

Filozofická fakulta
Univerzity Palackého v Olomouci
Katedra psychologie

VYBRANÉ VÝCHOVNÉ ASPEKTY RODIČŮ DĚTÍ
S MENTÁLNÍM POSTIŽENÍM
SELECTED ASPECTS OF EDUCATION OF PARENTS OF CHILDREN
WITH INTELLECTUAL DISABILITIES

Diplomová práce

Bc. Tereza Schneiderová

Vedoucí práce: PhDr. Radko Obereignerů, Ph.D.

Olomouc 2011

Prohlašuji, že jsem tuto diplomovou práci vypracovala samostatně. Uvedla jsem všechny literární prameny a publikace, ze kterých jsem čerpala.

Poděkování:

Na tomto místě bych ráda poděkovala PhDr. Radkovi Obereignerovi, Ph.D. za vedení a poskytnuté rady při tvorbě mé diplomové práce.

V Olomouci dne 31. 3. 2011

.....

podpis

Číslo	Obsah	Strana
-------	-------	--------

Teoretická část

	Úvod	5
1.	Terminologická východiska	7
1.1.	Definice mentální retardace	7
1.2.	Modely mentální retardace	10
1.2.1.	Limitační model mentální retardace	10
1.2.2.	Popisný model mentální retardace	10
1.2.3.	Ekologický model mentální retardace	11
1.3.	Příčiny mentální retardace	12
1.4.	Klasifikace mentální retardace	14
1.4.1.	Lehká mentální retardace	15
1.4.2.	Středně těžká mentální retardace	16
1.4.3.	Těžká mentální retardace	17
1.4.4.	Hluboká mentální retardace	18
1.4.5.	Jiná mentální retardace	19
1.4.6.	Nespecifikovaná mentální retardace	19
1.5.	Osobnost jedince s mentální retardací	19
1.5.1.	Psychologické zvláštnosti osob s mentálním postižením	23
2.	Rodina s dítětem s mentálním postižením	28
2.1.	Historie rodiny	28
2.2.	Vymezení pojmu rodina	29
2.3.	Rodina dítěte s mentálním postižením	31
2.4.	Funkce rodiny	32
2.5.	Vyrovňávání rodiny s diagnózou dítěte	33
2.6.	Změny rodiny po sdělení diagnózy dítěte	38
2.6.1.	Změny ve funkčnosti rodiny	39
2.6.2.	Změny vývojových fází rodiny	40
2.7.	Role rodiny v životě dítěte s mentálním postižením	41
2.8.	Přístupy rodičů k dítěti s mentálním postižením	43
2.9.	Výchova mentálně postiženého dítěte	44

2.9.1. Vybraný způsob zjišťování způsobu výchovy v rodině.....	47
--	----

Výzkumná část

3. Výzkumný cíl práce	55
4. Popis metodologického rámce a metod	56
4.1. Metoda výzkumu a zvolená technika.....	56
4.1.1. Tvorba dotazníku	56
4.1.2. Zvolený postup výzkumu.....	57
4.1.3. Metoda sběru dat.....	57
4.1.4. Místo dotazování.....	58
4.1.5. Sběr a zpracování dat	58
4.1.5.1. Evidence tazatelů	58
4.1.5.2. Ochrana dat	59
4.1.6. Zpracování a analýza údajů	59
5. Výběr cílového souborů.....	60
6. Výsledky výzkumu a jejich interpretace	62
7. Diskuze	87
Závěr	88
Souhrn.....	90
Seznam odborné literatury a zdrojů	92
Seznam tabulek	95
Seznam grafů.....	96
Seznam příloh.....	98

Úvod

Diplomová práce se zabývá problematikou, jež je zaměřená na vybrané výchovné aspekty rodičů s mentálním postižením, přičemž chce poukázat na to, jaké výchovné aspekty jsou přítomny v rodinách dětí s mentálním postižením. Práce poukazuje především na výchovné styly, na které děti s mentálním postižením naráží v rodinách a se kterými se setkávají každodenně. Musíme si připomenout, že děti s mentálním postižením jsou i přes své znevýhodnění, jako všechny ostatní.

Základ pojmu mentální retardace tvoří lidský mozek, který je především složitým orgánem lidského těla. Na tomto základě tvoří důležitý faktor příčin narušené inteligence osob s mentálním postižením zejména genetika. Za zakladatele genetiky je považován Gregor Mendel. Jeho objevy se staly základem genetiky, vědy, která zkoumá dědičnost – principy a mechanismy působení dědičnosti, které se přenášejí z generace na generaci. Genetické poruchy jsou natolik závažným onemocněním, že se staly předmětem dlouhatých vědeckých zkoumání. Některé jsou spojeny s mentální retardací. Mezi její hlavní znaky patří nízká úroveň rozumových schopností, postižení je vrozené a trvalé, i když lze dosáhnout určitého zlepšení. Další nedílnou součástí této práce je inteligence, za pomoci které lze vyjadřovat své myšlenky, city, pocity a nálady. Inteligence jako taková tvoří podstatu osobnosti a u každého jedince je vyjadřována za pomoci rozumových schopností. Při samotném měření je důležité zaměřit se na osobnost každého jedince, přičemž je posuzována zejména jeho paměť aj. V případě, že je inteligence snižena výrazným způsobem, pak můžeme hovořit o pojmu mentální retardace.

Diplomová práce nazvaná „*Vybrané výchovné aspekty rodičů dětí s mentálním postižením*“ je rozdělena na dvě části: část teoretickou a část výzkumnou. Cílem teoretické části diplomové práce je využití odborné literatury převážně českých autorů, popsat mentální retardaci a uvést informace o rodině, přístupech rodiny k dětem s mentálním postižením a jejich výchově. Tato problematika zasahuje do řady oborů, např. psychologie, etiky, speciální pedagogiky a zabývala se jím řada odborníků, o čemž svědčí řada odborných publikací, jež budou užity v této práci. Za zmínku stojí zejména významné dílo „*Mentální retardace*“ od Ivy Švarcové, které se vyznačuje humanistickým přístupem k osobám s mentálním postižením i vědomostmi z oblasti péče a vzdělávání mentálně retardovaných osob.

Jaký je tedy cíl práce? Hlavním cílem práce je seznámit čtenářem s danou problematikou a zjištění toho, o jaký způsob výchovy se ve vybraných rodinách jedná vzhledem k dětem s mentálním postižením.

Co práce přináší? Práce se věnuje aktuálnímu tématu, které existuje v každé společnosti. Jedinci, jež jsou mentálně postižení jsou skupinou lidí, kteří si své zařazení do společnosti nemohou určit sami a hlavním důvodem je právě jejich zdravotní stav. Kapitoly této práce se podrobně věnují zdravotnímu stavu těchto skupin mentálně postižených ve vztahu k jejich rodině, dále se věnují jejich snaze se co nejvíce zařadit do normálního života, naučit se fungovat jako celá řada jedinců v jejich věku.

1. Terminologická východiska

Jedinci, u nichž je diagnostikována mentální retardace představují specifickou skupinu postižených dětí, mládeže i dospělých, o nichž se mezi širokou veřejností mnoho nehovoří. Avšak předsudky veřejnosti se zabývají především neopodstatněnými obavami, které vyplývají z nepřátelského postoje k lidem s mentálním postižením.

V současné době se mentální retardace označuje termínem „snížení rozumových schopností“, přičemž tento pojem je spojován především s opožděním vývoje a zasahuje do všech oblastí života mentálně postiženého jedince. Než-li se budeme zabývat samotnou definicí mentální retardace, tak je na místě si ujasnit význam tohoto pojmu, který je spojen s mnoha definicemi, jak je více uvedeno níže.

Existuje veliké množství definic mentální retardace a ucelit tak přesnou charakteristiku je obtížné. Jedním z předních kritérií je především sociální nepřizpůsobivost, jež vzniká na základě abnormálních projevů mentálních, které jsou v přímé úměře se zaostáváním vývoje daného jedince.

1.1. Definice mentální retardace

Pojem mentální retardace byl definován mnoha autory zabývající se touto problematikou. Valenta, Müller (2003) charakterizují mentální retardaci jako celkové snížení intelektu.

Švarcová vymezuje tento pojem jako „snížení rozumových schopností, které vzniklo v důsledku organického poškození mozku“ (Švarcová, 2003, s.25).

Dolejší rozsáhleji definoval mentální retardaci, která je u nás nejvíce citovaná a to: *„Mentální retardace je vývojová porucha integrace psychických funkcí různé hierarchie s variabilní ohraničeností a celkovou subnormální inteligencí, závislá na některých z těchto činitelů: na nedostacích genetických vloh, na porušeném stavu anatomicko-fyziologické struktury a funkce mozku a jeho zrání, na nedostatečném nasycování základních psychických potřebách dítěte vlivem deprivace sensorické, emoční a kulturní, na deficitním učení, na zvláštlostech vývoje motivace, zejména na negativních zkušenostech jedince po opakovaných*

stavech frustrace a stresu, na typologických zvláštnostech vývoje osobnosti“ (Dolejší, 1983, s.35).

Vágnerová dále uvádí, že: *Nejčastěji je mentální retardace definována jako neschopnost dosáhnout odpovídajícího stupně intelektového vývoje (méně než 70% normy), přestože byl takový jedinec přijatelným způsobem výchovně stimulován. Nízká úroveň inteligence bývá spojena se snížením či změnou dalších schopností a odlišnostmi ve struktuře osobnosti“* (Vágnerová, 1999, s.146). K uvedené definici se dále uvádí, že hlavními znaky jsou především:

- Nízká úroveň rozumových schopností, která se projevuje rozvojem myšlení, které není v dostatečném rozsahu a dále omezenou schopností se učit, z čehož plynou následky spojené s obtížnější adaptací na běžné životní podmínky.
- Postižení je vrozené
- Postižení má trvalý charakter, které je v závislosti na etiologii možné zlepšit, přičemž horní hranice dosažitelného rozvoje takového člověka je dána závažností, tak i příčinou defektu v souladu s individuálně specifickou přijatelností působení prostředí.

Člověk s mentálním postižením je svébytným subjektem, který má své charakteristické osobní rysy. U těchto lidí se ovšem projevují rysy, jejichž hloubka závisí na stupni, hloubce a rozsahu mentální retardace. Závisí také na hloubce postižení jednotlivých psychických funkcí a na psychickém vývoji v rámci mentální retardace.

Za osoby s mentální retardací lze považovat děti i dospělé, u kterých dochází k zaostávání vývoje rozumových schopností, k odlišnému vývoji některých psychických vlastností a k poruchám v adaptabilitě chování. Hloubka postižení je čistě individuální (Švarcová, 2000).

Dalším důležitým znakem mentálního postižení (neboli mentální retardace) je trvalost porušení poznávací činnosti.

Mentální postižení je nazýváno trvalé snížení rozumových schopností. K tomuto snížení došlo v důsledku organického poškození mozku. Mentální postižení není nemoc, je to

bohužel trvalý stav, který je způsobený buďto poškozením mozku nebo jeho neodstranitelnou nedostatečností (Švarcová, 2000).

Mentální retardace je pojmenování vrozeného či časně získaného defektu rozvoje rozumových schopností. Je to vlastně nedosažení odpovídajících stupňů mentálního vývoje vzhledem k věku jedince. Nízké IQ bývá spojeno se snížením či změnou dalších schopností.

Mentální retardace je vymezena jednak nízkou úrovní rozumových schopností projevující se jednak nedostatečným rozvojem myšlení, omezenou schopností učit se novým věcem, ale také k adaptaci ve společnosti. Jde o stav trvalý a vrozený či časně získaný (Říčan, 1991). V současnosti je výrazný pokrok v péči v náhledu na tyto jedince.

Říčan definoval: *„Mentální retardace (dříve byl užíván i termín oligofrenie nebo slabomyslnost) je závažné postižení vývoje rozumových schopností, prenatalní, perinatální nebo časně postnatální etiologie, které vede k významnému omezení v adaptivním fungování postiženého dítěte či dospělého v jeho sociálním prostředí. Základním diagnostickým kritériem je selhávání v komplexním inteligenčním testu, tedy výkon nižší než 2 standardní odchytky pod průměrem. K diagnóze však nestačí pouze slabý výkon v testech inteligence, ale dítě či dospělý musí současně selhávat i v plnění věku přiměřených očekávání ve svém sociálním prostředí. Z tohoto hlediska proto např. mnohé z romských dětí s IQ nižším než 70, které však současně nejsou ve své rodině nijak nápadné a dobře plní všechna očekávání, nelze označovat jako mentálně retardované“* (Říčan, 2006, s.195).

Mentální retardace je poruchou, která nezasahuje pouze do medicíny, ale také do oblasti sociální. Hartl, Hartlová (2000, s.508) říkají: *„Mentální retardace se projevuje v průběhu vývoje jedince a obvykle je provázena nižší schopností orientovat se v životním, zvláště sociálním prostředí, jedinec zaostává za vrstevníky v učení, sociálních a pracovních dovednostech i v citovém životě.“*

Nejedná se tedy pouze o otázku sníženého IQ, nýbrž o komplex narušení adaptivního chování. Mentální retardace je provázena behaviorálním syndromem, který je důsledkem kvalitativního i kvantitativního poškození vývoje struktury jedince. Jedná se o poškození intelektových funkcí společně s narušeným vývojem osobnosti. Narušené adaptivní chování v chráněném prostředí díky výrazné podpoře nemusí být u osob s mentální retardací na první pohled očividné.

Podle Říčana (1991) jsou známy samozřejmě i starší rozdělení lidí s mentální retardací, používající označení dnes již zastaralé a hanlivé (např. debilita, imbecilita, idiocie aj.).

1.2. Modely mentální retardace

V současnosti existují různé výklady modelu, které popisují různá prostředí práce s lidmi s definovanou mentální retardací. Z hlediska rozlišnosti prostředí rozeznáváme celkem 3 modely a to *limitační, popisný a ekologický*.

1.2.1. Limitační model mentální retardace

Limitační model vymezuje mentální retardaci z pohledu podprůměrné obecně intelektuálové funkce a nedostatečného adaptačního chování. Tento model se datuje již na počátku minulého století. Hranice mentální retardace je dáno u IQ pod 70. Zároveň se dělí na lehkou, středně těžkou a těžkou a hlubokou. (viz výše) Mentální retardace popisuje zpožděný vývoj jedince vzhledem k normě jeho věku.

Tento model měl svůj význam hlavně v minulosti. Neboť tehdy převládal názor, že nejvhodnějším způsobem života pro jedince s mentální retardací je speciální, chráněné a ústavní prostředí. Zde byli tito lidé umístěni vzhledem ke své intelektuální úrovni. Dnes již tento model ztrácí svůj smysl, neboť se všeobecně usiluje, aby jedinci s mentální retardací žili v prostředí, které je vhodné pro jejich vrstevníky.

Nevýhodou tohoto modelu je pojetí člověka s mentální retardací jako dítěte bez ohledu na jeho věk a přirozené potřeby.

1.2.2. Popisný model mentální retardace

Popisný model se snaží předcházet tzv.nálepkování. Jde zejména o stigmatizaci, budování předsudků a zjednodušení vnímání člověka.

Definice v tomto modelu se snaží především vidět lidskou bytost a pak až postižení. Opírá se o anglický výraz *learning disability*. Je to vlastně nepružnost učení, který je v anglicky mluvících zemích používán pro mentální retardaci jako zástupný termín. Snaží se konkrétně popsat, v čem se mentální retardace projevuje v běžném životě. Jedinci s mentální

retardací jsou popsáni, jako lidé, kteří mají odlišné potřeby, pomaleji se učí, mají odlišné sociální chování a jiné.

Výhoda tohoto modelu spočívá v osvětě a boji proti předsudkům a stigmatizaci. Negativum spočívá v tom, že model vidí jedince s mentální retardací jako lidi se speciálními potřebami. Člověk se však i přes toto mentální postižení má stejné potřeby jako člověk zdravý, neboť základní lidské potřeby jsou univerzální. Odlišný je způsob jak potřeby uspokojujeme. Je to samozřejmě s ohledem na věk, osobní možnosti, vrozené schopnosti aj.

1.2.3. Ekologický model mentální retardace

Ekologický model je nejvhodnějším modelem týkající se lidí s mentální retardací. Je to pojetí, které prosazuje AAMR (American Association on Mental Retardation). Mentální retardace není hlavním znakem, ale pouze interakcí mezi charakterem člověka a charakterem prostředí, kde se pohybuje.

Model je založen na pilířích, jakými jsou:

1. Kompetence popisující co člověk dokáže, co umí a možnost jeho budoucího vývoje.
2. Prostředí popisující podmínky, kde člověk s MR bude žít, učit se, pracovat a stýkat se s ostatními lidmi.
3. Fungování definující jako stupeň podpory, jež člověk s mentální retardací potřebuje ke svému úspěšnému fungování. Je několik druhů podpory: občanská, omezená, rozsáhlá, pervazivní.

Je tedy možné, že lidé s lehkou MR mohou potřebovat rozsáhlou podporu při zácvičku na náročnější pracovní úlohu. Pozitivum tohoto modelu je hlavně v integraci jedince a prostředí. Tento model neřeší, zda tito lidé něco mohou, např. „Zda mohou sexuálně žít“ nebo „mít děti“, ale spíše za jakých okolností by to bylo možné (Lečbych, 2005).

1.3. Příčiny mentální retardace

Příčiny vzniku mentální retardace mívají různorodý charakter. Nevzniká však na jednotné příčině, ale v souvislosti s více faktory. Vznik mentální retardace ovlivňuje mnoho vnitřních i vnějších faktorů, které nejsou do současné doby přesně rozpoznány. Je patrné, že vznik mentální retardace podmiňuje postižení centrální nervové soustavy, která je způsobena mnoha způsoby.

Tato porucha je patrná na klinickém obrazu, kde se projevuje z pohledu kvalitativního či kvantitativního, což znamená druh závažnosti postižení a přidružené symptomy. Z tohoto pohledu se jedná o podmíněné postižení, na kterém nesou podíl genetické dispozice vedoucí k narušení výše zmíněné centrální nervové soustavy, tak i další faktory, které ve fázi vývoje poškodí mozek. Vágnerová (2004) také potvrzuje, že příčinou mentální retardace je již zmíněná narušená centrální nervová soustava.

Podle Valenty a Müllera (2003) se dělí příčiny mentální retardace z pohledu časové posloupnosti:

- **Prenatálního období**

- kdy se na vzniku podílí požívání alkoholu, kouření cigaret, či rizikové těhotenství, prodělané nemoci během těhotenství, nadměrné užívání léky apod.

- **Perinatálního období**

- se jedná o poškození způsobená v průběhu porodu, kdy je příčinou předčasný porod, či nízká porodní váha. V perinatálním období může dítě utrpět i krvácením do mozku, což sebou nese velké riziko vzniku mentální retardace

- **Postnatálního období**

- zahrnuje příčiny jakými jsou zejména bakteriální a virové záněty mozku a mozkových blan, v jiných případech i úrazy hlavy, či níže zmíněné sociální faktory. Kvapilík a Černá (1990) dále dodávají, že požívání alkoholu nemusí vždy mít za následek mentální retardaci, přičemž je jasné, že mezi příčinami vzniku konzumace alkoholu zvyšuje riziko zejména v prvním měsících gravidity.

Zvolský (2005) uvádí, že mezi faktory, které způsobují vznik mentální retardace patří zejména:

- **Dědičnost**

- kdy intelekt a schopnosti jsou výsledkem průměru intelektu rodičů dítěte. V tomto případě je příčinou mentální retardace různého charakteru je kombinace zděděné inteligence a vlivu rodinného prostředí.

- **Enviromentální faktor**

- na kterých se podílí infekce matky v průběhu prenatálního období (syfilis, zarděnky, životní prostředí – vnější faktor, popř. otrava olovem apod.).

- **Specifické genetické příčiny**

- podmíněné dominantně (fakomatóza), recesivně (metabolicky dědičná onemocnění – fenylketonurie, galaktosemie). V dalších případech podmíněné poruchou chromozomů, či chromozómové abnormality (Downův syndrom).

- **Sociální faktory**

- mají také významný podíl na vzniku mentální retardace, kdy je v souvislosti špatné výchovy, rodinných vztahů či sociokulturní deprivace v rodinách či institucí v nižších vrstvách snižena intelektová schopnost.

Příčiny vzniku mentální retardace dále přiblížil Langer (1996), může být dále podmíněn vrozeně či získaně. Vrozenou mentální retardaci lze získat již v období před porodem (dědičně, chromozomální, v době těhotenství), či kolem porodu (dětská mozková obrna). Získaně pak biologicky během života (encefalitida) či ze sociálních faktorů (rodinná výchova, školní výchova, mimoškolní a mimorodinná výchova).

Samotný výzkum příčin mentální retardace je stále ve svém průběhu, protože je to neustále se rozvíjející onemocnění, jemuž je věnováno již spoustu publikací. Prochází neustálým vývojem výzkumu. Všechny dosud známé příčiny mentální retardace vyvolávají jen část této poruchy.

1.4. Klasifikace mentální retardace

Jak je již uvedeno v předchozích kapitolách, tak mentální retardace představuje stav, kdy je celkově snižena intelektová schopnost učení, myšlení, přizpůsobování se sobě i svému okolí. Tento stav však není zapříčiněn z jednoho činitele, avšak se na něm podílí celá řada faktorů, jak je uvedeno výše.

Jako každá odborná disciplína, tak zde se třídí poznatky, které se dále podílí na třídění, tj. klasifikaci mentální retardace, která se dále dělí dle různých kritérií, která vychází z příčin. Těmi kritérii jsou především kritéria etiologická, symptomatologická, vývojová a dle stupně postižení. Je třeba dodat, že žádný z níže uvedených klasifikačních systémů neobsahuje přesná kritéria, jelikož není pracováno se všemi kritérii najednou.

V současné době se ke členění užívá výstup z 10. revize Mezinárodní klasifikace nemocí, která byla zpracována Světovou zdravotnickou organizací a vstoupila v platnost od roku 1992, u nás posléze roku 1994. Mentální retardace jako taková spadá do oboru psychiatrie a má proto jako první uváděno písmeno F, přičemž mentální retardaci je věnován celý oddíl, který začíná právě písmenem F a další členění je stanoveno inteligenčním kvocientem.

Podle Mezinárodní klasifikace nemocí se dělí mentální retardace do šesti základních kategorií a to (Valenta, Müller, 2003, s.11) :

- *F 70 lehká mentální retardace*
- *F 71 středně těžká mentální retardace*
- *F 72 těžká mentální retardace*
- *F 73 hluboká mentální retardace*
- *F 78 jiná mentální retardace*
- *F 79 nespecifikovaná mentální retardace*

Dále dle MKN – 10 se k výše uvedeným kódům stupně mentálního postižení dále přidává kód, jež vyjadřuje postižení chování:

- *0 žádná nebo minimální porucha chování*
- *1 významná porucha chování vyžadující pozornost nebo léčbu*
- *8 jiné poruchy chování*
- *9 bez zmínky o poruchách chování*

1.4.1. Lehká mentální retardace

Podle MKN - 10 vykazují lehce mentálně retardovaní jedinci u standardizovaných inteligenčních testů výkon mezi 50 – 69 body; F70 (Hartl, Hartlová, 2000).

