
- dotazníkové šetření bude probíhat pouze jedenkrát
- dotazníkovým šetřením se bude hodnotit postoj jedinců ke koktání

### Jaké jsou výhody/odměna za účast v tomto výzkumu?

Účastí na výzkumu nevzniká účastníkům nárok na finanční, či jinou materiální odměnu. Odměnou pro účastníky výzkumu je již samotný příjemný pocit z pomoci při pochopení dopadů koktavosti na jednotlivé členy společnosti, jakožto také příjemný pocit z pomoci řešitelce diplomové práce v jejím snažení. Řešitelka je navíc přesvědčená, že samotný proces poskytování odpovědí v rámci dotazníků, může dopomoci účastníkům k hlubšímu zamyšlení nad fenoménem koktavosti a jejím dopadem na osoby koktavé, případně může dopomoc nekoktajícím účastníkům k zamyšlení nad způsobem, jak ke koktavým lidem přistupovat, a v poslední řadě koktavým účastníkům k pochopení a pojmenování problémů, kterým musí díky koktavosti čelit.

### Jaké osobní údaje jsou v tomto výzkumném projektu sbírány?

- základní demografické údaje (např. věk, pohlaví, bydliště, zaměstnání, vzdělání, příjem, rodinný stav)
- odpovědi z dotazníků

### Jak budou osobní údaje zpracovávány?

- Získané údaje budou zpracovávány v tzv. pseudonymizované podobě. Na počátku realizace výzkumu Vám bude přidělen unikátní kód, pod kterým budou ukládána veškerá data z dotazování. Soubor obsahující převod jména na kód (kódovací klíč) umožňující

*propojení údajů bude mít k dispozici pouze hlavní řešitel projektu a bude uložen odděleně od ostatních dat.*

### **Jak dlouho budou osobní údaje uloženy?**

- *Vaše osobní údaje budeme uchovávat pouze po dobu řešení projektu, poté bude kódovací klíč nenávratně smazán a tím budou získané údaje anonymizovány, tj. převedeny do podoby, která neumožňuje Vaši identifikaci.*
- *Záznamové archy budou skartovány.*

Získaná data v anonymní podobě mohou být použita v dalších výzkumných projektech v této oblasti.

### **Povinně poskytované informace dle Obecného nařízení o ochraně osobních údajů (EU 2016/679, GDPR)**

Vaše osobní údaje budeme zpracovávat na základě Vámi uděleného souhlasu pro účely výzkumu v oblasti logopedie.

Správce osobních údajů: Masarykova univerzita, Žerotínovo nám. 617/9, 601 77 Brno

Kontaktní osoba pro zpracování osobních údajů: Kamila Macková, [481215@mail.muni.cz](mailto:481215@mail.muni.cz)

Kontakt na pověřence pro ochranu osobních údajů: [poverenec@muni.cz](mailto:poverenec@muni.cz)

Předávání osobních údajů mimo MU: Kenneth O. St. Louis, Ph.D., Department of Speech Pathology & Audiology, výsledky z dotazníkového šetření

### Vaše práva v souvislosti se zpracováním osobních údajů:

- požadovat přístup k osobním údajům týkajícím se Vaší osoby, jejich opravu nebo výmaz, popřípadě omezení zpracování,
- podat stížnost dozorovému orgánu (Úřad pro ochranu osobních údajů, [www.uoou.cz](http://www.uoou.cz)) v případě, že se domníváte, že zpracování osobních údajů probíhá v rozporu s právními předpisy;
- souhlas se zpracováním osobních údajů udělený níže kdykoliv odvolat, aniž by za to hrozila jakákoliv sankce či znevýhodnění, a to oznámením na kontaktní údaje správce osobních údajů. Zákonost zpracování údajů před odvoláním souhlasu tím není dotčena.

**Je účast v tomto výzkumu povinná?**

*Účast na výzkumu je zcela dobrovolná a máte právo odstoupit z výzkumu bez udání důvodu, a to až do doby týden po vyplnění dotazníku.*

**Kde se dozvědět více?**

*Pokud máte jakékoliv doplňující dotazy ohledně tohoto výzkumu, můžete se obrátit na [481215@mail.muni.cz](mailto:481215@mail.muni.cz).*

Tento projekt byl schválen Etickou komisí pro výzkum Masarykovy univerzity. V případě dotazů, nejasností či připomínek k průběhu výzkumu můžete kontaktovat vedení komise na adrese [ekv@muni.cz](mailto:ekv@muni.cz)

7 Souhlas s účastí ve výzkumu a zpracováním osobních údajů

Na základě výše uvedených informací:

- **Souhlasím** s účastí v uvedeném výzkumném projektu Proces přijetí koktavosti u dospívajících jedinců
- **Souhlasím** s výše uvedeným zpracováním osobních údajů pro výzkumné účely.

Jméno a příjmení: ..... Podpis:

.....

V ..... dne: .....

Za výzkumný tým:

Jméno a příjmení: ..... Podpis:

.....

V ..... dne: .....

**Příloha B Výsledky t-testu**

	t	df	P
H1	0,789	23,8	0,227
H2*	6,744	32	< 0,001
H1S	-0,873	31	0,195
H2S*	4,135	32	<0,001
H1R	1,573	31	0,063
H2R*	4,906	32	<0,001

 $\alpha = 0,05$

## Rejstřík