Tito jedinci většinou dosáhnou schopnosti užívat řeč účelně v běžném životě, udržovat konverzaci a podrobit se klinickému interview, i když si řeč osvojují opožděně. Většina z nich také dosáhne úplné nezávislosti v osobní péči (jídlo, mytí, oblékání, hygienické návyky) a v praktických domácích dovednostech, i když je vývoj proti normě mnohem pomalejší.

Hlavní potíže se u nich obvykle projevují v letech povinné školní docházky a to blíže při teoretické práci ve škole. Motorika dítěte je lehce opožděna a to ať jemná či hrubá a projevují se znaky pohybové koordinace. Mnozí postižení mají specifické problémy se čtením a psáním. První problémy jsou patrné již kolem třetího roku dítěte, kdy prvním výrazným signálem bývá ve většině případů opožděný vývoj řeči. Řeč může být postižena ve všech svých složkách a to ať v oblasti porozumění řeči či ve slovní zásobě nebo gramatické stavbě vět ve výslovnosti. Artikulace je neobratná, agramatismy, řečové stereotypy. Dětem s definovanou lehkou mentální retardací velmi prospívá výchova a vzdělávání zaměřené na rozvíjení jejich dovedností a kompenzování nedostatků. Většinu jedinců na horní hranici lehké mentální retardace lze zaměstnat prací, která vyžaduje spíše praktické než teoretické schopnosti, včetně nekvalifikované nebo málo kvalifikované manuální práce.

V sociokulturním kontextu, kde se klade malý důraz na teoretické znalosti, nemusí lehký stupeň mentální retardace působit žádné vážnější problémy. Důsledky retardace se však projeví, pokud je postižený také značně emočně a sociálně nezralý, např. obtížně se přizpůsobuje kulturním tradicím, normám a očekáváním, není schopen vyrovnat se s požadavky manželství nebo výchovy dětí, nedokáže samostatně řešit problémy plynoucí z nezávislého života, jako je získání a udržení si odpovídajícího zaměstnání či jiného finančního zabezpečení, zajištění úrovně bydlení, zdravotní péče apod.

Obecně jsou behaviorální, emocionální a sociální potíže lehce mentálně retardovaných a z toho plynoucí potřeba léčby a podpory bližší těm, které mají jedinci s normální inteligencí než specifickým problémům středně a těžce retardovaných. Organická etiologie je zjišťována u narůstajícího počtu jedinců, u mnoha však příčiny dosud zůstávají neodhaleny. U osob lehkou mentální retardací se mohou v individuálně různé míře projevit i přidružené chorobné

stavy, jako je autismus a další vývojové poruchy, epilepsie, poruchy chování nebo tělesné postižení (Švarcová, 2000).

Působení rodičů dle způsobu výchovy má u jedinců s tímto postižením veliký význam pro jejich samotnou socializaci, přičemž jedinci lehce mentálně retardovaní dosahují větší adaptace. Vhodná je pro ně výchova a vzdělání, které je zaměřeno na jejich rozvoj a celkový rozvoj jejich potenciálů či nedostatků. Jedinci s projevy lehké mentální retardace se rádi realizují v běžných denních činnostech a věnují se svým zálibám. Ve věku dospělosti se spíše věnují manuálním zaměstnáním.

1.4.2. Středně těžká mentální retardace

Podle MKN-10 je středně těžká mentální retardace porucha, při které se IQ u takto postižených nachází v rozmezí 35 – 49 bodů; F71.

Skupina se projevuje velmi rozdílně ve schopnostech, zatímco jedni dosahují vyšší úrovně v manuálních dovednostech, ale mají nízkou úroveň verbálních schopností, jiní jsou značně manuálně neobratní, ale jsou schopni sociální interakce a jednoduché konverzace (Hartl, Hartlová, 2000).

Obecně lze říci, že u jedinců zařazených do této kategorie je výrazně opožděn rozvoj chápání a užívání řeči a i jejich konečné schopnosti v této oblasti jsou omezené. Podobně je také opožděna a omezena schopnost starat se sám o sebe (sebeobsluhy) a zručnost. Také pokroky ve škole jsou limitované, ale někteří žáci se středně těžkou mentální retardací si při kvalifikovaném pedagogickém vedení osvojí základy čtení, psaní a počítání. Rozvoj myšlení a řeči je opožděn a tento stav přetrvává až do samé dospělosti.

V dospělosti jsou středně retardovaní obvykle schopni vykonávat jednoduchou manuální práci, jestliže úkoly jsou pečlivě strukturovány a jestliže je zajištěn odborný dohled. V dospělosti je zřídka možný úplně samostatný život. Zpravidla bývají plně mobilní a fyzicky aktivní a většina z nich prokazuje vývoj schopností k navazování kontaktu, ke komunikaci s druhými a podílí se na jednoduchých sociálních aktivitách.

V této skupině jsou obvykle podstatné rozdíly v povaze schopností. Někteří jedinci dosahují vyšší úrovně v dovednostech sensoricko-motorických než v úkonech závislých na verbálních schopnostech, zatímco jiní jsou značně neobratní, ale jsou schopni sociální

interakce a komunikace. Úroveň rozvoje řeči je variabilní. Někteří postižení jsou schopni jednoduché konverzace, zatímco druzí se dokážou stěží domluvit o svých základních potřebách. Někteří se nenaučí mluvit nikdy, i když mohou porozumět jednoduchým verbálními instrukcím a mohou se naučit používat gestikulace a dalších forem nonverbální komunikace k částečnému kompenzování své neschopnosti dorozumět se řečí. U většiny středně mentálně retardovaných lze zjistit organickou etiologii. U značné části osob je přítomen autismus nebo jiné pervazivní vývojové poruchy, které velmi ovlivňují klinický obraz a způsob, jak s postiženým jednat. Většina postižených může chodit bez pomoci. Retardace v tomto stupni je dále kombinována s epilepsií, neurologickými, tělesnými a duševními poruchami. Někdy je možno zjistit různá psychiatrická onemocnění, avšak vzhledem k omezené verbální schopnosti pacienta je diagnóza obtížná a závisí na informacích od těch, kteří ho dobře znají. Možnost edukace je omezena na minimum, ale jsou patrné případy, kdy se jedinci dokážou rozvinout k určité hranici nezávislosti a soběstačnosti, přičemž dokážou i komunikovat vzhledem k jejich stavu. V dospělém věku jsou tito lidé schopni vykonávat práci, jež je zaměřena na manuální činnosti a to většinou pod dohledem vedoucího, jelikož jim svěřené práce jsou strukturované.

1.4.3. Těžká mentální retardace

Podle MKN - 10 je těžká mentální retardace porucha, při které je IQ takto postižených jedinců obvykle v rozmezí 20 až 34 bodů; F 72 (Hartl, Hartlová, 2000).

Tato kategorie je v mnohém podobná středně těžké mentální retardaci, pokud jde o klinický obraz, přítomnost organické etiologie a přidružené stavy. Velice často se jedná o malformace centrální nervové soustavy a infekce, jež způsobují poruchy struktur celkové mozkové soustavy a z tohoto se dále odvíjí i samotné příčiny. Přičemž příčiny vzniku této retardace spočívají především v negenetickém faktoru, jakým je poškození zárodečné buňky, centrální nervová soustava, infekce atd. Dále je jsou na místě také příčiny genetického původu. Neuropsychický a senzomotorický vývoj je oproti středně těžké mentální retardaci výrazně opožděn. Což má další vliv na jiné schopnosti a dovednosti jedince.

Většina jedinců z této kategorie (na rozdíl od předcházející kategorie) má značný stupeň poruchy motoriky nebo jinými přidruženými vadami, které prokazují přítomnost klinicky signifikantního poškození či vadného vývoje ústředního nervového systému. Řečový

vývoj je ve fázi stagnace na předřečové úrovni. Řeč je variabilní, minimální a rozvoj komunikativních dovedností je značně omezen. Řeč je primitivní a je omezena pouze na vydávání skřeků. Dále jsou přítomny jak poruchy pozornosti, tak i stereotypní pohyby, agrese či afekty, impulzivita.

I když možnosti výchovy a vzdělávání těchto osob jsou značně omezené, zkušenosti ukazují, že včasná systematická a dostatečně kvalifikovaná rehabilitační, výchovná a vzdělávací péče může významně přispět k rozvoji jejich motoriky, také rozumových schopností, komunikačních dovedností, jejich samostatnosti a celkovému zlepšení kvality jejich života.

1.4.4. Hluboká mentální retardace

Podle MKN - 10 je IQ takto postižených nižší jak 20; F73 (Hartl, Hartlová, 2000). Postižení jedinci jsou velmi omezeni ve schopnostech porozumět požadavkům či instrukcím nebo jim vyhovět. Většina osob z této kategorie je imobilní nebo výrazně omezená v pohybu. Jsou zde přítomny především nejtěžší formy vývojových poruch a autismus. Příčina postižení je skryta v organickém poškození mozku a jsou zde běžná neurologická a jiná tělesná postižení.

Postižení jedinci tímto stupněm mentální retardaci vyžadují celodenní péči, která se zakládá na běžných denních úkonech. Mají nepatrnou či žádnou schopnost pečovat o své základní potřeby a vyžadují stálou pomoc a stálý dohled. Tito jedinci bývají často inkontinentní a přinejlepším jsou schopni pouze rudimentární neverbální komunikace. Je zde patrná především kombinace postižení zraku, sluchu a těžkých neurologických poruch. Úroveň řeči není rozvinuta a je zde přítomna komunikace nonverbální bez jakéhokoli smyslu.

Možnosti jejich výchovy a vzdělávání jsou velmi omezené. IQ nelze přesně změřit, je odhadováno, že je nižší než 20. Chápání a používání řeči je omezeno na reagování na zcela jednoduché požadavky. Řeč je značným způsobem omezena a jedinci reagují pouze na podněty a zvuky. Lze dosáhnout nejzákladnějších zrakově prostorových orientačních dovedností a postižený jedinec se může při vhodném dohledu a vedení podílet malým dílem na dennodenních sebeobslužných úkonech. Časté jsou těžké neurologické nebo jiné tělesné nedostatky postihující hybnost, epilepsie a poškození zrakového a sluchového vnímání.

Obzvláště časté, a to především u mobilních pacientů, jsou nejtěžší formy pervazivních vývojových poruch, zvláště atypický autismus.

Jsou známy případy, kdy nelze zjistit stupeň mentální retardace a v tomto souladu je dále používáno pojmu jiná mentální retardace a nespecifikovaná mentální retardace. Vzdělávání a výchova je značně omezena.

1.4.5. Jiná mentální retardace

Podle MKN - 10 je tato diagnóza užívána pouze tehdy, je-li stanovení stupně intelektové retardace pomocí obvyklých metod obtížné či dokonce nemožné kvůli přidruženému senzoričkému nebo somatickému poškození. Jedná se např. o nevidomé, neslyšící, nemluvící, jedinci s těžkými poruchami chování, osoby s autismem či u těžce tělesně postižené osoby; F 78 (Hartl, Hartlová, 2000).

1.4.6. Nespecifikovaná mentální retardace

Tato kategorie se užívá v případech, kdy mentální retardace je prokázána, ale není dostatek informací, aby bylo možno zařadit pacienta do jedné ze shora uvedených kategorií; F79 (Švarcová, 2000). Zahrnuje stavy, které se dříve označovali jako nespecifická mentální defektnost, nespecifická mentální subnormalita či nespecifická oligofrenie. (Hartl, Hartlová, 2000)

1.5. Osobnost jedince s mentální retardací

Každý jedinec s mentální retardací má svoji osobitost, a proto ke každému jedinci je zapotřebí přistupovat individuálně, přičemž mají tito jedinci určité společné znaky, které závisí na druhu mentální retardace.

Švarcová (2006) zmiňuje, že člověk mentálně retardovaný je subjekt s osobnostními rysy. (viz.níže)

Termín osobnost se vztahuje na celou osobu, na charakteristiky jejího vzhledu, chování, jednání, na rysy temperamentu a charakteru, a na schopnosti. Vztahuje se také na řadu

vlastností dalších, které nelze snadno odhalit ani při důvěrném a každodenním styku, nebo takových, které běžnému pozorovateli zůstávají trvale zakryty, to jsou psychologické vlastnosti osobnosti, jako různé motivy, tendence reagovat určitými způsoby, atd.

Integrací tohoto komplexu vlastností v průběhu růstu a vývoje dítěte v určité rodině a v určitém sociálním a kulturním zázemí vzniká osobnost. O struktuře osobnosti mluvíme tam, kde máme na mysli trvalejší rysy osobnosti a jejich vzájemný vztah. Při sledování dynamiky osobnosti se zaměřujeme na přechodné vztahy osoby k okolí, především z hlediska motivace.

Z psychologického hlediska jsou ještě často zmiňovány tzv. rysy osobnosti. Některé z nich, například sociabilita osoby, se poměrně zřetelně projevují. To jsou tzv. povrchové rysy. Jsou však i jiné, které spočívají v hloubce osobnosti. Pod povrchem bývají úzkosti, motivy a aspirace, tedy prvky proměnlivé, dynamické, na rozdíl od postojů, zájmů a jiných trvalejších charakteristik osobnosti. Některé osobní vlastnosti, nazývané také hlubinné, si často neuvědomuje ani osobnost sama. Říkáme jim nevědomé. Mohou být do jisté míry odhaleny metodou volné asociace představ, analýzou vyprávěných zážitků, projekčními testy.

Pokud jde o rysy osobnosti, nikdo dnes neví, kolik skutečně rozdílných rysů osobnosti existuje. Mnohé z nich jsou ve svém významu totožné nebo velmi podobné, např. úzkostný, bázlivý, ustrašený, ustaraný, opatrný, atd.

Vývoj osobnosti značně závisí na sociálním prostředí, jeho vnímání dítětem a jeho sociální interakci s ostatními osobami, dospělými i dětmi, které je obklopují, tedy na vlivech, jež zahrnujeme pod pojem psychologické prostředí. Psychologické vlivy se pravděpodobně začínají uplatňovat brzy po narození, kdy dítě začíná diferencovat mezi lidskými a ostatními aspekty svého prostředí. V té době začíná odpovídat jinak na lidský hlas, než na ostatní zvuky.

Od počátku jsou pravděpodobně přítomny některé základní temperamentové charakteristiky, mezi které například patří pohyblivost, vzrušivost, atd. Ostatní rysy, které nazýváme charakter v užším slova smyslu, se vyvíjí později, pod vlivem interakce jedince s prostředím. Zde mají nejvýznamnější úlohu rodiče a nejbližší členové rodiny, kteří jsou s dítětem v úzkém kontaktu.

Často se však stává, že takový jedinec je bývá od ostatních společenských vlivů spíše izolován, ať již z důvodů prestižních, že se rodiče za něj stydí, nebo proto, že se sám brání styku s okolím, protože se s ním nedovede vyrovnat (Švarcová, 2000).

Tak jako každý zdravý člověk je zcela odlišný od druhého, tak i lidé s mentální retardací jsou jedinci s charakteristickými osobnostními rysy. Větší část z těchto osob má společné rysy, jejichž projevy závisí na druhu mentální retardace, hloubce postižení a jeho rozsahu. Závisí ovšem na tom, zda jsou rovnoměrně postiženy všechny psychické složky nebo jen některé funkce a tudíž je duševní vývoj nevyrovnaný.

Projevy u osob s mentální retardací (švarcová, 2000):

- *zpomalenou chápavostí, jednoduchostí, konkretizací úsudku*
- *sníženou schopností vyvozování logických vztahů a důsledků*
- *sníženou mechanickou a logickou pamětí*
- *těkavostí pozornosti*
- *nedostatečnou slovní zásobou a neobratností vyjadřování*
- *neschopností se dobře vyjadřovat a nedostatečnou slovní zásobou*
- *poruchami vizuomotoriky a pohybové koordinace*
- *impulsivností a hyperaktivitou či zpomaleným chováním*
- *citovou vzrušivostí*
- *nedostatky v osobní identifikaci ve vlastním vývoji*
- *opožděným psychosociálním vývojem*
- *zvýšenou potřebou uspokojení a bezpečí*
- *poruchy interpersonálních vztahů*
- *snížená schopnost přizpůsobení se k sociálním požadavkům*
- *sugestivitou a rigiditou chování aj.*

V období dospívání nedochází k velkému uvolnění z příliš velké závislosti na rodičích a nedochází k navazování zralejších a diferenciovanějších vztahů k vrstevníkům. Čím je mentální retardace hlubší, tím je tato závislost větší. Přetrvávání této závislosti je často podporováno i ze strany rodičů. Pracovní uplatnění lidí s mentální retardací je možné a určité potřebné, pokud vykonávají práci, která není náročná na logické myšlení, koncentraci, nevyžaduje rychlé reakce a změnu pracovních zvyklostí. Nejlépe v klidném prostředí (např. chráněné dílny), kde se nepohybuje velké množství neznámých lidí.

Uspokojení potřeb lidí s mentální retardací je velmi problematické a složité a závisí hlavně na jejich okolí. Tito lidé se ani sami nedokážou vyjádřit o uspokojení svých potřeb. Sexuální potřeby bývají uspokojovány hlavně autostimulací. Někdy se mohou objevit sexuální ataky jakožto neschopnost uspokojit tuto potřebu adekvátněji. Velká množina těchto jedinců bývá sexuálně zneužita. Děje se tak proto, že lidé a mentální retardace jsou sugestibilní, závislí a trpí neschopností bránit se (Říčan, 1991). Pro tyto jedince je velmi důležitá integrace a sebeurčení (*selfdetermination*). Jde hlavně o autonomii, sebeovládání, psychologické zplnomocnění včetně iniciace událostí ze strany těchto jedinců a seberealizace.

Samostatnost v jednání - jedná se hlavně o aktivity propojené s péčí o svoji osobu a zainteresovanost v běžných denních činnostech. Jde například o přípravu pokrmu, osobní hygienu, nákupy, úklid aj. Také **sebeřízení** je velmi důležité, protože ukazuje jak je člověk s mentální retardací schopen a ochoten jednat se svým okolím (plnění si svých závazků jako občana aj.). Velikost autonomie se posuzuje také podle toho, jak jsou tito lidé schopni vymezit si čas na svoje koníčky, záliby a zapojit se do života v komunitě.

Sebeovládání - je komplexní systém umožňující prozkoumání okolí, mít vlastní prostředky pro splnění nároků kladených okolím na jedince. Dále se jedná o sebevýchovu, sebeocení (tady lze hledat kořeny častého sexuálního zneužívání jedince s mentální retardace). Týká se také schopnosti správně se rozhodnout a stát si za svým rozhodnutím.

Psychologické zplnomocnění - je to vnímání vlastní zdatnosti, místo řízení a oblast motivační. Lidé musí také věřit ve svůj úspěch.

Seberealizace - je to především způsob jednání a chování. Žít s kým chci žít, žít způsobem jakým chci žít.

Prostředí - je pro každého jedince velmi důležité. Jinak tomu není ani u lidí s mentálním postižením. Je zde zvláště důležitá kooperace mezi jedincovými schopnostmi, příležitostmi a podpory z jeho prostředí. Nejvyšší míru sebeurčení vykazují jedinci, kteří žijí samostatně a to ve srovnání lidí s mentální retardací žijícím v hromadném zařízení. Mělo by se samozřejmě začínat již v období puberty. Neboť žáci, kteří měli míru sebeurčení vysoko již ve školním procesu, si později lépe hledali práci, byli lépe finančně ohodnoceni aj. Odborníci tvrdí, že lidé žijící v přirozeném prostředí – komunitě mají vyšší míru sebeurčení než lidé žijící v hromadném zařízení a to bez ohledu na výši svého IQ.

1.5.1 Psychologické zvláštnosti osob s mentálním postižením

Vnímání

Za pomoci vnímání, neboli percepce lze zachytit to, co v určitý okamžik působí na smysly a dále informuje o vnějším a vnitřním světě. Je to subjektivním odrazem objektivní reality. V tomto důsledku je možné rozpoznat známé či neznámé podněty či situace, na základě kterých se osoba v prostředí je schopna orientovat.

V případě vnímání osoby, jež trpí mentální retardací je tato schopnost značně zpomalena a jeho rozsah je zúžen. Narušení může mít různorodý charakter, což dále ovlivňuje jiné rozpoznávací procesy a v důsledku i celkové myšlení jedince.

V případě osob trpících mentální retardací je na místě nedostatečná diferenciacce při poznávání rozdílů. Jak uvádí Švarcová (2000), tak jedinec s mentální retardací vnímá postupně a tím se ztěžuje jeho orientace v prostředí.

Ztížené vnímání má několik důvodů a to:

- *organické poškození mozku*
- *poruchy receptoru*
- *poruchy korové části analyzátoru*
- *nevyvinutá CSN (centrální nervová soustava)*
- *mentální defekt*
- *poruchy učení*
- *poruchy procesů poznávacích aj.*

Významnou úlohu zaujímá zejména sluchové vnímání, jež dovoluje jedinci bezprostředně rozpoznávat a úzce souvisí i s vývojem řeči, z toho dále plyne vnímání času či prostoru.

Je patrné že opožděná schopnost vnímání má rozhodující vliv na další průběh života takto postiženého jedince, přičemž základní podmínkou pro rozvoj vnímání je zajištění sluchových, zrakových a motorických podnětů a následné aplikování adekvátních metod.

Myšlení

Myšlení jedinců s mentální retardací se zakládá na úrovni logických operací. Jedinci se často upínají k danému způsobu řešení. Jak je patrné, tak myšlení představuje poznání skutečnosti, přičemž jedinec poznává podstatu věci a předmětu a je schopen předvídat výsledky. U jedinců, u kterých je diagnostikována mentální retardace je tato schopnost značně narušena. V jejich projevech je typická zejména malá schopnost zobecňování a na základě toho se špatně učí jakýmkoliv pravidlům či pojmům. Je zde dále přítomna nedůslednost, která má za důsledek neschopnost dokončit zadaný úkol. Nedostatečná soustředěnost a nepromyšlení vlastního jednání vede ke špatným výsledkům. Řídící funkce jsou značně oslabeny. Pro rozvoj myšlení jedinců s mentální retardací je za potřebí jejich systematické vzdělávání, které je založeno na osvojování dovedností a vědomostí, které odpovídají úrovni jejich schopností na aktuální úrovni.

Paměť

Paměť tvoří základ pro psychický rozvoj jedince, pomocí níž si jedinec uchovává minulé zkušenosti, získává dále dovednosti a vědomosti. Na tomto základě je možno tvořit si sociální vztahy a osvojovat si jisté druhy učení. Umožňuje uchovávání informací a je úzce spjata s učením (Pipeková, 2006). Vše si osvojují velice pomalu a je za potřebí dané věci několikrát zopakovat. Získané vědomosti jsou rychle zapomínány a cílevědomé učení je jen těžko žadatelné. Jedinec s mentální retardací se učí jen velice pomalu a to vzhledem k hloubce jejich postižení.

Zvláštností je zejména neosvojení cílevědomého učení a vzpomnění si. Paměť má tak procesy, které probíhají ve třech fázích (Pipeková, 2006):

- 1. zapamatování si** – jedinec si pamatuje mechanicky a neprojevuje žádnou snahu porozumět
- 2. podržení v paměti a zapamatování si** – jedinec si zapamatuje mnohem méně, nežli je tomu u zdravích jedinců a dále zapomíná mnohem intenzivněji

3. vybavování si a další reprodukce a znovupoznávání – vybavování si probíhá u jedinců s mentální retardací celkem dlouho dobu, přičemž je to nezávislé na významu či potřebnosti

Východiskem výše uvedených informací je především skutečnost, že je potřeba dodržovat určité zásady, kterými jsou především opakování, konkretizování, opakovací úkoly a verbalizování prováděné činnosti či emocionální podněcování a potřebná doba odpočinku.

Pozornost

Pozornost úzce souvisí s vnímáním a myšlením, vybavováním a fantazií. Lze ji rozdělit na bezděčnou a záměrnou. U jedinců s mentální retardací je pozornost velmi nestálá, přičemž se vyznačuje s nedostatkem koncentrace.

Záměrná pozornost je velmi nestálá v těchto případech a vykazuje nízký rozsah pozorovaného pole. Z neschopnosti soustředit závisí především na dalších osobních zvláštěnostech. Výkyvy pozornosti jsou úzce spjaty s nedůsledností, které jsou ovlivněny myšlením (Pipeková, 2006).

Řeč

Řeč je u jedinců s mentální retardací postižena na stránce obsahu a formy přičemž slovní zásoba je velice omezená a projevuje se jazyková neobratnost a agramatismy.

Výslovnost hlásek je narušena nedostatečným sluchovým vnímáním, přičemž si lze povšimnout stereotypního výběru používaných pojmů.

V případě vzdělávacího procesu se výuka psaní a čtení projevuje poruchou zrakového analyzátoru a prostorové orientace. Je několik faktorů, díky kterým jedinci napíší skoro všechna slova zcela chybně a to zejména nedostatečný rozvoj fonemického sluchu, nedostatky ve výslovnosti, nesnadnost rozkládání slova na hlásky aj.

Emocionální sféra

Jsou schopnosti jedince reagovat na podněty dle zalíbení. Tvoří důležitou složku lidského chování. Celkový citový rozvoj tvoří souvislost s vývojem osobnosti jedince, přičemž je úzce spojen s typem povahy, sociální přizpůsobivostí, schopností, temperamentem a procesem učení. U takto postižených jedinců je spíše přítomna citová plochost a mají menší schopnost ovládat se. Rozsah prožitků bývá minimální.

Emoce představují u jedince s mentální retardací veliký význam a tvoří tak největší motivátor jeho vývoje (Švarcová, 2000). Kvalitu života ovlivňují emocionální zkušenosti. Jedinci s mentální retardací velikou trpělivost, protože si vše osvojují velice pomalým tempem. Je na místě opakování již osvojených poznatků a dovedností, protože mají tendenci k tomu rychle zapomínat.

Vlastnosti nervových procesů mentálně postižených jsou příčinou pomalého osvojování nových dovedností. Jak říká Švarcová (2006), tak typickým znakem paměti dětí mentální retardací je pomalé tempo osvojování nových poznatků a nestálost jejich uchování spojená s nepřesností vybavování. Zde se často vyskytuje pojem zapomnětlivost. V případě edukace je potřeba dodržovat opakování, nabízet rozmanitost, konkretizovat, klást opakující úkoly a verbalizovat prováděné činnosti v souladu s emocionálním podněcováním. Emocionální stránka jedince s mentální retardací představují city jako nedostatečně diferenciovány, prožitky jsou primitivní, jsou neadekvátní vůči dynamice podnětů z vnějšího světa, jsou obtížné a jsou přítomny i citové projevy, jakými jsou například apatie.

Vůle a volní vlastnosti

Vůle je vyšší psychickou funkcí, která představuje schopnost jednat podle vlastního úmyslu. U volních vlastností se vyskytují veliké odlišnosti, avšak oslabení vůle se ne vždy projevuje ve všem. Zmíněná slabost vůle je patrná v situacích, kdy jedinci vědí, jak jednat, avšak nejsou schopni jednat žadaným způsobem.

Projevuje se u nich sugestibilita, citová a volní labilita, impulsivnost, agresivita, pasivita a úzkost. Je zde patrná také hypobulie, což znamená snížení volních vlastností a také abulie, což je neschopnost volních procesů. Vůle a volní vlastnosti souvisí s rozmanitými projevy nezralé osobnosti, přičemž nezralost osobnosti, nevyvinutost sebeovládání

a rozumové přepracování vnějších dojmů mohou vést k mnoha primitivním reakcím v podněty z prostředí.

Tyto reakce s sebou přináší problémy v postoji k sobě samému. Výchova vůle je složitým procesem a u dětí s mentálním postižením je ještě mnohem obtížnější (Švarcová, 2000). U jedinců s mentálním postižením je tento proces závislý na rozsahu postižení a je velice obtížný a zdoluhavý jak dodává Švarcová (2006).

Sebehodnocení

Tvoří u člověka jednu z významných součástí lidské osobnosti. Zvýšené sebehodnocení je spojeno s nedostatečným intelektuálním rozvojem a zároveň představuje projev nezralosti organismu, přičemž může mít i pseudokompenzační charakter, který je založen na základě pocitů méněcennosti (Pipeková, 2006). Pro sebehodnocení představuje typický znak podhodnocování či nadhodnocování.

Socializace

Socializace je u jedince s mentální retardací opožděna a to vzhledem k tomu, že nejvíce selhává v komunikaci. Je patrné špatné porozumění v řeči, jak je již zmíněno výše a také neschopnost je samostatně vyjádřit a to se stává bariérou v navazování jakýchkoliv vztahů. Jedinec bývá velice často afektován na svou matku a je závislý na aktivitě druhých. Švarcová (2006, s. 31) dále dodává: „*Současná psychologie mentální retardace vychází ze stále se rozvíjejícího poznání specifických zvláštností psychiky mentálně retardovaných, které sice více či méně závažně omezují jejich kognitivní procesy, ale nezřídka jim umožňují žít bohatým emocionálním životem, poměrně málo se lišícím od života nepostižených jedinců.*“ Jedinci s mentální retardací se vyznačují svou zvidavostí po novém poznání avšak mají orientační činnost velice oslabenou, pomalé a ztížené chápání a také špatnou schopnost se učit. Je pro ně typická povrchnost a malá schopnost abstrakce, a to se projevuje především v emocích a volní sféře. Vzhledem ke skutečnosti, že má jedinec zpomalené vnímání, tak vidí obraz s mnoha předměty nikoliv najednou, nýbrž postupně. Vzhledem k těmto faktorům je orientace mentálně postiženého jedince v novém či stávajícím prostředí velice obtížná a z toho vyplývá i dezorientovanost, která se vyskytuje v časném měřítku.

2. Rodina s dítětem s mentálním postižením

Mentálně postižené dítě nezapadá do představy, kterou si rodiče o zdravém dítěti tvořili již před jeho narozením. V tomto důsledku jsou dotčeni ve své rodičovské identitě, jak říká Matějček (2000). Rodina je prvním sociálním prostředím, s nímž dítě přichází do styku (Valenta, Miller, 2003). Toto prostředí má předpoklady ovlivnit limitující vnitřní faktory, které vycházejí především ze samotného postižení dítěte.

2.1. Historie rodiny

Stejně jako každá instituce, tak i rodina má svou historii. Nejprve je na místě říci, že vznik rodiny se řadí do dávné minulosti a to až do období přechodu od primitivního zemědělství k pastevectví. Malinowski (in Matoušek, 1997) svými výzkumy v Melanésii dokázal, že i ve společnosti, v níž lidé nevědí, kdo je biologickým otcem dítěte žijí v rodinách, ve kterých má jistý muž úlohu otce dítěte a žena má úlohu matky.

V dobách minulých většina obyvatelstva žila v rodinách a ve velkém na venkově, kde vztahy byly prioritní. Je patrné, že udržení a rozšíření majetku byla podřízena činností celé rodiny. Bylo viditelné, že rodina nepředstavovala prioritu jejích členů, prioritní byly zejména zvířata, kdy jejich životy byly ceněny více, než životy samotných členů rodiny. Životy dětí byly málo ceněny. Vyskytovalo se spousty nemocných dětí, které byly snědeny domácími zvířaty a to především prasaty. Docházelo také k mimomanželským stykům a tak se vyskytovala v mnohém také promiskuita, tudíž bylo spousty nemanželských dětí.

Rodina se v dobách minulých chovala velice otevřeně a byla v podstatě průchozí institucí. Pospolu žilo několik generací rodiny včetně nejbližšího příbuzenstva, tudíž bylo postrádáno soukromí pro všechny členy rodiny. Intimita života byla také narušená, jelikož se spávalo po hromadě. Jak dodává Matoušek (1997), tak i jídlo se jedlo společně. Mezi jediné kulturní vyžití rodiny patřilo zejména navštěvování církevních událostí a vesnických slavností. Tyto události umožňovaly ostatním lidem navazovat nové vztahy. Seznamování mladých lidí bylo závislé na rozhodnutí jejich rodičů, přičemž vztahy dvou mladých lidí byly rodiči schvalovány. V případě, že děti své rodiče neposlechly, tak následovalo vydědění z rodiny.

Významný přelom ve vztazích nastal na počátku 18. století, kdy došlo k tzv. první sexuální revoluci. Vztahy mezi rodiči a dětmi se významně zlepšily a to zejména v tom smyslu, kdy mladí lidé se začali rozhodovat sami a nebrali již v úvahu názory svých rodičů, jak tomu bylo doposud. Objevila se tzv. mladá romantická láska a rodičů už se mladí neptali v případě zvolení svého partnera. V tomto století se i vztah celé rodiny začal utužovat a to zejména v tom smyslu, že rodina začala mít uzavřenější charakter a vztahy mezi otcem a matkou byly také silnější a byla patrná velká láska ke svým dětem a dítě se stávalo tím nejdůležitějším článkem celé rodiny.

Ve 20. století došlo k tzv. druhé sexuální revoluci, kdy byly odstraněny zábrany v sexuálním nemanželském styku a byla zvýšená promiskuita. Na tomto základě se zvýšila jak porodnost nemanželských dětí, tak se i zvýšila rozvodovost manželských párů. Tyto skutečnosti se však začaly odrážet na dětech. V 60. letech 20. století se změnila i role matky v rodině. Nebylo tomu už jako doposud, kdy žena byla především doma a muž obstarával blaho rodiny. V této době se ženy začaly angažovat ve svém pracovním životě, kdy začínaly vyhledávat pracovní příležitosti. Vzhledem k možnostem této doby byly většinou zaměstnávány v továrnách. Veliká emancipace žen se stala rozhodujícím hlediskem i ve velké touze po vzdělání žen, které se tak i osobně rozvíjeli, jak dodává Matoušek (1997). Muž přestal být jediným živitelem rodiny, kdy rodina ztratila také vzhledem k těmto skutečnostem také svůj společenský status. Role muže ztrácela svůj společenský status. Rodina se stávala však místem, kde byly uspokojovány city všech jejích členů a stala se útočištěm před veškerou společností.

V tomto století také docházelo ke změnám v chování společnosti v rámci instituce rodiny, kdy se nejednalo o projev úpadku rodiny, ale o projev a touhu každého jedince se něčím stát. Dnešní rodina představuje instituci, která vytváří podobu společnosti, již je ovlivňována a to vzhledem k touze po vzdělávání, pracovních příležitostech a jiné.

2.2. Vymezení pojmu rodina

Rodinu lze definovat z několika hledisek. Z hlediska sociologie je rodina institucí, jež tvoří skupina osob, které jsou přímo spjaté pokrevními svazky, manželstvím či adopcí, jejíž členové jsou zodpovědní za výchovu svých dětí. Rodina není volným sdružením navzájem příbuzných osob rozdílného věku, nýbrž je to zcela zvláštní typický lidský sociální systém.

Rodina zůstává nepostradatelnou institucí a vytváří se tak v ní důvěra v sebe samotnou, dále rozvíjí motivačně charakteristickou soudržnost.

Matějček (2000, s.56) říká, že „*Rodina je malá primární společenská skupina, založena na svazku muže a ženy, na pokrevním vztahu rodičů a dětí či vztahu jej substituujícím, na společné domácnosti, jejíž členové plní společensky určené a uznané role vyplývající ze soužití, a na souhrnu funkcí, jež podmiňují existenci tohoto společenství a dávají mu vlastní význam ve vztahu k jedincům i k celé společnosti*“. Utváří se v ní modely chování a dochází ke generačnímu předávání těchto modelů a k procesu identifikace, které probíhají za pomoci forem verbální i neverbální komunikace. Rodina je tak univerzální sociální skupinou, ve které probíhají sociálně psychologické jevy, jež se vyskytují v životě každého jedince. Rodina zastává primární úlohu při vytváření vztahů jedince ke svému okolí.

Rodina je dále tvořena zejména manželstvím a plní smysl reprodukční, avšak má i jiné funkce, jako jsou kulturně-výchovné, sociálně-ekonomické, emocionální a sociálně-psychologické. Vágnerová (2004, s.589) je rodinu následovně: „*Rodina je důležitou sociální skupinou, která plní celou řadu funkcí biologických, ekonomických, sociálních a psychologických funkcí*.“ Výše zmíněná reprodukční funkce je důležitá pro celkové udržení lidstva a usnadňuje péči o děti a jejich výchovu.

Tak jako je tomu u jiných typů institucí, tak i rodina má vliv na rozvoj osobnosti. Tento vliv je stejný jak u zdravých dětí, tak i u dětí, které jsou mentálně postiženy. Každý jedinec a to i dítě si vytváří svůj obraz světa, který je ovlivněn realitou, kterou má možnost spatřit zejména v rodině. Tento obraz je ovlivňován rodinným zázemím, přičemž rodina je takovým mikrosvětlem, kde má každé dítě možnost osvojit si vzory chování a jednání právě od svých rodičů. Vedle osvojení vzorů chování a jednání je možnost osvojit si i návyky, dovednosti a strategie, jimiž se bude v životě řídit. Tyto faktory jsou pro dítě rozhodující v jeho dalším životě a pomáhají mu zejména v orientaci ve společnosti a při vytváření společenských vztahů.

Každá rodina je jedinečná a její postoje jsou vždy ovlivněny předchozím životem rodičů. Současná doba překládá rodičům větší zodpovědnost vůči svým dětem, nežli tomu bylo v minulosti. Rodina má v současnosti hlavní zodpovědnost za výchovu svých dětí.

2.3. Rodina dítěte s mentálním postižením

Narození dítěte přináší do rodiny pocity štěstí a nové poznatky, které souvisí s novým smyslem života pro rodiče. Rodičům se tak dostává pocit štěstí a citová vázanost. Období, kterým si rodiče prochází prožívají nejen oni, ale s nimi také jejich nejbližší příbuzenstvo i přátelé. Příchod potomka do rodiny je velice důležité a stává se novou součástí rodiny. Rodiče mají představy o spokojeném mateřství a o spokojeném životě a o nějakých problémech se zdravím svých dětí nikdo ani nepřemýšlí. Avšak skutečnost, že není s dítětem něco v pořádku znamená pro rodinu velkou psychickou zátěž a je to velikým otřesem. Důležité však je, přijmout dítě takové jaké, v případě, že se jedná o dítě s mentálním postižením.

Jak Matějček (2000) dodává, tak dítě s mentálním postižením nezapadá do představy, kterou si rodiče o zdravém dítěti tvoří dávno předtím, než se jim jakékoli dítě narodí. Jsou proto dotčeni ve své rodičovské identitě. Ve většině případů narození dítěte s mentálním postižením rodiče prožívají jako vlastní selhání a představuje to pro ně neschopnost zplodit a přivést na svět zdravé dítě. Rodiče mají často pocit méněcennosti. Platí však, že způsob zvládnutí této situace záleží na mnoha okolnostech a na předpokládané příčině vzniku postižení.

Postižení může být již patrné při porodu, ale také se může projevit později. Jako je tomu například u středně těžké mentální retardace. V nejčastějším případě rodičům sděluje lékař diagnózu takovým způsobem, aby rodičům nebylo psychicky ublíženo. Sdělení diagnózy dítěte by mělo probíhat v klidném prostředí, tak aby nebyl jak lékař, tak rodiče rušeni od debaty.

Reakce rodičů na takové trauma je ovlivněna i převažujícími postoji společnosti, v níž žijí (Vágnerová, 2004). Je na místě, aby rodiče hodnotili své současné postavení a očekávání více než pozitivně, protože pak se s diagnózou dítěte dokáží snadněji vyrovnat. Tyto skutečnosti mohou vést jak k zesílení manželského svazku, v horším případě pak k jeho rozpadu. Avšak v případě, že budeme hovořit o úplné rodině, tak je nutné říci, že tuto rodinu tvoří otec, matka a jejich děti, jak říká Bartoňová (2005). Tato úplná instituce plní spousty základních funkcí, které ve svém důsledku vedou k uspokojování základních potřeb dítěte. Jedná se o přiměřené množství podnětů z okolí, uspokojování citové vazby, životních jistot a jiné. Pro dítě samotné však rodina plní jednu z hlavních rolí.

Rodina dítěti poskytuje rodinné zázemí, přičemž je jeho ochranou před okolním světem. Švarcová (2000) dále říká, že postižené dítě se ve svých potřebách neliší od dětí zdravých, ale naopak požadavek na uspokojování potřeb se jeho požadavky zvyšují. Pro vývoj

dítěte jsou podstatné postoje a chování jeho rodičů, proto je důležité vyrovnat se všemi okolnostmi, které jsou na místě a následně zaujmout ke všem okolnostem pozitivní postoj. Rodiče takto postiženého dítěte si musí především uvědomit, co obnáší vychovávat mentálně postižené dítě a proto si musí od základu přebudovat svůj žebříček hodnot. Jejich hodnoty musí být plánovány vzhledem k budoucnu a rodina se musí zasloužit o co nejvyšší ohled, který mohou rodiče zaujmout vůči dítěti. Je potřeba na mentálně postižené dítě mít více času, nežli na zdravé dítě a je dobré, když je nápomocno i okolí.

Jak dodává Plevová (2007), tak rodina, kde se narodí dítě s jakýmkoliv defektem musí poskytovat dítěti stejnou lásku, jakou by poskytovala dítěti zdravému. Dalo by se říci, že dítě s mentálním postižením potřebuje cítit lásku od svého okolí ve dvojnásobné míře. Rodiče tak mají vyjadřovat pocit jistoty, lásky, něhy a to zejména v prvních letech života, a to proto, aby dítě vnímalo domov jako nejsilnější faktor. Na základě těchto prvků bude dítě šťastné a vyrovnané.

2.4. Funkce rodiny

Matoušek (1997) říká, že narození dítěte do rodiny ovlivňuje celé jeho rodinné prostředí. Tím má na mysli rodiče, prarodiče, sourozence a blízké okolí. Rodina dále plní hned několik funkcí, za pomoci kterých rodina funguje jako celek. Těmito funkcemi jsou zejména funkce: *biologicko-erotická funkce*, *ekonomicko-zabezpečovací funkce*, *emocionální funkce* a *výchovná funkce*.

Biologicko-erotická funkce

Funkce biologicko-erotická, neboli také reprodukční funkce je zaměřena na reprodukci lidského rodu. Reguluje pohlavní život a vytváří podmínky pro zdravý biologický rozvoj členů rodiny. Především se týká sexuálního života partnerů (tj. manželů).

Ekonomicko-zabezpečovací funkce

Funkce ekonomicko-zabezpečovací je zaměřena na zabezpečování hmotného statku a hmotných podmínek členům rodiny a to vždy s ohledem na jejich životní potřeby. Rodiče za pomoci této funkce zajišťují svým dětem materiální podmínky svých dětí. V případě, že není v silách rodičů zajistit v dostatečné míře tyto materiální podmínky, tak v tomto případě nastupuje stát, který těmto rodinám vypomáhá za pomoci sociálních příspěvků.

Emocionální funkce

Funkce emocionální se zakládá na citové vazbě mezi všemi členy rodiny. Láskyplné rodinné prostředí předpokládá naplněný životní optimismus. Od jednotlivých členů rodiny se očekává vyrovnaný přístup, důvěra, zodpovědnost a snaha o vzájemnou spolupráci. Vytváření emocionálních vlastností dětí je jedním z nejdůležitějších úkolů každé rodiny. Odpovídající rodinné prostředí má pro další vývoj dítěte veliký význam a negativní prožitky v rodině se na dítěti okamžitě projevují.

Výchovná funkce

Funkce výchovná představuje cílevědomé působení rodiny na své děti a to je vždy závislé na individuálních potřebách a zájmech celé rodiny. Hlavními postavami v rodině jsou zejména rodiče a jsou to právě ti, kteří poskytují zázemí pro emocionální vývoj osobnosti dítěte. Rodiče jsou pro děti vzorem chování a jednání (Valenta, Müller, 2003).

2.5. Vyrovnávání rodiny s diagnózou dítěte

Od samého počátku nebývá patrné, že dítě v raném dětství bude mentálně postižené, avšak postupem času si rodiče všimnou, že s jejich dítětem není něco v pořádku. Dítě se projevuje zcela jinak, nereaguje na podněty apod. V tomto případě, se rodiče ptají blízké rodiny či odborníků, o co se jedná.

V této situaci rodina čelí psychické zátěži, která je úzce spjata s reálnými obavami, kdy si rodiče prochází fází nejistoty a rodiče si začínají uvědomovat, že jejich dítě je odlišné od

jiných dětí, avšak není ještě postižení dítěte zcela přesně diagnostikováno. Toto období může mít různorodý charakter a může trvat i spousty týdnů či měsíců. V průběhu této doby se rodiče dozvídají diagnózu, že jejich dítě bude mentálně postižené a to je přesně ten okamžik, který způsobí totální převrat celé rodiny. Tato náročná životní situace zahrnuje spousty procesů, které probíhají zcela individuálně na základě osobnostní úrovně rodičů.

Současná literatura nabízí popis několika procesů, které se odehrávají v situaci rodičů dětí, u kterých je diagnostikována mentální retardace. Procesy, jež probíhají zcela spontánně se překrývají a není je možné je tak snadno oddělovat. Anglický pediatr C. C. Cunningham (in Blažek, Olmrová, 1988) popisuje také model tzv. duševní krize rodičů způsobené sdělením diagnózy mentálního postižení dítěte. Na tomto modelu chce poukázat na to, že se překrývá s modely jiných autorů. Dle tohoto pediatra existují fáze sdělení, fáze šoku, fáze reaktivní, fáze adaptační a fáze orientace.

V následujících podkapitolách se budu zabývat modely Matějčka (1991) a modely Vágnerové (2004), přičemž tyto modely budou uvedeny ne z důvodu porovnávání, avšak nastínění toho, čím si rodiče prochází či procházet mohou. Pohledy obou autorů zohledňují negativní dopady takových situací, jakými jsou například negativní emoce. Tyto emoce lze chápat jako potenciaální rizika, než samotnou situaci. Níže uvedené modely procesů zohledňují změny, které se odehrávají jak na úrovni dítěte, tak i na úrovni života rodiny.

Model dle Matějčka (2001), který se vyznačuje následujícími obdobími:

1. Období šoku

- Období šoku začíná sdělením diagnózy, přičemž je charakteristické zjištěním skutečnosti postižení svého dítěte. V tomto období lze hovořit o psychickém šoku či také otřesu a mnoho rodičů má toto období spojeno s obdobím vlastního selhání či celkového zklamání. Vyrovnávání se s nenaplněním očekávání o zdravém vývoji vlastního potomka je velice těžké. Je patné, že rodiče si začínají uvědomovat, že jejich dítě nebude mít normální vývoj, jaký má zdravé dítě. Rodiče se začínají loučit s možností vzdělání, partnerstvím a založení rodiny ze strany dítěte. Psychická bolest je takového rázu, že se projevuje psychickou sevřeností, úzkostí, depresemi a beznadějí. Tato náročná životní situace nutí změnit dosavadní styl rodiny.

- Tento stav může trvat u každého z manželů rozdílnou dobu. Je patrné, že v rozdílnosti trvání tohoto období vznikají první příčiny rodinných konfliktů nad postižením dítěte. Rodiče jsou konfrontováni s postižením dítěte a toto období lze označit jako fázi rodičovské identity. V tomto období je na místě pocit beznaděje a bezmoci a to snižuje i sebedůvěru rodičů.

2. Období obranných tendencí

- Toto období je charakteristické bouří obranných tendencí, které slouží k ochraně vlastního já a integrity osobnosti. V tomto období se nejvíce hledají příčiny či zavinění postižení dítěte a v jeho důsledku také touha vyhnout se celé situaci.
- Dochází k sebeobviňování rodičů samých a tato fáze může narušit rodinné vztahy více než vážně a to zrovna v situaci, kdy by si oba z manželů měli být oporou. Vina se často hledá i mimo rodinu a to například i na straně zdravotních pracovníků či v ekologické situaci nebo v hospodářských i politických poměrech. Ve většině případů však není vinen nikdo a hledání viníků může člověku samému přinést pouze dobrý pocit na chvíli, avšak toto hledání neprospívá vůbec nikomu.
- Obranné tendence mívají různé podoby a projevují se odlišnou intenzitou a délkou trvání, jak již bylo zmíněno výše, avšak jednotliví členové rodiny se v tomto směru liší a v tomto období dochází opět ke vznikům konfliktů.
- V této fázi je důležité zaměřit se na soudržnost rodiny a její sílu, zpětnou vazbu blízkých lidí a nutnost opory od rodiny.

3. Období vyrovnávání se s diagnózou dítěte

- Pro toto období je charakteristické přijímání skutečnosti takové, jaká ve skutečnosti je. Jak se mohlo zdát rodičům z počátku, že se nachází v bezradné situaci, tak v tomto období rodiče dokáží vidět smysluplnou životní situaci. Jejich úhel pohledu na to všechno se rázem mění a s tím se mění i jejich postoje a hodnotové orientace. Veškeré skutečnosti nabírají nových rozměrů.
- Členové rodiny jsou postaveni před existenční otázkou pro nalézání nového smyslu života, případně i před etické otázkou, které jsou spojeny s rozhodováním o možnostech umístění dítěte do ústavní péče či nikoliv.

- V tomto období je zapotřebí, aby dítě bylo přijaté takové jaké je se všemi jeho klady i záporů. Rodiče si však musí uvědomit všechny zisky a ztráty role rodiče dítěte s mentální retardací.
- S tímto obdobím také úzce souvisí proces akceptování sebe samého, přičemž chápání lidí takových jakými ve skutečnosti jsou. Tento fakt přispívá celé situaci a je přínosný ve smyslu růstu osobnosti. Na tomto základě si teprve lze uvědomit, jak každý sebe samotného přijme a jak se s danou životní srkací vyrovná a může udělat něco pozitivního i pro své dítě. Tyto tíživé okolnosti přispívají k celkové harmonii rodiny, a je nutno říct, že při pozitivním životním postoji lze obstarat svému dítěti i celé rodině šťastný život jak na osobní linii, tak i na linii společenské.
- Rodiče se v tomto období zabývají tím, jaký smysl rodinného života zvolit a vzít v potaz potřeby celé rodiny. Individuální průběh tohoto procesu má charakteristický smysl v každé rodině u každého jedince v rodině a závisí na osobnosti jejích členů, na jejich odolnosti a předchozích zkušenostech a v neposlední řadě také na osobnosti dítěte s postižením a na míře jeho postižení.

Model dle Vágnerové (1999), který se vyznačuje následujícími fázemi

1. Fáze šoku a popření

- Pro tuto fázi je typická první reakce, kdy rodiče nepřijímají skutečnost, že jejich dítě není zcela zdravé. Tento šok se projevuje neschopností jakékoliv reakce na danou diagnózu.
- Je zde typické popření nepřijatelné informace a to představuje projev obrany vlastní psychické rovnováhy. Rodiče nepřijímají možnosti péče a výchovy vlastního dítěte. Reakce je dále ovlivněna přijímáním skutečnosti, jak a kdy se o daném postižení dozvěděli. Tato fáze je charakteristická pro chybějící sympatizující přístup rodičů vůči zdravotnickému personálu.
- Rodiče by si měli uvědomit, že postupem času se musí s přijetím této informace vyrovnat a to buď pozitivně či negativně.

2. Fáze bezmocnosti

- Rodiče stále nevědí, jak se zachovat a co budou dělat. Často tato fáze je ovlivněna tím, že se ještě nesetkali s podobnou situací a nedovedou ji okamžitě řešit. Prožívají pocity bolesti a zklamání. Dále se obviňují a bojí se reakce okolí a jiných lidí. Prožitky jsou ambivalentní, avšak očekávají pomoc, ale nemají představu, jak by tato pomoc měla vypadat.
- Převládá zvýšená přecitlivělost rodičů vůči chování ostatních lidí. V této fázi si rodiče stále nedokáží představit, jak bude vypadat život jejich mentálně postiženého potomka.

3. Fáze postupné adaptace a vyrovnávání se

- Fáze postupné adaptace a vyrovnávání se s skutečností mentální retardace je charakteristická pro zvýšený zájem rodičů získat o tomto typu postižení co nejvíce informací. Rodiče zajímá její podstata, vznik a následná péče o postižené dítě. Na místě je také budoucnost dítěte. V tomto období stále přetrvávají negativní emoční projevy. Sále jsou na místě deprese a nejistá budoucnost.
- Je na místě zvolení určitého způsobu zvládnání základního problému a nalézání vhodných alternativ, které se již v životě osvědčily.
- Postupné vyrovnávání se skutečností postižení jejich dítěte je základní fází pro hledání řešení celé situace a tím by se rodiče měli zabírat. Rodiče si jsou vědomi, že jejich dítě nebude nikdy zdravé, avšak si nedovedou představit, jak se jejich potomek bude dále vyvíjet.

4. Fáze smlouvání

- Fáze smlouvání je pouze přechodným obdobím, pro které je charakteristické akceptování skutečnosti, že jejich dítě je postižené a rodiče mají tendenci získat naději na malé zlepšení i přes skutečnost, že to již možné není. Toto bývá projevem naděje rodičů, která však není nerealistická. Lze to chápat jako určitou formu přijetí dříve odmítané skutečnosti.
- Mění se také charakter zátěže, kdy se již nejedná o vzniklé trauma, ale o stres, který je často dlouhodobý a provází ho neustálá únava, vyčerpání aj. Tato zátěž posiluje pocity bezmoci a bezvýchodnosti, což nepřispívá rodičům v úsilí se smířením se s touto diagnózou.

5. Fáze realistického postoje

- Fáze realistického postoje přijímá a akceptuje skutečnost, že je dítě postižené. Tudiž rodiče v této fázi přijímají dítě takové jaké je. Budoucnost dítěte si rodiče dokáží realističtěji představit. Plány rodičů a dětí jsou splnitelnější, než-li tomu bylo na počátku. Rodiče dochází ke smíření s diagnózou postižení dítěte, avšak postoje rodičů se mohou v závislosti na míře vývoje dítěte měnit. Tyto změny jsou patrné zejména při vzniklých zátěžích, které se projeví až postupem času.
- Každá rodina bere postižení dítěte jinak. Postižení, které vznikne později, mývá na rodiče mírnější vliv, než-li postižení, které je patrné již při narození dítěte. V rodině, kde se dítě celou dobu vyvíjelo normálně, tak i reakce rodičů bývají jiné. Reakce rodičů na dítě, které se narodilo zdravé a následně u něho byla diagnostikována mentální retardace je rozdílná v tom smyslu, že zde nedochází k narušení rodičovské identity.
- Rodičovská obrana je více zaměřena na nemocné dítě, než na samotnou konfrontaci identity. Jsou zde patrné negativní reakce. Avšak získaná vada je společností akceptovatelnější, nežli vada vrozená.
- Skutečnost, že může jedinec v průběhu života onemocnět je všeobecně známá a společností akceptovaná. V těchto případech je na místě delší latence mezi prvními projevy, které mohou rodičům dávat první známky toho, že není jejich dítě zcela tak v pořádku.
- V tomto období je přítomna nejistota pro rodinu, která se projevuje zejména stresovou situací. Rodiče mají tendenci hledat pravdu a to podporuje i obranné reakce. Je zde patrný konflikt mezi dvěma důležitými potřebami a to: *získat jistotu a zároveň zachovat si naději.*

2.6. Změny rodiny po sdělení diagnózy dítěte

Po sdělení diagnózy dítěte rodičům nastávají změny, a to ať negativní, tak i pozitivní. Je důležité mít na paměti, že se tyto změny týkají celé rodiny i jejích členů. Změny, které ovlivňují celé rodinné prostředí zasahují zejména do funkcí rodiny a dále také do vývojových fází rodiny. Výchova rodičů dítěte s mentálním postižením se v tomto období mění prioritně.

2.6.1. Změny ve funkčnosti rodiny

Rodina plní základní funkce, jakými jsou biologicko-erotická funkce, ekonomicko-zabezpečovací funkce, emocionální funkce a výchovná funkce. V podkapitole 2.4. tyto funkce byly plně vysvětleny a tudíž je na místě zabývat se jednotlivými změnami, které se týkají funkcí rodiny.

Vzhledem k uvedeným funkcím může docházet k situacím, které ovlivňují plnění funkcí a to na základě příčin jak objektivních (nezávislé na rodičích), subjektivních (závislé na rodičích) či smíšených.

Významným kritériem se tedy stává funkčnost rodiny, který se zabývá složením rodiny, její stabilitou, ekonomickou a sociální situací, osobností rodičů, osobností sourozenců, osobností samotného dítěte a také péčí o dítě. Na těchto kritériích se zakládá základní dělení typů rodin a to: *funkční rodina, problémová rodina, dysfunkční rodina a také afunkční rodina.*

Funkční rodina

Funkční rodina se vyznačuje úspěšným řešením problémů a existují v ní příznačné emoční klimata a dochází tak ke stálému vyrovnávání vztahů uvnitř rodinného prostředí (Hartl, Hartlová, 2000).

Problémová rodina

Pro problémovou rodinu je charakteristický výskyt závažnějších problémů, které oslabují některé její funkce. Tyto závažnější problémy však výhledově neohrožují rodinný systém a následně vývoj dítěte. Tento typ rodiny řeší problémy za pomoci vlastních sil a zřídka využívá pomoci okolí.

Dysfunkční rodina

Dysfunkční rodina je charakteristická závažnými problémy, které způsobují poruchy některých funkcí, které ohrožují celý celek rodiny a nepříznivě působí také na vývoj dítěte. Emocionální stránka je v dysfunkční rodině silně narušena a dochází postupem času k vzájemnému zraňování mezi jednotlivými členy rodiny (Hartl, Hartlová, 2000).

Afunkční rodina

Afunkční rodina přestává plnit své základní úkoly a dítěti velice škodí závažně. Vzhledem k budoucnosti tato rodina narušuje další vývoj dítěte.

Ke změně funkčnosti však může docházet i v případě rodiny s dítětem s mentálním postižením a to v tom pohledu, že se z plně funkční rodiny stane rodina, kde se vyskytuje problém. K této skutečnosti nedochází okamžitě, avšak k tomu dochází postupem času a to zejména dočasně. Doba, která trvá k opětovnému získání plné funkčnosti se odvíjí od bodu, kdy se problémy, jež souvisí s postižením dítěte objevily a to až do chvíle, kdy se rodina plně adaptuje na nově vzniklý stav. Tento stav adaptace není přesně určen, vždy záleží na odolnosti rodiny reagovat na zátěžové situace. Jak je patrné, tak to, co charakterizuje funkční rodinu není absence problémů, ale způsob zvládnutí těchto problémů. U rodiny, kde je mentálně postižené dítě, je na místě umět zvládat tyto obtížné situace.

2.6.2. Změny vývojových fází rodiny

Rodina jako instituce vytváří vzájemný dynamický systém, který si prochází svým vývojem a v případě sdělení diagnózy, že dítě je mentálně postiženo, se v rodině odehrává změna vývojových fází. Jednotlivé fáze rodiny přímo korespondují s chronologickým věkem dítěte a jeho psychologickou vyspělostí.

U dětí s mentálním postižením dochází k odlišnému vývoji a to především z psychologického hlediska, kdy dochází k celkovému zpomalení dosažení soběstačnosti jedince. V rodinách s dětmi s mentální retardací přetrvávají rodičovské úkoly neúměrně dlouho a dítě nemývá dostatečné schopnosti na přechod od dětství do dalších etap života. Oddálení

fáze vylétávání z hnízda je tak odsouváno na pozdější dobu a celková dynamika rodinného systému je v důsledku zpomalována.

2.7. Role rodiny v životě dítěte s mentálním postižením

Rodina představuje pro dítě s mentálním postižením jednu z nejdůležitějších složek v životě a právem zastupuje ničím nezastupitelné místo. Na tomto základě by se rodiče měli soustředit na to, aby našli k dítěti s mentálním postižením ten nejlepší vztah a zvolili tak správnou cestu. Tyto aspekty jsou důležité pro správný vývoj mentálně postiženého dítěte. Vyjadřování lásky k dítěti je věc primární, jeho postižení je věc sekundární.

Většina rodičů má strach o své postižené dítě a to z důvodu, že se nebudou moci o něj postarat. Rodiče bývají často vysílení. Výchova mentálně postiženého dítěte je velice náročná a vyžaduje i načerpání odpovídajících sil. Jak dodává Plevová (2007, s.44): „*Udržet si dobrý partnerský vztah je velice náročné a zaslouží si speciální péči obou manželů. Narozením postiženého dítěte se radikálně mění vysněné představy o budoucnosti.*“

Role jednotlivých členů rodiny jsou přesně rozděleny a jsou velice důležité při zvolení vhodných výchovných aspektů vůči dítěti. Dítě vnímá rodiče jako pomocné já, které spojuje zatím nedokonale utvořené já dětské a umožňuje dítěti adaptovat se na nároky světa. V tomto smyslu tvoří základní role jak matka, tak i otec, jež tvoří základ pro rodinou atmosféru. Základní citový postoj vypovídá o výsledku rodinné výchovy jak matky, tak i otce. Tato výchova musí být založena na vnitřní bohatosti a zároveň na jemnosti citových reakcí, které jsou určeny kvalitou rodinných vztahů.

Role matky

Matka zaujímá u dítěte jednu z hlavních rolí a její výchovné působení je založeno především na emocionálním pocitu a prožívání. Náruč matky dítěti s mentálním postižením velice pomáhá a poskytuje mu bezpečí a lásku.

Role otce

Otec vnáší do rodiny autoritu a rozhled. Pro dítě bývá role otce nezastupitelnou a to zejména z pohledu jeho výchovného působení, kdy je otec pro dítě samotné vzorem. Otec působí také jako ochránce a bývá živitelem rodiny. Existují případy, kdy při sdělení diagnózy mentální retardace dítěte otcové rodinu opouštějí a to z důvodu zátěže, která s výchovou takového dítěte souvisí.

Role sourozence

Role sourozence postiženého dítěte není snadná, naopak je velice náročná a představuje zátěž, jak dodává Vágnerová (2004). Narozněním postiženého sourozence se zdravým dětem mění postavení v rodině, a tak i očekávání rodičů, kteří k dítěti zaujímají jiný postoj.

Soužití sourozenců s mentálně postiženým je významným vývojovým faktorem a jak říká Vágnerová (2004, s.169): *“Sourozenec je stabilní součástí života dítěte, sdílí s ním značnou část zkušeností.”* Tito sourozenci vzájemně sdílí zkušenosti, jsou spojenci, soupeři, jsou si nejlepšími přáteli, společně prožívají celé dětství a i v dospívání se přenášejí zkušenosti. Role sourozence je pro mentálně postižené dítě velice důležitá. Sourozenci si mezi sebou mohou vytvářet rodinné pouto a to bez ohledu na to, jestli jeden z nich je postižený. Vztah mezi nimi má stejný charakter, jako je tomu u zdravých jedinců.

To jak se rozvíjí sourozenecký vztah je ovlivněno celkovou situací rodiny, ve které působí mnoho faktorů. Existují však i případy, kdy se vztah sourozenců rozvíjet nemusí a může docházet až k celkovému odcizení obou sourozenců.

Postoje i chování zdravého sourozence může ovlivnit pozitivním i negativním způsobem sourozence s mentálním postižením. Příklad postiženého dítěte do rodiny přináší zátěž i pro sourozence, avšak záleží na tom, jak se ke všemu postaví rodiče a následně i děti. Na tomto základě by rodiče měli rozdělit lásku jak mezi zdravého sourozence, tak i mezi dítě s mentálním postižením. Oba sourozenci musí mít stejný pocit lásky, důvěry i porozumění ze strany obou rodičů.

Role babičky a dědečka

Ač se to na první pohled zdá jako zanedbatelná role, tak tomu ve skutečnosti tak není. Role prarodičů hrají v životě mentálně postiženého jedince nezastupitelnou roli a tato role má důležitou funkci. Výchovné působení prarodičů dává mentálně postiženému dítěti možnost vnímat hodnoty, zažitá tradice a zvyklosti, které přenáší právě prarodiče.

2.8. Přístupy rodičů k dítěti s mentálním postižením

Zvolit správný přístup rodičů k dětem s mentálním postižením je jedním z nejdůležitějších faktorů při zvolení správných výchovných aspektů. Pro situaci, kdy se rodičům narodí dítě s mentálním postižením je charakteristické, že chování i postoje vůči tomuto dítěti budou jiné, nežli je tomu u dětí zdravých.

Vágnerová (2004) říká, že u těchto rodičů se zvyšuje riziko toho, že bude přístup v určitém směru extrémní. Právě s narozením postiženého dítěte do rodiny se mohou zapříčinit různé extrémy postojů a očekávání vůči postiženému dítěti.

Možnosti extrémního přístupu k dítěti s mentálním postižením:

1. Rodiče zaujímají odmítavý postoj vůči svému dítěti.
2. Rodiče mohou mít hyperaktivní přístup vůči svému dítěti.
3. Koncentrace pozornosti a zájmu na postižené dítě
4. Koncentrace pozornosti a zájmu na zdravé dítě

Je potřeba říci, že v případě koncentrace pozornosti a zájmu na postižené dítě jsou rodiče svým postiženým dítětem tolik koncentrováni, že zdravým potomkům nevěnují potřebnou potřebu a péči. Rodiče v těchto případech očekávají od zdravých dětí zralejší chování, než odpovídá jejich vývojové úrovni. Rodiče těchto dětí si vůbec neuvědomují toto extrémní jednání a zároveň tak jednají v dobré vůli. Takové chování je patrné při vyčerpávající péči o postižené dítě a ve svém důsledku už nezbyvá rodičům čas na péči o dítě zdravé. Nedostatek zájmu ze strany rodičů se projevuje u zdravých dětí obranným chováním různého typu. Jsou patrné případy dětí, kdy spousta dětí přijímá svoji určenou roli a usilují tak o naplnění rodičovských představ.

Koncentrace pozornosti a zájmu na zdravé dítě se charakterizuje pocitem neuspokojení potřeb, které přináší rodičům postižené dítě si nahrazují zúženým až jednostranným zájmem o dítě zdravé. Rodiče ho staví do role, ve které jim má vynahradit trápení a starosti s postiženým potomkem. Tento extrémní rodičovský přístup je považován za obranný mechanismus, který má kompenzovat stres a zklamání. Tento přístup je typický většími nároky, které ne vždycky jsou přiměřeny věku dítěte.

Výše uvedené možnosti extrémního přístupu k dítěti s mentálním postižením bývají příčinou častých zvláštností a obtíží, jež se vyskytují ve vývoji samotného dítěte s mentálním postižením.

Přístupy k dítěti s mentálním postižením jsou často ovlivněny vlastní prožitou zkušeností, přičemž na tom má zásluhu spousta faktorů, jakými jsou například citový a sociální vývoj či hierarchie osobních hodnot. Právě tyto faktory mají zásadní vliv na vytváření vhodných výchovných postojů k dítěti. Mentálně postižené dítě se oproti zdravému dítě vyvíjí pomalejším tempem a to by rodiče měli mít neustále na paměti při vytváření vhodného postoje vůči svému dítěti.

2.9. Výchova mentálně postiženého dítěte

Výchova se chápe jako záměrné působení dospělých na děti s použitím určitých výchovných prostředků a metod. Hlavním faktorem rodinné výchovy jsou jednotlivé přístupy rodičů ke svým dětem. Mentálně postižené dítě vnáší do rodinného prostředí negativní i pozitivní pocity rodičů. Zpočátku zde panuje napětí a zátěž, přičemž rodiče se stávají citlivějšími a i netaktními vůči svému okolí. Rozhodující je hloubka postižení dítěte, proto záleží na jednotlivých individuálních podmínkách. Výchova dítěte začíná už od jeho narození, kdy se zavádí každodenní rituály, které jsou ovlivněny vztahem jednotlivých členů rodiny k dítěti, které v případě, že je mentálně postižené, potřebuje dvojnásobnou péči, nežli je tomu u zdravých jedinců. Postižené dítě potřebuje tělesnou blízkost svých rodičů. Tato blízkost je zapotřebí zejména proto, že vývoj postiženého dítěte je pomalejší, nežli je tomu u zdravých dětí. Na tomto základě musí být rodiče plně orientováni ve výchově mentálně postiženého dítěte a mít dostatečný počet informací, tudíž záleží na stylu výchovy, jak dodává Pipeková (2006). Výchova dítěte s mentálním postižením a péče o něj je zaměřena zejména na jeho zvýšenou kontrolu, nežli je tomu u zdravých dětí. Vyskytuje se zde autonomie dítěte, která

vyžaduje každodenní důslednost, trpělivost a dostatek času. U rodičů se v tomto důsledku mohou objevovat negativní a nevhodné výchovné postoje, které mají vliv na dítě samotné. Je potřeba říci, že negativní výchovné postoje se objevují i u rodičů zdravých dětí, ale u dětí s mentálním postižením jsou nevhodně zvolená výchova stává rizikovější. Důležité je, aby se rodiče dětí s mentálním postižením vyvarovali nevhodných výchovných postojů, protože není na místě dítěti škodit, ale je důležité ho povzbuzovat a aktivně ho rozvíjet na základě jeho schopností a potenciálů a v důsledku rozvíjet jeho nedostatky.

Dle výše uvedených informací existuje několik druhů výchovy, které jsou (Matějček, 2001):

1. Zavrhuující výchova

- Výchova zavrhuující se vyskytuje skrytě, přičemž bývá v případech, kdy dítě není schopno splnit očekávání svých rodičů.
- Tato výchova se projevuje nadměrným trestáním a omezováním. Dítě na tuto výchovu reaguje především formou vzdoru či protestu. Jsou zde patrné i známky pasivity či rezignace dítěte.
- Dochází k ní tam, kde dítě neustále vzbuzuje ve svých rodičích představu neštěstí. Může docházet i k případům, že rodiče dítě s mentálním postižením raději umísťují do nemocnice či do ústavní výchovy.

2. Rozmazluující výchova

- Rozmazluující výchova je uskutečňována za pomoci nadměrných projevů náklonnosti rodičů ke svému dítěti. V případě, že se jedná o dítě mentálně postižené, tak rodiče lpí na neustálé péči o dítě a nedovolují mu se postupně osamostatňovat. Na dítě nejsou kladeny žádné nároky a rodiče jsou vůči němu nadmíru tolerantní. Rodiče se většinou snaží o odstranění překážek dítěti. Avšak při aplikaci této výchovy rodiče v očích dětí ztrácejí veškerou autoritu.
- Rodiče, jež uplatňují tento styl výchovy, tak nepředávají dítěti do života pocit sebedůvěry, který je nezbytnou součástí pro plnění sociálních rolí v rámci společnosti.
- U rodičů je patrná snaha podřizovat se přáním dítěte a snaží se ho udržet pro sebe.

3. Úzkostná výchova

- Výchova úzkostná je spojena s nadměrným ochranným chováním rodičů vůči svým dětem. Rodiče často brání svým dětem v jakýchkoliv činnostech a to s tím odůvodněním, že by si mohly ublížit. Rodiče lpí nezdravě na svém dítěti, většinou ze strachu, aby si neublížilo.
- Tento výchovný přístup se zakládá na nezdravém lpění na dítěti a to se projevuje zbavením dítěte jeho vlastní iniciativy a omezováním snahy ve vytváření jakékoliv aktivity. Dochází i k izolaci od okolního světa a vytváření jakýchkoliv vztahů.

4. Perfekcionistická výchova

- Při uplatňování perfekcionistické výchovy dochází k nadměrné snaze o samou dokonalost vlastního dítěte. Pro rodinu s postiženým dítětem tato skutečnost znamená, že dítě má být co nejdokonalejší ve všem co dělá, i přes skutečnost, že jeho postižení mu to nedovoluje. I přes mentální postižení nelze očekávat maximální výsledky.
- Rodiče těchto dětí většinou lpí na podávání maximálních výsledků ve škole, avšak rodiče pak nedokáží zpětně vyhodnotit možnosti a schopnosti svých dětí. V případě, že rodiče maximálně lpí na podávání výborných výsledků ve škole, tak v důsledku nejsou zhodnoceny další důležité složky úspěšnosti.

5. Protekční výchova

- Protekční výchova je taková výchova, kde je patrná snaha o to, aby dítě bylo co nejdokonalejší. Jejím hlavním úkolem je, aby dítě dosáhlo takových hodnot a společenského postavení, jaké rodiče považují za významné a pro ně důležité. Způsoby, jak výše uvedených hodnot dosáhnout jsou různé.
- Rodiče se snaží odstraňovat překážky svému dítěti a vyžadují po něm, aby se zapojili do této aktivity i všichni ostatní, jež jsou s dítětem v kontaktu.
- V důsledku této výchovy ztrácí dítě možnost se jakkoliv osamostatnit a domnívá se, že v životě mu budou nápomocny jakákoliv privilegia, která se ostatním dětem nedostávají. V případě mentálně postiženého dítěte si tak rodiče kompenzují nevýhody, které jsou s postižením spojeny.
- Rodiče se často odvolávají na postižení dítěte a dovolávají se soucitu.

2.9.1. Vybraný způsob zjišťování způsobu výchovy v rodině

K určování způsobů výchovy v rodině slouží dotazník stylů výchovy, jež byl vytvořen J. Čápem, V. Čechovou, P. Boschkem. Představuje variantu zjišťující výchovný styl v rodině z pohledu dítěte. Jednotlivé položky tohoto testu jsou tvořeny pro oba rodiče, přičemž jde o identickou sadu 40 otázek, za pomoci nich se získávají informace o čtyřech základních komponentech výchovy, tj. emoční vztah k dítěti kladný, záporný, požadavky a volnost - viz **tabulka 1**. Vyhodnocení testu je skórováno podle klíče; ne=1, někdy=2, ano=3. Sečtením získaných hodnot jsou získány hrubé skóry jednotlivých subtestů. Data se mohou vyhodnocovat jednotlivě či v rodině jako v celku.

Tabulka 1 – Složky dotazníku pro zjišťování způsobu výchovy v rodině

Komponent	Položky										Rodičovský postoj	Zkratky
Kladný	1	5	9	13	17	21	25	29	33	37	Pozitivní	K
Záporný	2	6	10	14	18	22	26	30	34	38	Hostinní	Z
Požadavků	3	7	11	15	19	23	27	31	35	39	Direktivní	P
Volnosti	4	8	12	16	20	24	28	32	36	40	Autonomní	V

Z výše uvedených komponentů dále vychází dimenze: emočního vztahu k dítěti (vychází z kladného a záporného emočního vztahu) - viz **tabulka 2** a následně výchovné řízení (vychází z komponentů požadavků a volnosti)

Emoční vztah rodičů

Jedním z mnoha předpokladů příznivého vývoje osobnosti je láskyplný vztah. Emoční vztah rodičů k dítěti je v tomto modelu způsobů výchovy dán kombinací kladného a záporného komponentu výchovy a má následující formy (Čáp, 1996):

1. Kladný emoční vztah

- je charakteristický porozuměním, důvěrou, laskavostí, zájmem o dítě a jeho prožívání. Dále se projevuje schopností naslouchat dítěti, podporou a ochotou pomoci v případě obtíží. Rodiče jsou ve styku s dítětem schopni přirozeně projevovat svoji radost a dítěti dávají najevo, že jej mají rádi a komunikují s ním

2. Extrémně kladný emoční vztah

- je krajní formou kladného emočního vztahu, který se charakterizuje vysokým podílem kladných projevů rodič k dítěti a minimem projevů vztahu záporného

3. Záporný emoční vztah

- Pro záporný emoční vztah je charakteristickým znakem absence pozitivních projevů. Rodiče neprojevují zájem o dítě, jsou lhostejní k problémům, ale i k jeho úspěchům. Málo chválí, dobrý výkon je spíše samozřejmostí. Společně vykonávají činnosti jen minimálně.

4. Záporně-kladný emoční vztah

- je charakteristický zejména kombinací emočního vztahu obou rodičů v rodině jako celku, kdy jeden z rodičů je vnímán jako záporný a druhý jako extrémně kladný

Tabulka 2 – Vyhodnocení emočního vztahu jednotlivého rodiče k dítěti

Kladný komponent	1. tercil (10-24)	2. tercil (25-27)	3. tercil (28-30)
Záporný komponent			
1. tercil (10)	Střední	Extrémně kladný	
1. tercil (11)		Kladný	Kladný
2. tercil (12-14)	Záporný	Střední	Kladný
3. tercil (15-30)	Záporný	Záporný	Záporný

Vyhodnocení emočního vztahu k dítěti v rodině jako celku (Čáp, Boshek, 1994):

- **záporný** – jeden z rodičů nebo oba rodiče mají záporný emoční vztah
- **kladný** – oba rodiče mají kladný nebo jeden kladný a druhý střední emoční vztah
- **extrémně kladný** – jeden z rodičů má Z'10, druhý maximálně Z'11, přitom oba mají K=25
- **záporně kladný** – jeden z rodičů má záporný a druhý má extrémně kladný emoční vztah
- **Střední** – pokud má jeden z rodičů střední emoční vztah, hodnotíme emoční vztah v rodině podle vztahu druhého rodiče, pokud mají střední vztah oba rodiče posuzujeme podle hodnot skóre K a Z

Výchovné řízení rodičů

Jen dán kombinací komponentu požadavků a volnosti a má čtyři následující základní formy (Čáp, 1996):

1. Silné výchovné řízení

- projevuje se tím, že dospělý mnoho přikazuje a zakazuje, nedává dítěti prostor pro rozhodování, samostatnost a iniciativu. Po dítěti se požaduje maximální výkon bez ohledu na schopnosti a možnosti dítěte. Nebere se ohled na názory, potřeby a zájmy dítěte.

2. Slabé řízení

- představuje absenci jakýchkoliv požadavků nebo jsou nepřiměřeně nízké. Rodiče podléhají nevhodným přáním dítěte. Někteří z rodičů se snaží odstraňovat dítěti veškeré překážky a plní požadavky za dítě.

3. Rozporné řízení

- je charakteristické silnou ambivalencí ve výchovném vedení dítěte. Rodič projevuje řízení silné, někdy slabé. Dítě má značnou volnost a nemá kontrolu plnění úkolů, po kterém může dále následovat plnění zadaných úkolů, nebo přísné tresty při jejich nesplnění.

4. Střední řízení

- požadavky se kladou a následně kontrolují, ale v rozumné míře a laskavou formou. Dítě převzalo roli odpovědného člena rodiny a považuje za samozřejmé dodržování norem.

Vyhodnocení výchovného řízení jednotlivého rodiče (Čáp, Boschek, 1994):

V tomto případě dochází k vyhodnocování vzájemných komponentů požadavků a volnosti, přičemž:

➤ Pokud má rodič vysoký komponent P (19-30), pak sledujeme:

- vysoký komponent V (18-30) = rozporné řízení
- nižší komponent V (10-17) = silné řízení

➤ Pokud má rodič nižší komponent P (10-17), pak sledujeme:

- při V (10-13) = silné řízení
- při V (14-17) = střední řízení
- při V (18-30) = slabé řízení

Vyhodnocení výchovného řízení v rodině jako celku (Čáp, Boschek, 1994)

- Oba rodiče vykazují stejný způsob řízení, pak je tím vyjádřen i způsob řízení v rodině jako celku
- Jeden rodič má silné a druhý slabé řízení, pak je celkové řízení rozporné
- Jeden z rodičů má střední řízení a druhý silné, výsledné řízení je spíše silné
- Jeden z rodičů má střední řízení a druhý slabé, výsledné řízení je spíše slabé
- Pokud má jeden z rodičů řízení rozporné, posuzuje se řízení v rodině jako rozporné

Na základě výsledků jednotlivých typů emočního vztahu a výchovného řízení v rodině jako celku vzniká devět rodičovských výchovných stylů, které jsou zahrnuty v „**Modelu devíti polí způsobu výchovy v rodině**“.

Model devíti polí

Model devíti polí byl vyvinut J. Čápem na základě dlouhodobého studia výchovy a jejího vlivu na dítě. Tento model devíti polí, ve kterém se zjišťují jednotlivé komponenty výchovy obou rodičů jsou – kladný a záporný komponent výchovy, komponent požadavků a volnosti. Z kladného a záporného komponentu otce i matky se zobecňuje emoční vztah rodičů k dítěti. Komponenty požadavků a volnosti obou rodičů napomáhá k odvození výchovného řízení v rodině. Vzájemným prokombinováním emočního vztahu rodičů a výchovného řízení vzniká v rodině větší počet různých stylů výchovy a podle získaných informací je uspořádáno devět základních polí - viz *tabulka 3*.

Tabulka 3 – Model devíti polí způsobu výchovy v rodině (Čáp, 1999)

Výchovné řízení	Silné	střední	slabé	Rozporné
Emoční vztah				
Záporný	1. výchova autokratická		2. lhostejnost k dítěti	3. pesimální forma výchovy: záporný vztah s rozporným řízením
Záporně – kladný	9. emočně rozporná výchova, jeden z rodičů zavrhuje, druhý extrémně kladný nebo dítě je s ním v koalici			
Kladný	4. výchova přísná a přitom laskavá	5. optimální forma výchovy: vzájemné porozumění a přiměřené řízení	6. laskavá a liberální výchova bez požadavků a kontroly	7. kladný vztah s rozporným řízením
Extrémně kladný			8. kamarádský vztah s dodržováním	

Pole 1: *autokratický styl výchovy (záporný emoční vztah a silné nebo střední výchovné řízení)*

Autokratická výchova se vyznačuje záporným emočním vztahem k dítěti v rodině. V tomto smyslu se v rodině vytváří nepříznivé emoční klima a silné či střeň výchovné řízení. Dítě je často kritizováno, hodnoceno negativně a jsou zdůrazňovány jeho nedostatky. Je vyžadováno plnění příkazů a dodržování zákazů a v případě nesplnění je dítě přísně trestáno a může se stát objektem vyhrožování. Využíváno výchovných prostředků fyzických i psychických a pochvalou rodiče velice šetří a to i v případě, kdy se dítěti něco podaří. Dítě bývá rodiči často odrazováno od získání vyšších cílů. Ve výchově se postrádá podpora dítěte, pochvala a projevy uznání. Tento typ výchovy patří mezi nepříznivé výchovné styly a může vést k psychickým problémům jedince, které se mohou projevit ve frustraci jedince a jeho následné sebehodnocení.

Pole 2: *liberální styl výchovy spojený s nezájmem o dítě (záporný emoční vztah a slabé výchovné řízení)*

Tento výchovný styl je charakteristický nezájmem a lhostejností k dítěti. Jsou zde přítomny i nedostatečné kladné emoce, empatie, vřelost. Jedná se tedy o chladný emoční přístup rodičů k dětem. Zájem rodičů pak tvoří kariéra, koníčky či problémy. U dítěte se může projevit pocit méněcennosti. Po dětech nejsou vyžadovány vysoké nároky, není očekáván dobrý výkon a tak i dítě samo po sobě nevyžaduje vyšší požadavky, které jsou spojeny s překonáváním překážek, sebeovládáním, vytrvalostí a snahou něčeho dosáhnout.

Pole 3: *pesimální forma výchovy: záporný vztah s rozporným řízením (záporný emoční vztah a rozporné výchovné řízení)*

Tato výchova je typická záporným emočním vztahem k dítěti a rozporným řízením. Znamená to, že se zde prolínají prvky lhostejnosti a přísnosti. Tato forma výchovy je ve svém důsledku typická zvýšenou mírou labilitu dítěte. Je na místě také trvalá nejistota dítěte a nejsou jasné reakce rodičů za různý způsob jeho chování. Dalším charakteristickým znakem je následně vyžadování plnění úkolů s absencí kontroly jejich plnění. O rozporné výchově lze hovořit v případě nejednotné výchově jednoho z rodičů. Jedná se zejména o to, že jeden vyžaduje plnění požadavků a druhého z rodičů to vůbec nezajímá. Děti v tomto případě vyrůstají v prostředí, které je málo vytrvalé, nesvědomitě a často také labilní.

Pole 4: *výchova přísná a přitom laskavá (kladný nebo extrémně kladný emoční vztah a silné výchovné řízení)*

Tento výchovný styl je charakteristický silným řízením a kladným či extrémně kladným emočním vztahem rodičů k dítěti. Jedná se o přísný, ale zároveň laskavý přístup, kdy je na místě vzájemná důvěra. Rodiče jsou pro dítě autoritou a zároveň blízkým člověkem a dítě se na ně může kdykoliv obrátit. Pro dítě tato skutečnost napomáhá v nalézání vlastní identity a na jedince nejsou kladeny zvláštní nároky a kontrola požadavků rodičů je prováděna taktní formou. V případě, že jsou požadavky kladené na jedince nesmyslné či spojené s negativními emočními projevy, může docházet k postavení dítěte proti těmto požadavkům. Dítě si dále může prosazovat vlastní názor.

Pole 5: *optimální forma výchovy: vzájemné porozumění a přiměřené řízení (kladný nebo extrémně kladný emoční vztah a střední výchovné řízení)*

Charakteristický je zde partnerský a rovnocenný vztah mezi dítětem a rodiči a dále způsob výchovy je demokratický a přátelský. Tento typ výchovy je optimální formou a vztahy mezi členy rodiny bývají přátelské, srdečné a demokratické. Dítě tráví s rodiči volný čas bez připomínek a chápe takto strávený čas jako příjemnou chvíli, nikoliv jako povinnost. V případě nesouhlasu se rodiče striktně ozvou a dávají nesouhlas najevo okamžitě, přičemž trestání se používá jen v mírné formě. Děti berou své rodiče jako své kamarády a mají v nich často vzor. Dítě se může s čímkoliv svému rodiči svěřit. Tento typ výchovy je vyznačován vlastnostmi: stabilita, vytrvalost a svědomitost.

Pole 6: *laskavá a liberální výchova bez požadavků a kontroly (kladný nebo extrémně kladný emoční vztah a střední výchovné řízení)*

Charakteristickým znakem této výchovy je slabé řízení, které je doprovázeno kladným emočním vztahem k dítěti. Výchova je laskavá, liberální, avšak je bez přiměřených požadavků a důsledné kontroly jejich plnění. Rodiče jsou k dítěti přátelští, ale na dítě nevyvíjí žádné nároky ani žádné zvláštní požadavky, dítě je často rozmazlováno a jsou mu odstraňovány všechny překážky. Dítěti chybí dostatek kázně, podává špatné výkony nebo si neplní zadané povinnosti a rodiče tyto situace následně řeší pouze domluvou. Dítě vidí ve svých rodičích kamarády, zejména to platí o vztahu dcery s matkou. Rodinné prostředí je následně charakteristické dlouhodobě nemocným dítětem či umělecky zaměřením rodiče s bohémským stylem života. Tento typ výchovy je příznivý k vývoji spíše u chlapců, neplatí to však u dívek.

Pole 7: *kladný vztah s rozporným řízením (kladný nebo extrémně kladný emoční vztah a rozporné výchovné řízení)*

Tento způsob výchovy je spojením příznivého emočního klimatu a následně přátelského vztahu rodičů s výchovným řízením od přísného, vyžadujícího až po značnou volnost ve vedení a absenci požadavků na dítě. Účinky tohoto výchovného stylu odpovídají lepšímu průměru a závisí na tom, který z rodičů působil na dítě ve větší míře a dále také na podmínkách vývoje. Tato výchova je také označována jako laskavá přísnost. Vždy záleží na individuálním posouzení.

Pole 8: *kamarádský vztah s dodržováním (extrémně kladný emoční vztah a slabé výchovné řízení)*

Pro tento typ výchovy je charakteristický přátelským až kamarádským vztahem s rodiči. Charakteristika vlastností rodičů i dětí je obdobná jako v poli pátém. Jedná se o způsob výchovy s příznivým formativním působením na vývoj dítěte. Dítě plní požadavky z vlastní iniciativy, bez kontroly ze strany rodičů.

Pole 9: *emočně rozporná výchova, jeden z rodičů zavrhuje, druhý extrémně kladný nebo dítě je s ním v koalici (záporně-kladný emoční vztah a silné, střední, slabé nebo rozporné výchovné řízení)*

Tento výchovný model je charakteristický emočně rozpornou výchovnou, která vzniká kombinací záporného emočního vztahu jednoho z rodičů a extrémně kladného emočního vztahu druhého rodiče. Dítě tady vnímá jednoho z rodičů jako záporného a druhého jako kladného, až extrémně kladného. U tohoto způsobu výchovy není rozlišena míra výchovného řízení, přičemž se předpokládá, že na vývoj dítěte působí nejméně příznivé řízení rozporné. Tento způsob výchovy pak zvyšuje labilitu dítěte. Tento model dále utváří příznivé podmínky pro vývoj dívek, u chlapců je tomu naopak.

3. Výzkumný cíl práce

Cílem výzkumu je získání údajů, které jsou zaměřeny na zjišťování způsobů výchovy v rodině a to za pomoci dotazníků, které budou vyplněny dětmi, jež jsou mentálně postiženi. Na základě vyplněných dotazníků budou zpracovány jejich odpovědi, jež se vztahují ke způsobům výchovy, které se v rodině uplatňují.

Jak je již patrné z názvu výzkumu, tak zvolené téma může být pro spousty dětí velice citlivé. Mnoha dětem se může zdát, že toto téma je pouze rodinná záležitost a mnozí mohou v průběhu výzkumu negativně reagovat na kladené otázky, jelikož se týkají jejich nejbližšího prostředí. Je však důležité dětem vysvětlit, že jejich negativní postoj není na místě a mohou zůstat klidní.

Na základě položených otázek budou prezentovány názory dětí u vybrané skupiny dětí ze Základní praktické školy v Příboře.

4. Popis metodologického rámce a metod

4.1. Metoda výzkumu a zvolená technika

Byla zvolena kvalitativní metoda výzkumu vzhledem k tomu, že tato metoda se přímo orientuje na pochopení smyslu jednajících sociálních subjektů. Kvalitativní výzkum odhaluje více reálné souvislosti mezi jevy jako faktické souvislosti a to v jejich úplnosti, nežli je tomu u kvantitativního výzkumu. Cílem tohoto výzkumu však není změření jednotlivých parametrů stanovených ukazatelů, nýbrž vytvoření adekvátního popisu konstrukce celku zjišťovaného jevu, tj. zjišťování způsobů výchovy v rodině. Hlavní skupinu metod sběru dat ve výzkumu tvoří kladení otázek vybraným dětem a následně získávání jejich odpovědí. Jak je známo, tak dotazování obecně zahrnuje různé typy rozhovorů, dotazníků, škál a testů.

Zvolenou technikou je tedy forma standardizovaných dotazníků. Otázky byly vzhledem ke standardizovanému dotazníkovému šetření pevně stanovené a také formulace a pořadí otázek jsou pevně dány a nesmí se na nich nic měnit. Dvě krajní formy dotazování představují na jedné straně různé dotazníky s pevně danou strukturou otázek a uzavřenými otázkami, vyplňované samostatně nebo s cizí pomocí, na druhé straně volné rozhovory, jejichž struktura není předem dán a které mají mnohdy podobu volného vyprávění subjektu. Vzhledem k výše uvedené skutečnosti, že potřebuji kvalitní odpovědi, tak jsem se rozhodla zvolit techniku kladení otázek a to za pomoci výše zmíněných dotazníků. Dále je užito otázek uzavřeného typu, které mi dopomohou dosáhnout požadovaných výsledků.

4.1.1. Tvorba dotazníku

Tvorba dotazníku se zakládala především na tom, že otázky musí být formulovány tak, byly pro samotné respondenty srozumitelné a snadno pochopitelné vzhledem k jejich mentálnímu postižení. Na samém základě je použit dotazník, který vyhovuje potřebám výzkumu. Nejprve byl proveden pilotní test, za pomoci členů vybraného vzorku, který je podobný zkoumané skupině. Účelem tohoto pilotního testu bylo ověření adekvátnosti obsahu uvedených otázek. Na základě pilotní studie byla provedena revize a dále druhý pilotní test dotazníku. Po absolvování druhého pilotního testu jsem dospěla k závěru, že dotazník je

vhodný a je možné ho aplikovat u vybrané zkoumané skupiny.

4.1.2. Zvolený postup výzkumu

- a) Vybrat jedince s diagnostikovanou mentální retardací.
- b) Zjistit jejich názory na uplatňovanou výchovu v rodině.
- c) Analyzovat zjištěné názory.
- d) Prezentovat výsledky průzkumu v závěrečné zprávě.

4.1.3. Metoda sběru dat

- a) *Kvalitativní výzkum pomocí dotazníků na vybraném vzorku dětí s mentálním postižením z vybrané skupiny*
- b) *Cílový soubor – vzorek 20 respondentů*
- c) *Cílová skupina – děti s mentálním postižením ze zvolené skupiny ze Základní praktické školy v Příboře*
- d) *Výběr vzorku – příležitostný výběr*
- e) *Nástroj sběru dat – dotazník*
- f) *Kontrola sběru dat – kontrola úplnosti vyplnění dotazníku*

Jak jsem zmiňovala již výše, tak vybrané výchovné aspekty rodičů dětí s mentálním postižením, jsou velmi citlivou záležitostí. Otázky zněly: Jak je možné vhodným způsobem získat od jednotlivců tíženou odpověď? Jak se k těmto dětem přiblížit? Jak je oslovit, aby se daného výzkumu nezalekly? Pomocí dotazníků jsou kladeny otázky uzavřeného typu v dané posloupnosti. Díky nim se dotazují na názor dětí vůči uplatňovaným aspektům výchovy v jejich rodině. Nejprve je na místě zjistit, zda mají rodiče opravdový zájem o to, co jejich děti dělají. Dále zda se rodiče někdy svým dětem řekli, že je zklamali či podrobně určovali, co mají a nemají dělat. Na místě je také otázka, zda rodiče své děti nechávají dělat to, co je baví. Jednají se svými dětmi přátelsky? Svěřují se děti rodičům se svými problémy? Zajímají se o činnosti svých dětí. Je na místě optat se na fakt, zda rodiče kontrolují plnění příkazů, dodržování zákazů či zda se zajímají rodiče o to co jejich děti mají rádi. Zcela podstatnou záležitostí je také názor na to, zda rodiče svým dětem oznámili, že mají nevděčného syna či

dceru. V neposlední řadě také zda berou rodiče vážně přání svých dětí a zda o některém sourozenci tvrdí, že je lepší než samotné dotazované dítě. Nezbytnou část tvoří soubor otázek, jež se vztahují k otázce rozhodování a toho, zda s rodiči mají i hezké chvílky, při kterých se společně zasmějí, chovají se rodiče přátelsky, přikazují stále něco, jsou rodiče ochotni zastat se svého dítěte, pomoci svému dítěti, stále připomínat svému dítěti, co pro něj dělají jejich děti či jsou přísní. Tyto otázky dále doplňuje další soubor otázek a to, zda děti mají volný režim, dělají se svými dětmi činnosti společně, stěžují si rodiče na své děti, mluví rodiče o chybách svých dětí, dávají svým dětem hodně peněz, zajímá rodiče názor dětí, rozčilují se na ně často, přísně je trestají, důvěřují jim, zesměšňují jejich názory, chrání je, podezírají je aj. Zkoumaný soubor jsem vybrala příležitostně a to zcela náhodně. Tento výběr si kladl za cíl zaměřit se na děti, kde se uskutečňuje výchova dítěte s mentálním postižením, jelikož právě takové názory dětí jsou vhodné pro získání tížených výsledků.

4.1.4. Místo a dotazování

Základní škola Praktická je bývalá zvláštní škola pro děti, které mají problém zvládnout výuku na běžné základní škole. Speciální škola je to, co dřív byla škola pomocná – učí se zde děti s kombinovanými vadami či s těžkým mentálním postižením. V současné době ji navštěvuje 55 žáků, kterým se věnuje 7 pedagogických pracovníků, asistentka pedagoga a 2 provozní zaměstnanci. Při tomto počtu žáků ve třídě mají učitelé možnost důkladně poznat žáka, jeho schopnosti, možnosti i individuální zvláštnosti; přizpůsobit pracovní postupy a tempo práce možnostem žáka a umožnit mu tak získat potřebné vědomosti, dovednosti a návyky.

4.1.5 Sběr a zpracování dat

4.1.5.1. Evidence tazatelů

Jak je již zmíněno a zároveň zdůrazněno, tak výzkum je velice citlivou záležitostí, která se týká uplatňování výchovných aspektů v rodině. Na tomto základě bylo nutné postupovat v celém průběhu výzkumu obezřetně a mít vše do detailu propracováno. Musela jsem se v tomto smyslu také připravit na negativní reakce či ohlasy, se kterými musím počítat. V rámci

výzkumu bylo důležité myslet stále na to, že pokud mi budou dotazované děti odpovídat, tak sdělují citlivé údaje a proto jsem jim sdělila jako první, že dotazníky nebudou v žádném případě označovány jménem či jinak.

4.1.5.2. Ochrana dat

Každému respondentovi byla zaručena naprostá anonymita, v souladu s anonymním vyplňováním odpovědí do předložených dotazníků bez udání jejich jména.

4.1.6. Zpracování a analýza údajů

V době, kdy jsem získala vyplněné dotazníky bylo na místě věnovat se provedení kontroly správnosti, i když více méně tato kontrola byla pouze formální záležitostí, protože dotazník byl zcela anonymní a i v případě, že by došlo k nějakým nesrovnalostem. Je na místě konstatovat, že dotazníky byly vyplněny dětmi s naprostou pečlivostí a získané odpovědi jsou odpovídající a je možné je označit jako adekvátní pro zpracování výsledků výzkumu bez jakéhokoliv zaváhání.

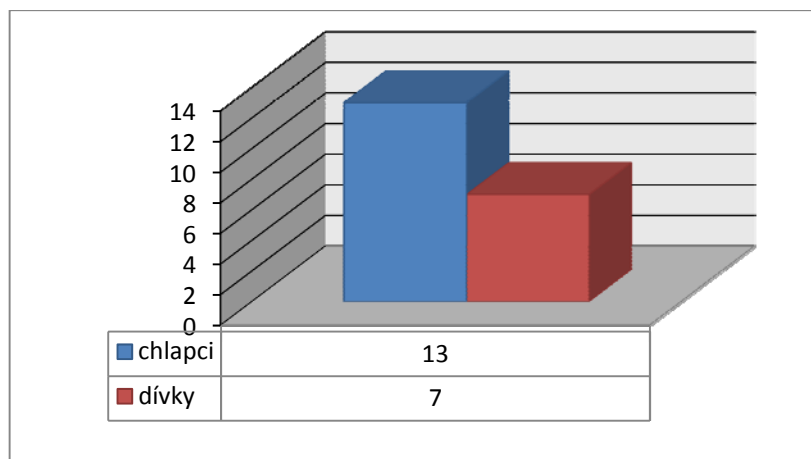
5. Výběr cílového souboru

Vzhledem k výběru cílového vzorku bylo nejpodstatnější určit kde a jakým způsobem budu oslovovat děti, jež se mají stát předmětem tohoto výzkumu. Je na místě zamyšlení nad skutečností, že jsem se již podobným výzkumem zabývala ve své bakalářské práci a proto jsem se rozhodla, že se budu orientovat na stejné místo, kde jsem již předtím výzkum prováděla. Jak je již zmíněno výše, tak je nejdůležitější získat odpovídající počet jedinců, jež budou schopni zúčastnit se tohoto výzkumu. Tento klíčový úkol s sebou nejprve nese ustanovení počtu vhodných respondentů, které chci oslovit. Existoval zde problém v tom, že nebylo možné adekvátně určit kdo je a kdo není vhodný pro tento výzkum. Na tomto základě jsem požádala pedagogy zvolené školy, aby mi s tímto problémem pomohli. Pro tuto možnost jsem se rozhodla proto, že děti, jež tuto školu navštěvují, znají nejlépe a vědí, kdo je a kdo není schopen se tohoto testu zúčastnit. Je velice důležité zvolit vhodný vzorek z toho pohledu, že jsem se v rámci zpracovávání výzkumné části rozhodla pro kvalitativní šetření.

Základní praktickou školu v Příboře navštěvuje spousta žáků s mentálním postižením, avšak na základě pomoci od pedagogů byl zvolen vzorek dětí různých věkových skupin a to zejména proto, že není možné dát dohromady odpovídající skupinu dětí např. z jedné třídy. Tato skutečnost je ovlivněna také tím, že každý není schopen si s daným dotazníkem poradit a zde je důležité, aby byly odpovědi adekvátní a vypovídaly o skutečném stavu bez pomoci druhých osob. Vzhledem k citlivosti zkoumané problematiky je dotazníkový výzkum prováděn individuálně.

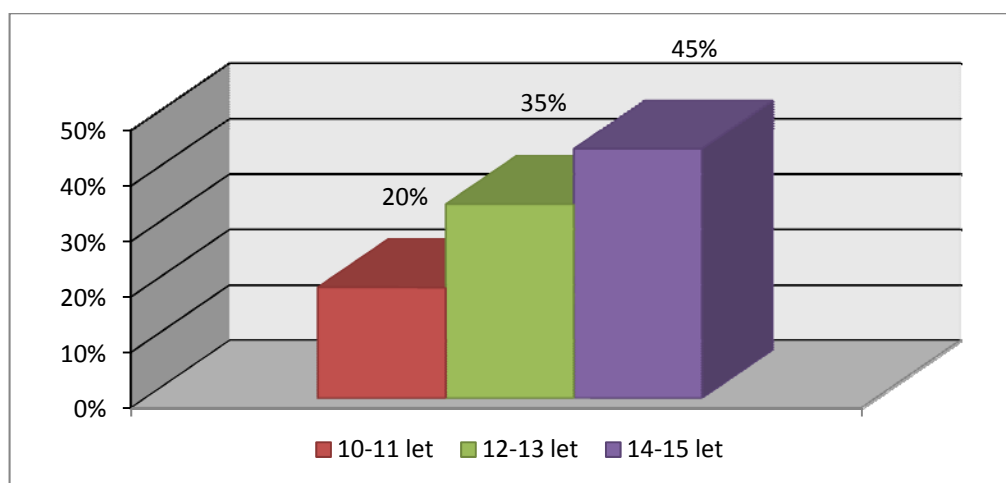
Celkem bylo rozdáno **30 dotazníků**, které byly stejně předány **30 respondentům**, vrátilo se jich však jen **20 kompletně vyplněných** od dětí s oběma rodiči.

Graf 1 - Pohlaví respondentů



Průzkumu se zúčastnilo z celkového počtu 25 respondentů pouze 13 (**65%**) chlapců, 7 (**35%**) dívek - viz **graf 1**. Převaha zúčastněných chlapců nad dívkami je značná, a to vzhledem ke složení vybrané skupiny

Graf 2 – Věková kategorie

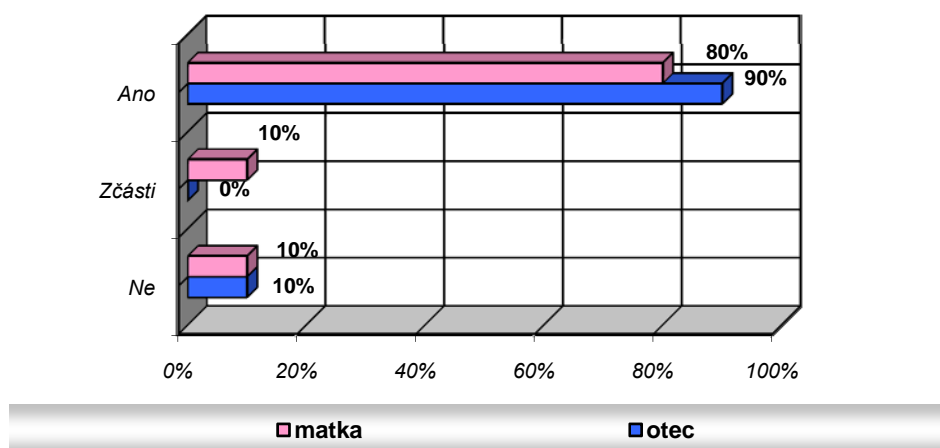


Z uvedeného grafu vyplývá, že ve zvolené první skupině 10-11 let byli celkem 4 respondenti (**20%**). Druhou skupinou byli respondenti ve věku 12-13 let v celkovém počtu 7 (**35%**), a třetí místo tvořila věková skupina 14-15 let, kde se zúčastnilo celkem 9 respondentů (**45%**) - viz **graf 2**.

6. Výsledky výzkumu a jejich interpretace

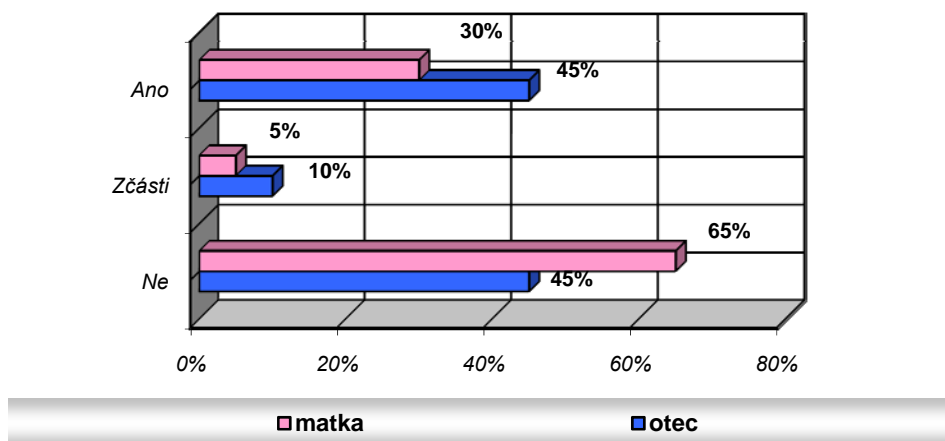
Výsledky jednotlivých složek dotazníku

Graf 3 – Položka č. 1 Dotazníku způsoby výchovy v rodině: Měl(a) opravdový zájem o to, co dělám; n=20



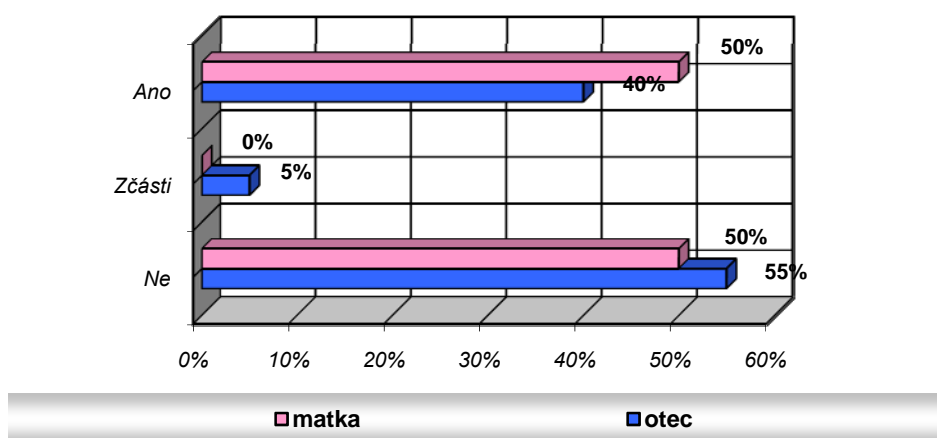
Odpověď ano bylo u otce v 18 případech zatrženo ano (**90%**), možnost zčásti ne zvolil žádný respondent (**0%**) a možnost dvě označili pouze 2 respondenti (**10%**). V případě matky byla odpověď ano byla zatržena v 16 případech (**80%**), zčásti 2 (**10%**) a ne také 2 (**10%**) - viz **graf 3**.

Graf 4 - Položka č. 2 Dotazníku způsoby výchovy v rodině: Vyčítal(a) mi, že jsem ho (jí) zklamal(a); n=20



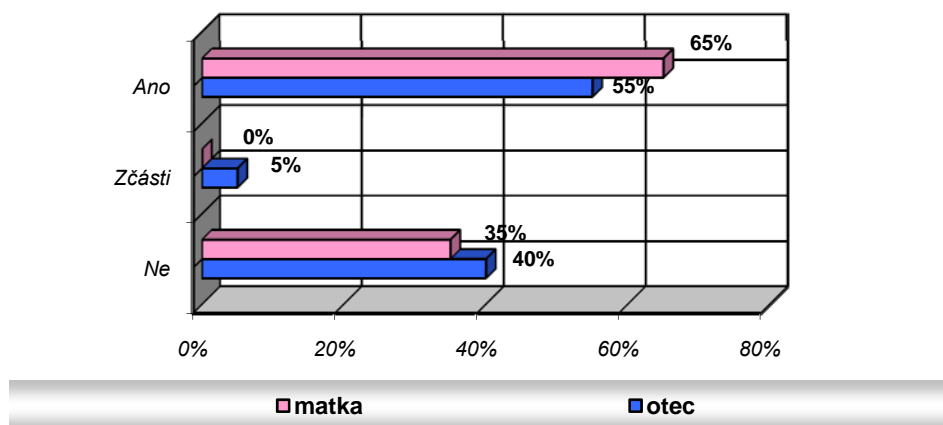
V případě otce se k odpovědi ano přiklonilo 9 respondentů (**45%**), zčásti 2 (**10%**) a možnost ne zvolilo 9 respondentů (**45%**). Jak je z uvedených výsledků patrné, tak v případě matky jsou odpovědi obdobné, avšak se liší jen v odpovědi ne. Možnost ano zvolilo 6 respondentů (**30%**), zčásti pouze 1 (**5%**) a možnost ne zvolilo 13 respondentů (**65%**). méněcennosti aj. - viz *graf 4*.

Graf 5 - Položka č. 3 Dotazníku způsoby výchovy v rodině: Podrobně mi určoval(a), jak mám co dělat; n=20



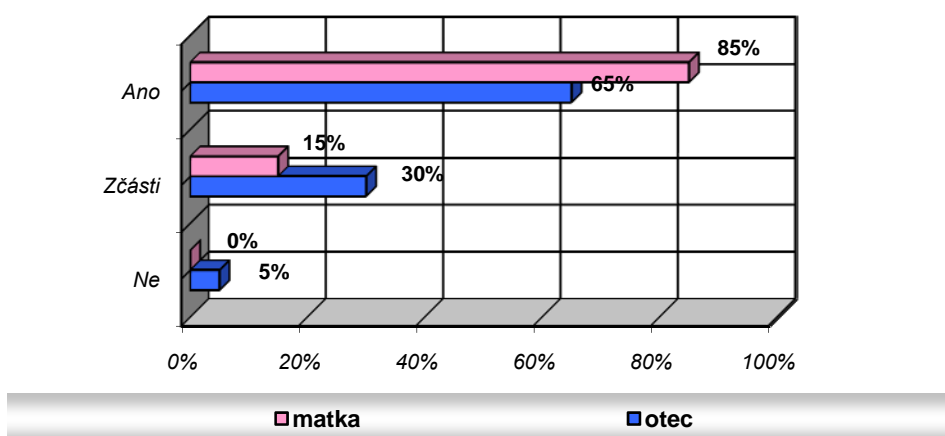
V případě otce byla možnost ano zaškrtnuta v 8 případech (**40%**), zčásti 1 (**5%**) a možnost ne v 11 případech (**55%**). V případě matky byla možnost ano zaškrtnuta celkem v deseti případech (**50%**), zčásti 0 (**0%**) a ne stejně, jako je tomu u možnosti ano, tj. 10 odpovědí (**50%**) - viz *graf 5*.

Graf 6 - Položka č. 4 Dotazníku způsoby výchovy v rodině: Nechal(a) mě dělat, co mě baví, i když jsem měl(a) pomáhat v domácích pracech; n=20



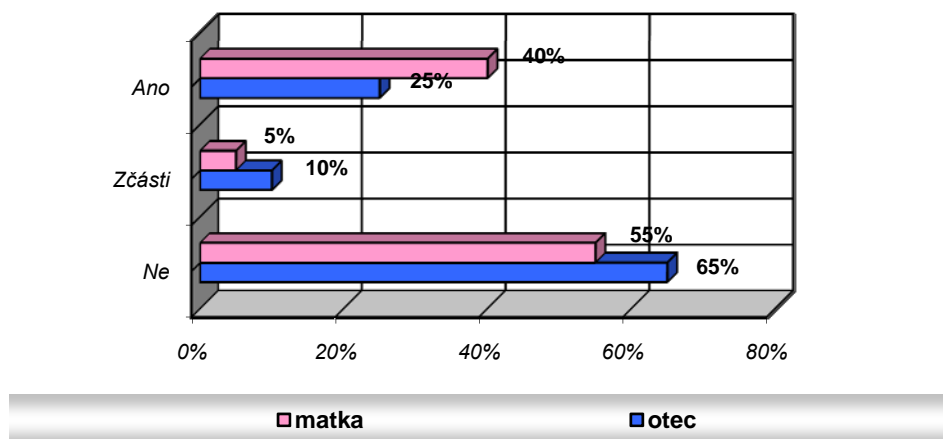
V případě otce možnost ano byla označena v 11 případech (**55%**), zčásti 1 (**5%**) a ne v 8 případech (**40%**). V případě matky byla možnost ano zvolena celkem ve 13 případech (**65%**), zčásti 0 (**0%**) a ne 7 (**35%**) - viz **graf 6**.

Graf 7 - Položka č. 5 Dotazníku způsoby výchovy v rodině: Jednal(a) se mnou přátelsky; n=20



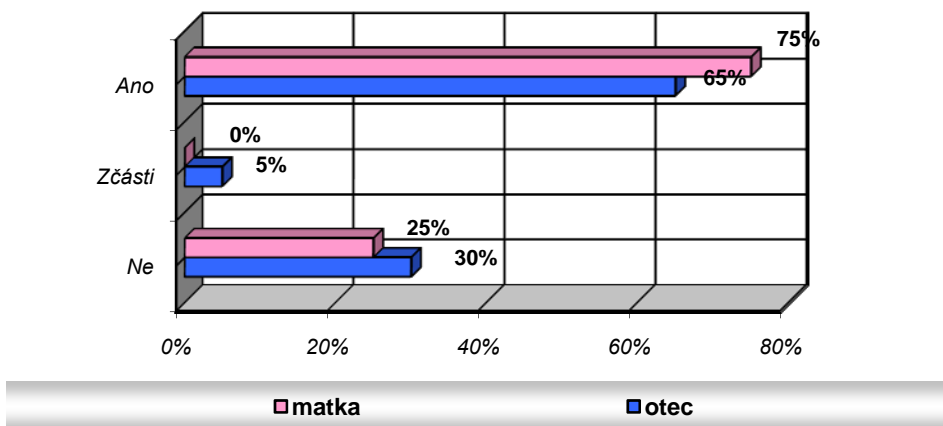
U otce tomu byla možnost ano označena ve 13 případech (**65%**), zčásti 6 (**30%**) a ne 1 (**5%**). V případě matky možnost ano byla označena v 17 případech (**85%**), zčásti 3 (**15%**) a možnost ne nebyla označena vůbec (**0%**) - viz **graf 7**.

Graf 8 - Položka č. 6 Dotazníku způsoby výchovy v rodině: Přál(a) si, abych mu (jí) dal(a) pokoj se svými problémy; n=20



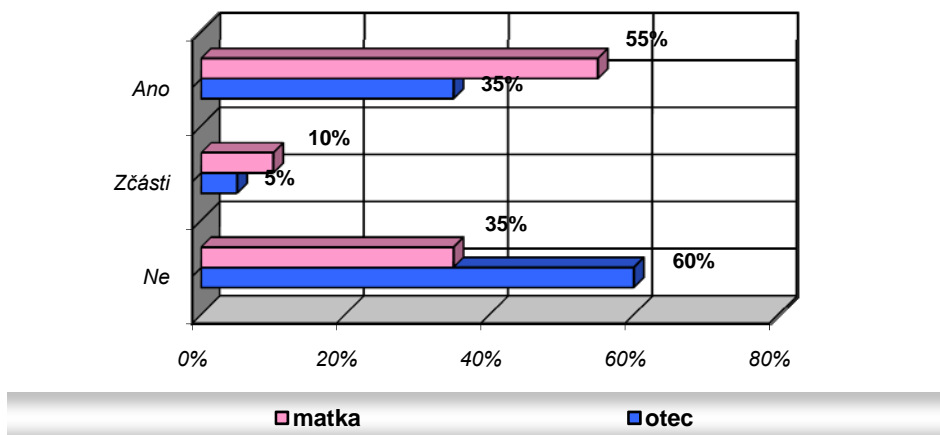
V případě otců je pro odpověď ano celkem 5 odpovědí (**25%**), zčásti 2 (**10%**) a ne zvolilo celkem 13 respondentů (**65%**). V případě matky bylo zvolena 8 odpovědí (**40%**), zčásti 1 (**5%**) a ne 11 (**55%**) - viz *graf 8*.

Graf 9 - Položka č. 7 Dotazníku způsoby výchovy v rodině: Chtěl(a) vždy přesně vědět, co a jak dělám; n=20



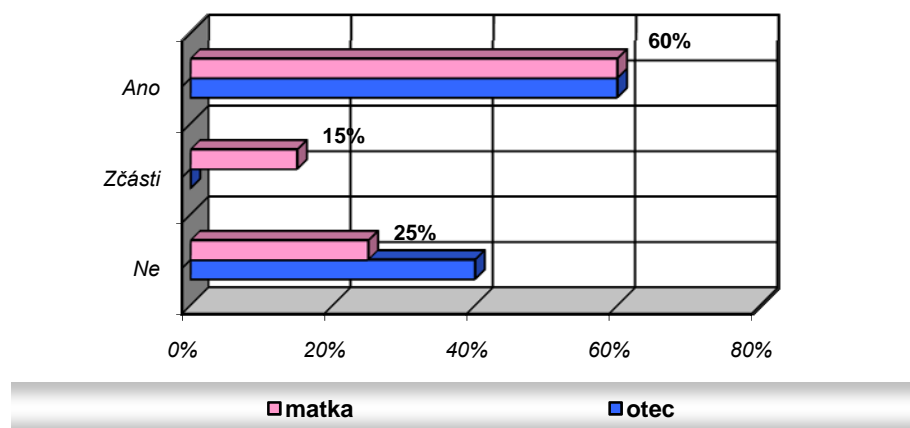
V případě otce se ve 13 případech objevilo ano (**65%**), zčásti 1 (**5%**) a ne zvolilo celkem 6 respondentů (**30%**). V případě matky se jednalo v případě ano jednalo o celkem 15 odpovědí (**75%**), zčásti nikdo (**0%**) a možnost ne zvolilo celkem 5 respondentů (**25%**) - viz *graf 9*.

Graf 10 - Položka č. 8 Dotazníku způsoby výchovy v rodině: Velmi málo kontroloval(a) splnění příkazů a dodržování zákazů; n=20



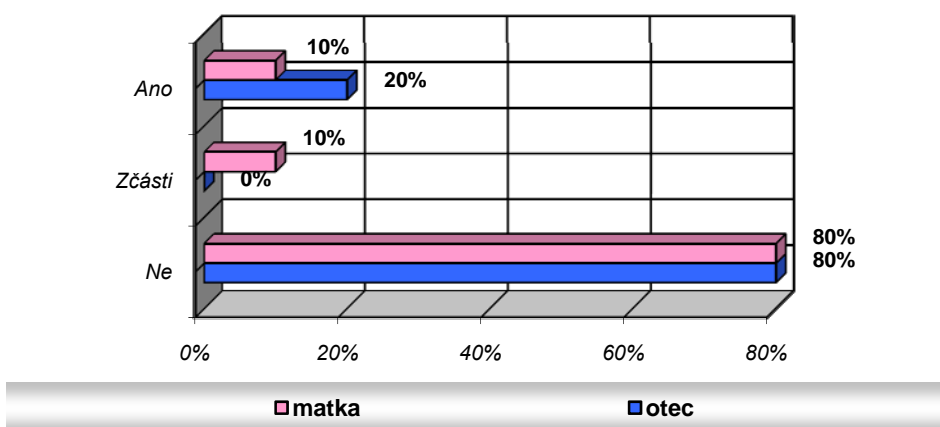
Z výsledků, jež vzešly ze získaných odpovědí vyplývá, že v případě otce možnost ano zvolilo 7 respondentů (**35%**), zčásti zvolil 1 respondent (**5%**) pro možnost ne se rozhodlo celkem 12 respondentů (**60%**). U matky se pro ano rozhodlo celkem 11 respondentů (**55%**), zčásti pak 2 respondenti (**10%**) a ne označilo celkem 7 respondentů (**35%**) - viz graf 10.

Graf 11 - Položka č. 9 Dotazníku způsoby výchovy v rodině: Považoval(a) za důležité vše, co mne zajímalo a co jsem měl(a) rád(a); n=20



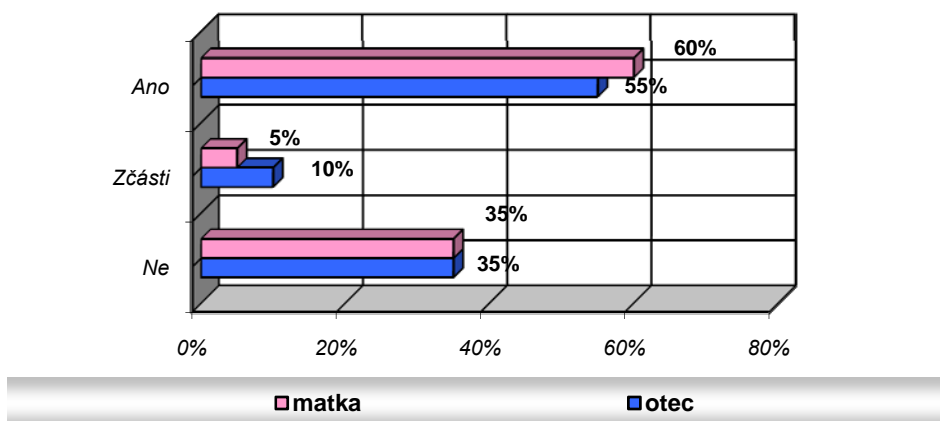
V případě otce se pro možnost ano rozhodlo celkem 12 respondentů (**60%**), zčásti žádný respondent (**0%**) a pro odpověď ne se rozhodlo celkově 8 respondentů (**40%**). V případě matky se v případě ano jedná shodně o 12 respondentů (**60%**), zčásti pouze 3 (**15%**) a pro odpověď ne se rozhodlo celkově 5 respondentů (**25%**) - viz graf 11.

Graf 12 - Položka č. 10 Dotazníku způsoby výchovy v rodině: Říkal(a) mi, že jsem nevděčný syn (nevděčná dcera); n=20



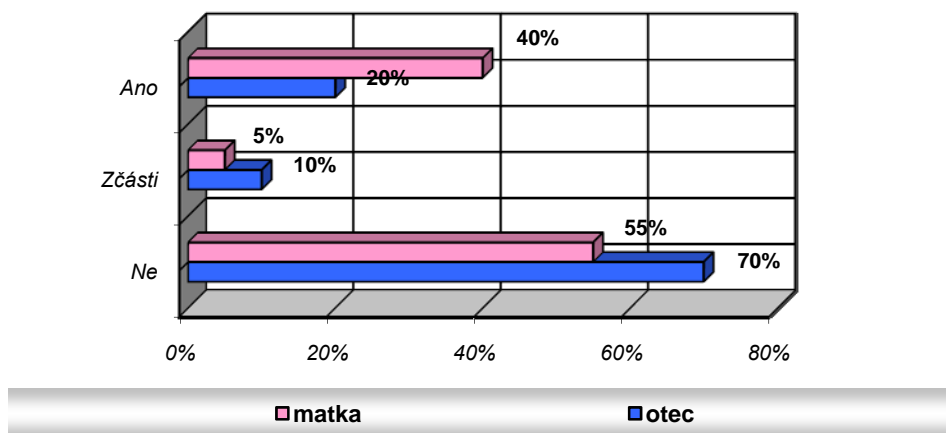
V případě otce se pro odpověď ano rozhodli celkem 4 respondenti (**20%**), zčásti žádný (**0%**), a odpověď ne označilo celkem 16 respondentů (**80%**). V případě matky jsou odpovědi obdobné a to možnost ano zvolili celkem 2 respondenti (**10%**), možnost zčásti celkem 2 respondenti (**10%**) a ne stejně jako u otce 16 respondentů (**80%**) - viz **graf 12**.

Graf 13 - Položka č. 11 Dotazníku způsoby výchovy v rodině: Očekával(a), že vždy okamžitě poslechnu; n=20



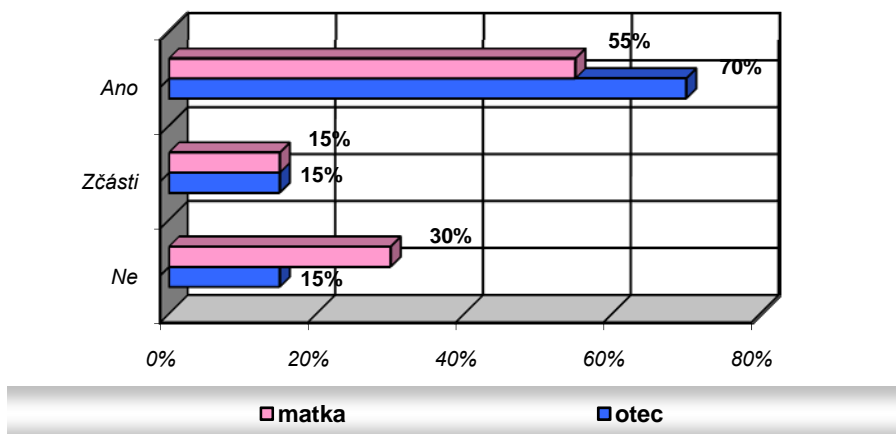
V případě otce možnost ano označilo celkem 11 respondentů (**55%**), možnost zčásti pouze 2 respondenti (**10%**) a možnost ne zvolilo celkem 7 respondentů (**35%**). V případě matky se pro možnost ano rozhodlo celkem 12 respondentů (**60%**), možnost zčásti pak pouze 1 respondent (**5%**) a možnost ne zvolilo stejně jako u otce, tj. 7 respondentů (**35%**) - viz **graf 13**.

Graf 14 - Položka č. 12 Dotazníku způsoby výchovy v rodině: Často se mi podařilo umluvit ho (jí) a tak se vyhnout povinnosti nebo trestu; n=20



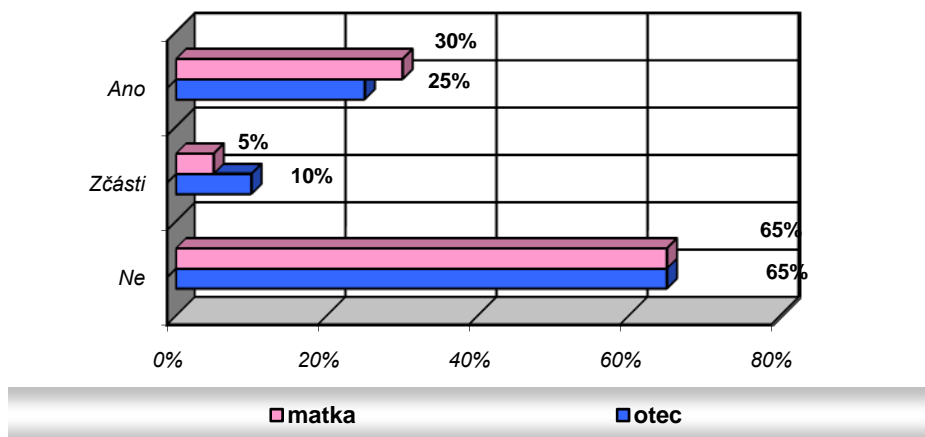
V případě otce se pro možnost ano rozhodli 4 respondenti (**20%**), zčásti pak 2 respondenti (**10%**) a ne celých 14 respondentů (**70%**). V případě matky se jednalo zejména o obdobné výsledky, jež jsou na rozhraní. Pro ano se rozhodlo celkem 8 respondentů (**40%**), zčásti 1 respondent (**5%**) a ne posléze celých 11 respondentů (**55%**) - viz *graf 14*.

Graf 15 - Položka č. 13 Dotazníku způsoby výchovy v rodině: Bral(a) vážně mé názory a přání; n=20



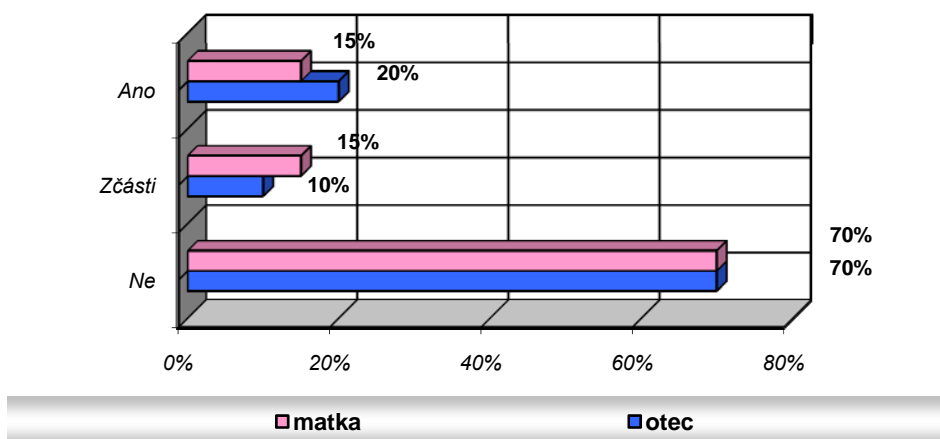
V případě otců se pro možnost ano rozhodlo celkem 14 respondentů (**70%**), zčásti pak jen 3 respondenti (**15%**) a ne označili také shodně jen 3 respondenti (**15%**). V případě matky možnost ano označilo celkem 11 respondentů (**55%**), možnost zčásti pak shodně jako v předchozím případě 3 respondenti (**15%**) a k možnosti ne se posléze přiklonilo celkem 6 respondentů (**30%**)- viz *graf 15*.

Graf 16 - Položka č. 14 Dotazníku způsoby výchovy v rodině: Říkal(a) často o některém dítěti nebo o mém sourozenci, že je lepší než já; n=20



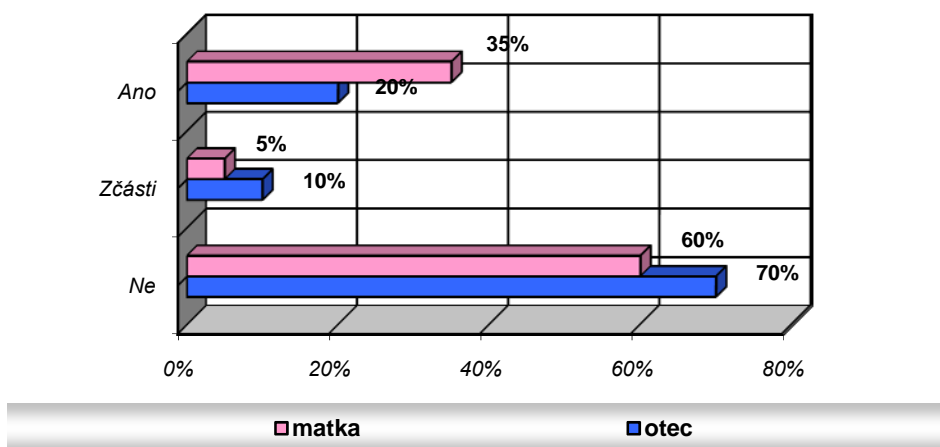
V případě otce se pro možnost ano rozhodlo celkem 5 respondentů (**25%**), možnost zčásti zvolili 2 respondenti (**10%**) a ne označilo celkem 13 respondentů (**65%**). V případě matky se pro možnost ano rozhodlo celkem 6 respondentů (**30%**), zčásti 1 respondent (**5%**) a možnost ne označilo 13 respondentů (**65%**) - viz *graf 16*.

Graf 17 - Položka č. 15 Dotazníku způsoby výchovy v rodině: Snažil(a) se rozhodovat za mne; n=20



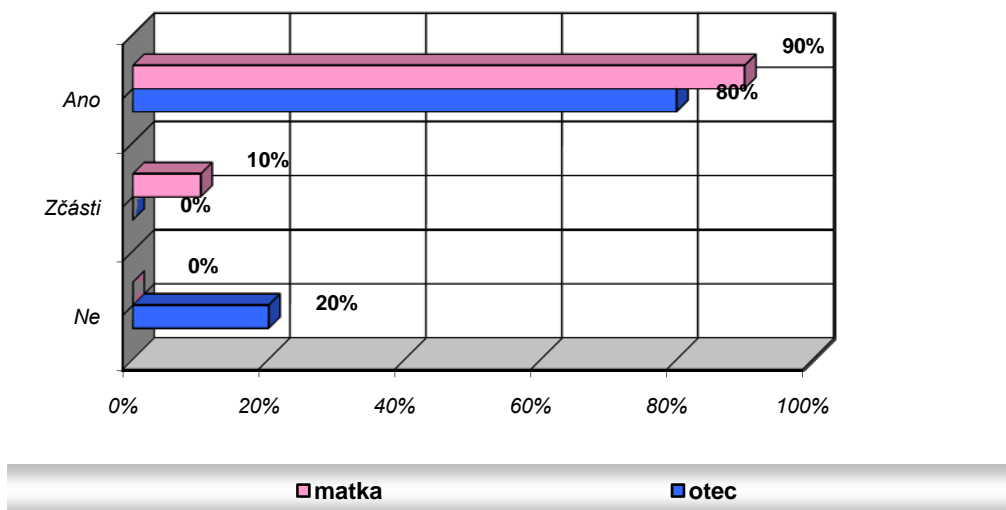
V případě otce se pro možnost ano rozhodli celkem 4 respondenti (**20%**), zčásti 2 respondenti (**10%**) a ne pak 14 respondentů (**70%**). V případě matky jsou u ano zaznamenány celkem 3 odpovědi (**15%**), zčásti stejně a to 3 respondenti (**15%**), a u ne 14 respondentů (**70%**) - viz *graf 17*.

Graf 18 - Položka č. 16 Dotazníku způsoby výchovy v rodině: Často jsem si mohl(a) dělat, co jsem chtěl(a); n=20



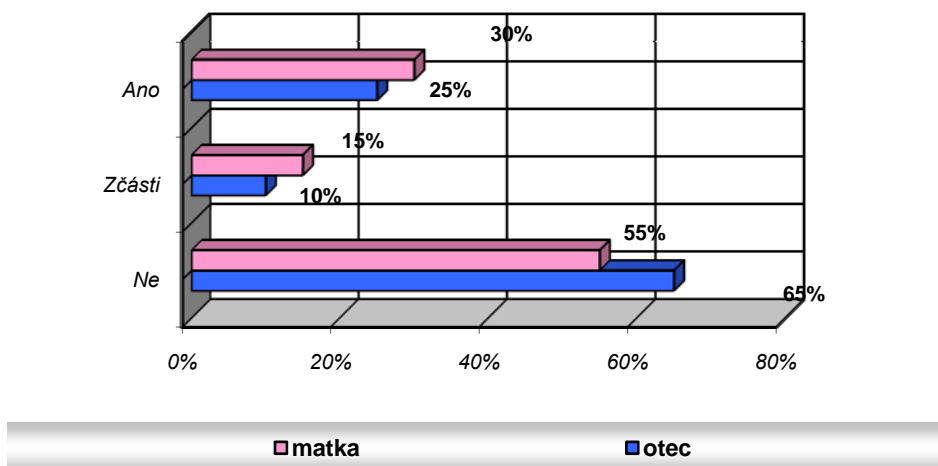
V případě otců se pro ano rozhodli celkem 4 respondenti (**20%**), zčásti pak 2 respondenti (**10%**) a možnost ne zvolilo 14 respondentů (**70%**). V případě matky se pro možnost ano rozhodlo 7 respondentů (**35%**), zčásti posléze 1 respondent (**5%**) a možnost ne zvolilo celkem 12 respondentů (**60%**). - viz *graf 18*.

Graf 19 - Položka č. 17 Dotazníku způsoby výchovy v rodině: Často jsme se spolu zasmáli a měli dobrou náladu; n=20



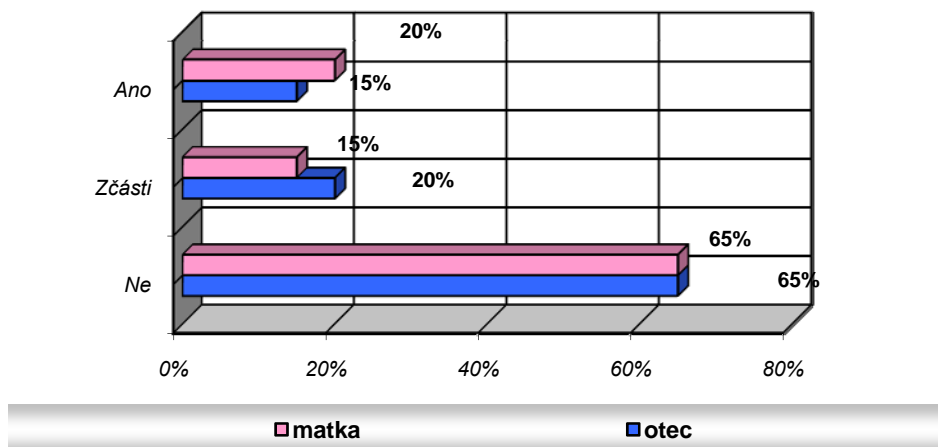
V případě otce se pro možnost ano rozhodlo celkem 16 respondentů (**80%**), možnost zčásti nevolili respondenti (**0%**) a ne označilo celkem 4 respondenti (**20%**). V případě matky se pro možnost ano rozhodlo celkem 18 respondentů (**90%**), zčásti 2 respondenti (**10%**) a možnost ne označil respondent (**0%**).- viz *graf 19*.

Graf 20 - Položka č. 18 Dotazníku způsoby výchovy v rodině: Choval(a) se ke mně chladně, málo přátelsky; n=20



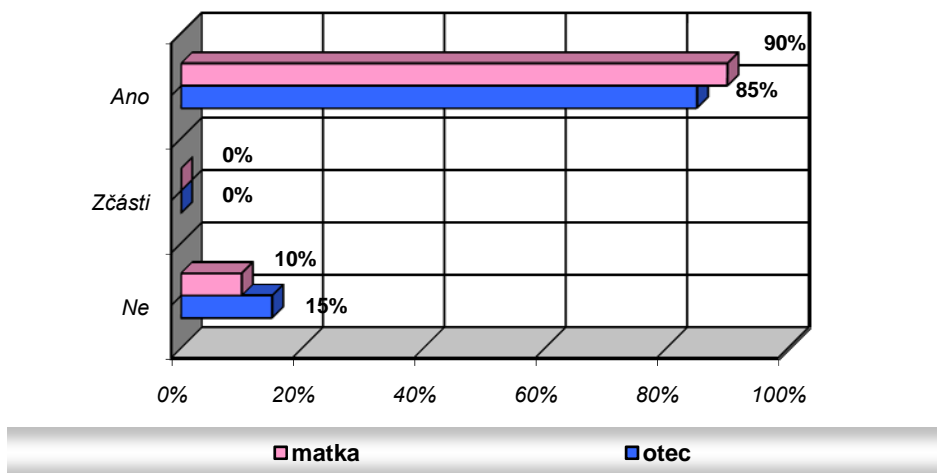
V případě otce se k ano přiklonilo celkem 5 respondentů (25%), zčásti 2 (10%) a ne 13 respondentů (65%). V případě matky ano zvolilo celkem 6 respondentů (30%), zčásti 3 (15%) a ne 11 (55%) - viz *graf 20*.

Graf 21 - Položka č. 19 Dotazníku způsoby výchovy v rodině: Stále mi něco přikazoval(a) a zakazoval(a); n=20



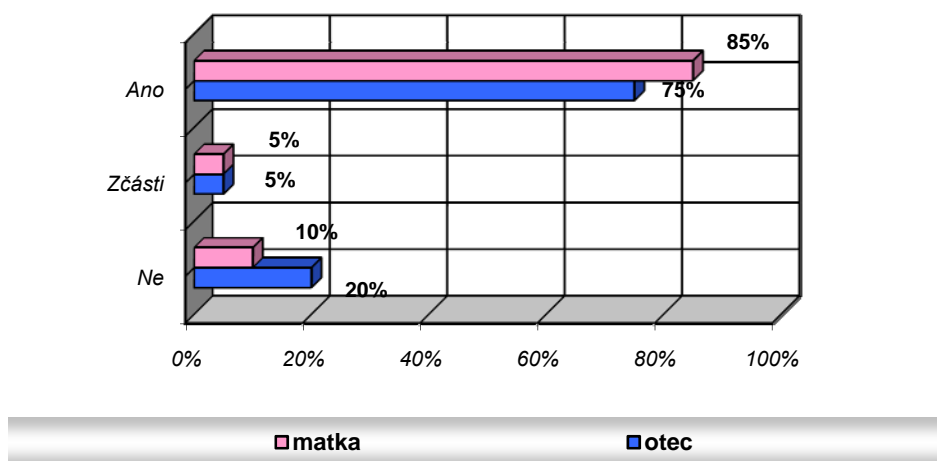
V případě otce se k možnosti ano připojili 3 respondenti (15%), zčásti 4 (20%) a ne 13 (65%). U matky ano zvolili 4 respondenti (20%), zčásti 3 (15%) a ne 13 (65%) - viz *graf 21*.

Graf 22 - Položka č. 20 Dotazníku způsoby výchovy v rodině: Byl ochoten (byla ochotna) zastávat se mne, když jsem něco neuměl(a) nebo provedla; n=20



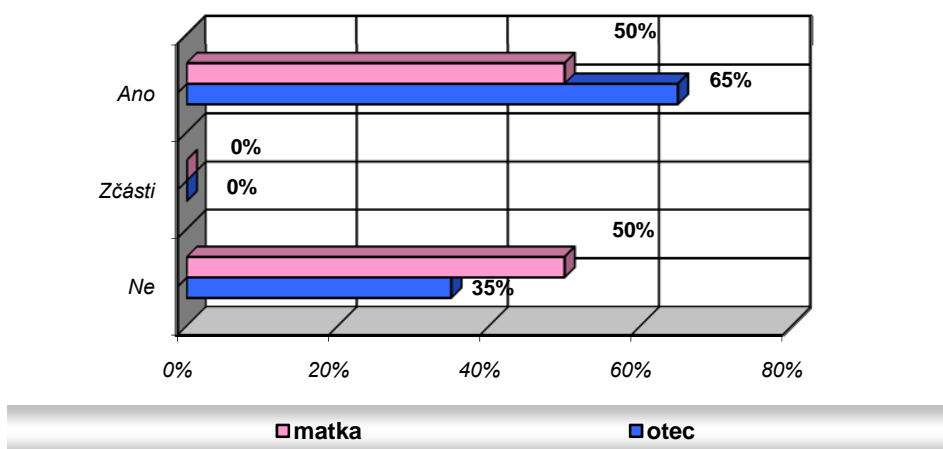
U otce se pro možnost ano rozhodlo 17 respondentů (**85%**), zčásti žádný respondent (**0%**) a ne označili 3 respondenti (**15%**). V případě matky se pro možnost ano rozhodlo celkem 18 respondentů (**90%**), zčásti žádný (**0%**) ne označili 2 respondenti (**10%**) - viz *graf 22*.

Graf 23 - Položka č. 21 Dotazníku způsoby výchovy v rodině: Když se mi něco nepovedlo, snažil(a) se mě povzbudit a pomoci mi; n=20



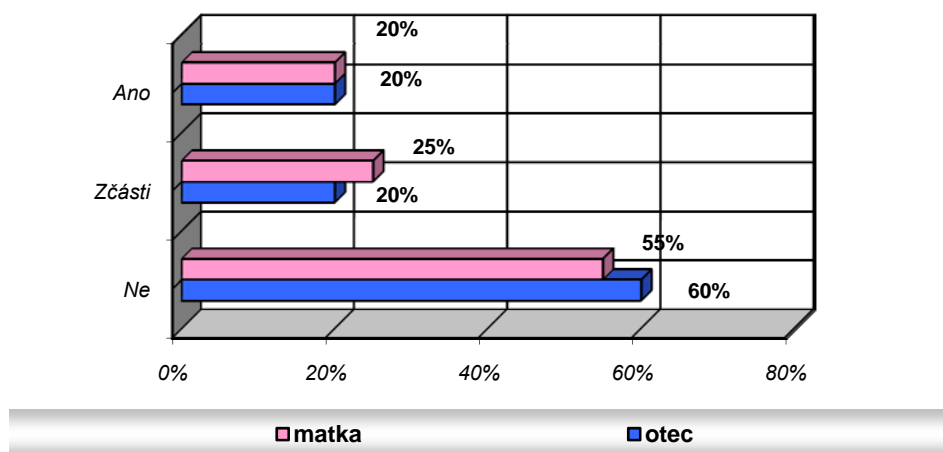
V případě otců se pro ano rozhodlo 15 respondentů (**75%**), zčásti 1 (**5%**) a možnost ne zvolili 4 respondenti (**20%**). V případě matky se pro možnost ano rozhodlo 17 respondentů (**85%**), zčásti 1 respondent (**5%**) a možnost ne zvolili celkem 2 respondenti (**10%**) - viz *graf 23*.

Graf 24 - Položka č. 22 Dotazníku způsoby výchovy v rodině: Připomínal(a) mi, jak se pro mne obětoval(a) a kolik toho pro mne učinil(a); n=20



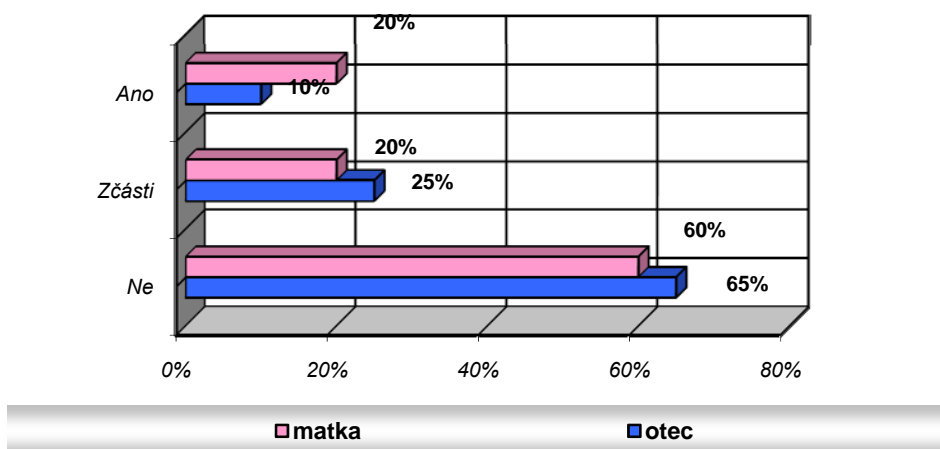
U otců se pro možnost ano rozhodlo 13 respondentů (**65%**), zčásti žádný (**0%**) a možnost ne zvolilo 7 respondentů (**35%**). V případě matky se pro možnost ano rozhodlo 10 respondentů (**50%**), zčásti opět nikdo (**0%**) a možnost ne zvolilo stejně 10 respondentů (**50%**) - viz *graf 24*.

Graf 25 - Položka č. 23 Dotazníku způsoby výchovy v rodině: Byl(a) ke mne velmi přísný(á); n=20



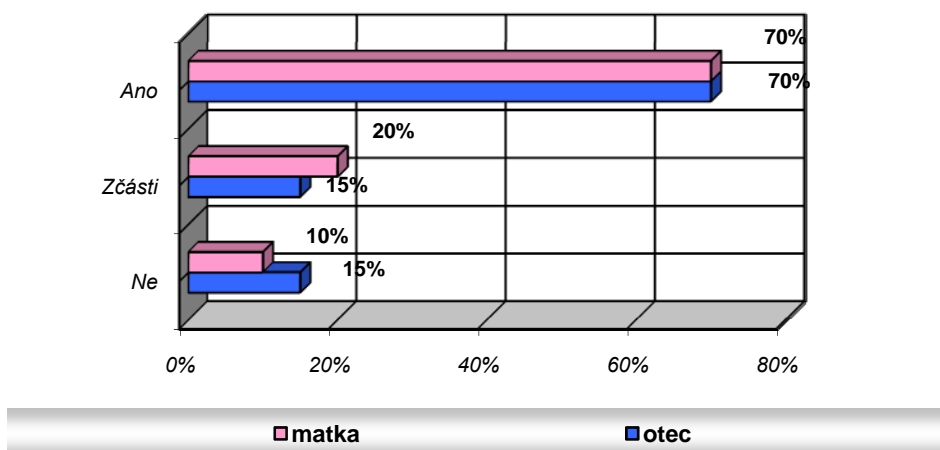
Respondenti se u otců pro ano rozhodli ve 4 případech (**20%**), zčásti pak 4 respondenti (**20%**) a možnost ne zvolilo 12 respondentů (**55%**). V případě matky se pro možnost ano rozhodlo 4 respondentů (**20%**), zčásti posléze 5 respondent (**25%**) a možnost ne zvolilo celkem 11 respondentů (**55%**) - viz *graf 25*.

Graf 26 - Položka č. 24 Dotazníku způsoby výchovy v rodině: Nechal(a) mě chodit, kam se mi líbí; n=20



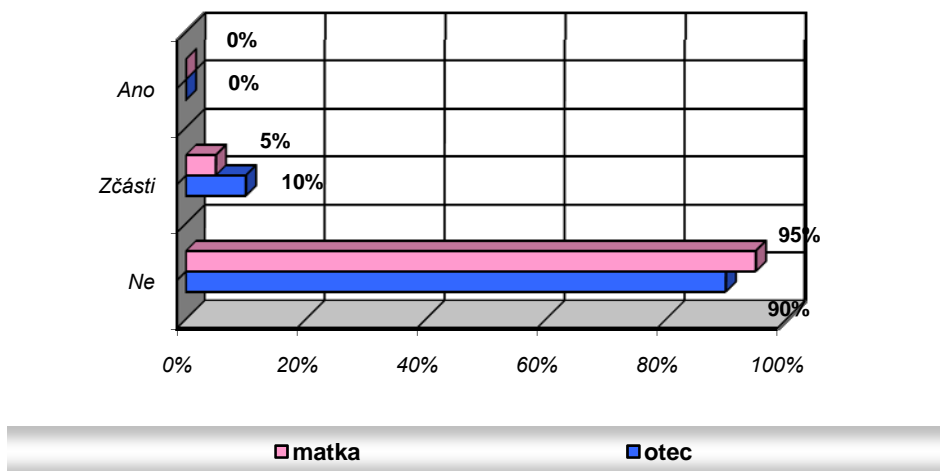
Ano u otce označili 2 respondenti (10%), zčásti 5 respondentů (25%) a ne 13 respondentů (65%). U matky ano označili 4 (20%), zčásti také 4 (20%) a ne pak označilo 12 respondentů (60%) - viz *graf 26*.

Graf 27 - Položka č. 25 Dotazníku způsoby výchovy v rodině: Bylo pro mne příjemné dělat s ním (s ní) společně nějakou práci; n=20



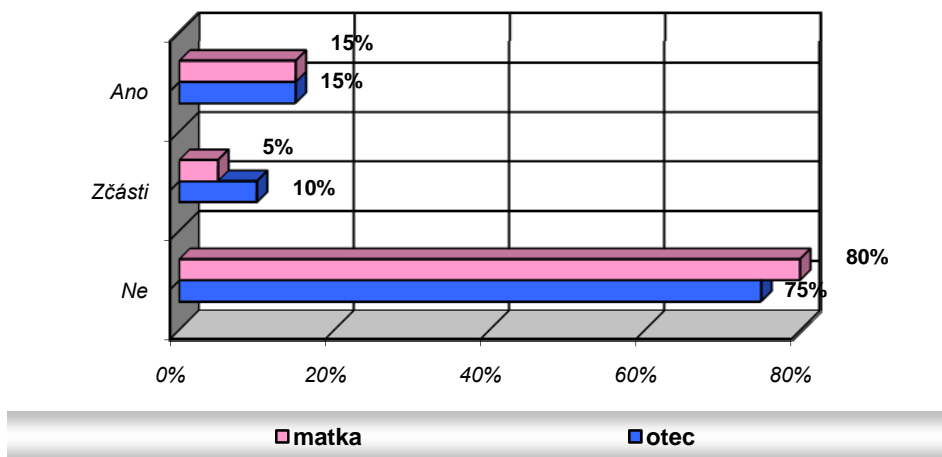
V případě otců se pro ano rozhodli celkem 14 respondentů (70%), zčásti pak 3 respondenti (15%) a možnost ne zvolili 3 respondenti (15%). V případě matky se pro možnost ano rozhodlo 14 respondentů (70%), zčásti posléze 4 respondenti (20%) a možnost ne zvolili celkem 2 respondenti (10%) - viz *graf 27*.

Graf 28 - Položka č. 26 Dotazníku způsoby výchovy v rodině: Stěžoval(a) si na mne; n=20



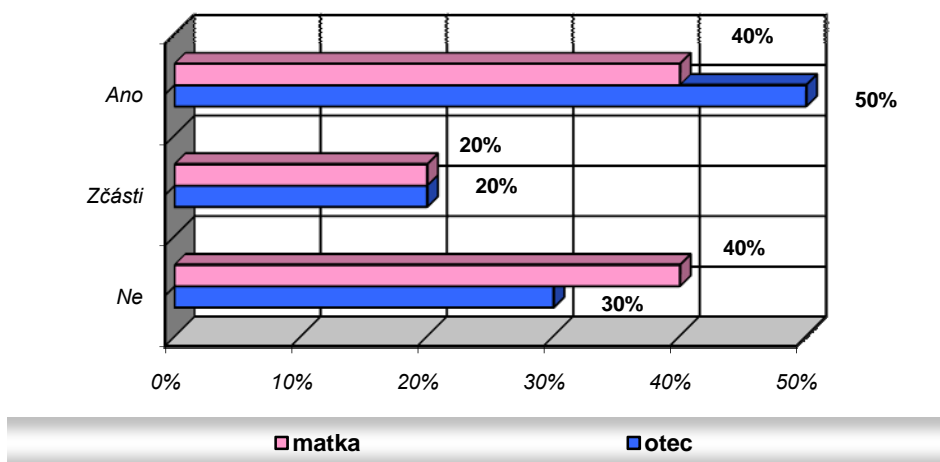
U otce se pro možnost ano nerozhodl nikdo (0%), zčásti 2 respondenti (10%) a ne označilo 18 respondentů (90%). V případě matky se pro možnost ano rozhodlo celkem 19 respondentů (95%), zčásti 1 (5%) a ne neoznačil nikdo (0%) - viz *graf 28*.

Graf 29 - Položka č. 27 Dotazníku způsoby výchovy v rodině: Často mluvil(a) o mých chybách; n=20



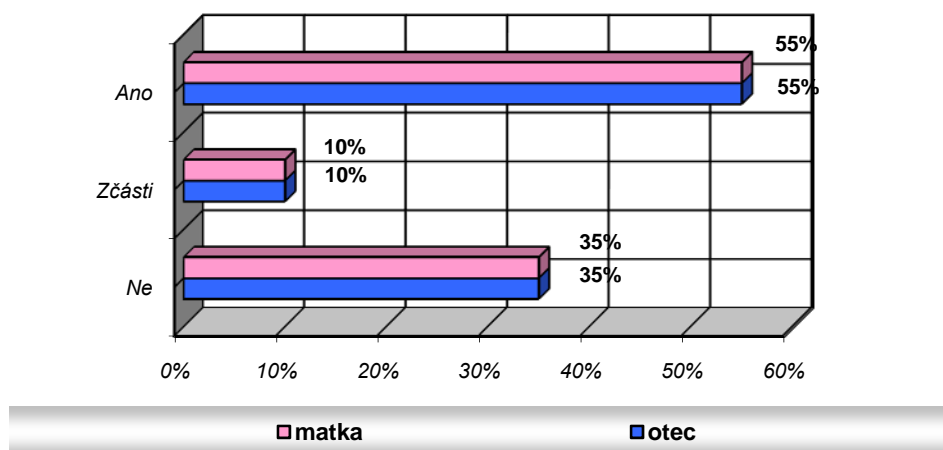
Ano u otce označili 3 respondenti (15%), zčásti 2 respondenti (10%) a ne 15 respondentů (75%). U matky ano označili 3 (15%), zčásti 1 (5%) a ne pak označilo 16 respondentů (80%) - viz *graf 29*.

Graf 30 - Položka č.28 Dotazníku způsoby výchovy v rodině: Dával(a) mi hodně dárků nebo peněz; n=20



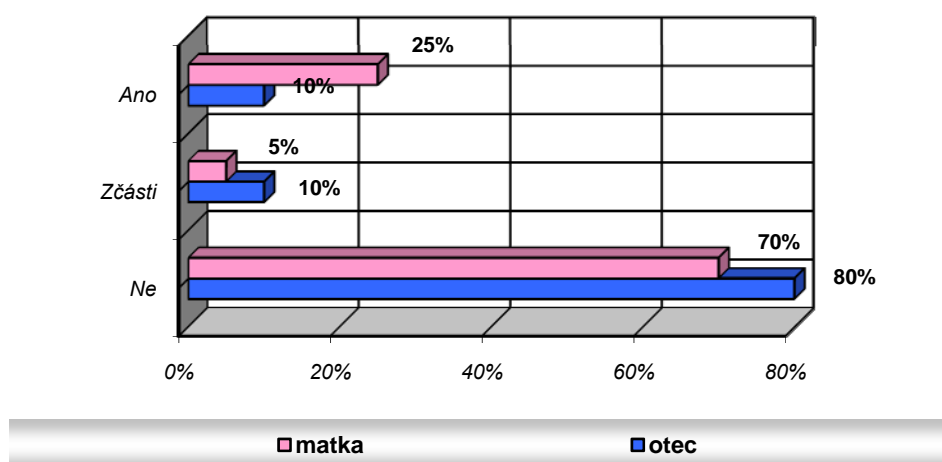
V případě otců se pro ano rozhodlo 10 respondentů (**50%**), zčásti 4 (**20%**) a možnost ne zvolilo 6 respondentů (**30%**). V případě matky se pro možnost ano rozhodlo 8 respondentů (**40%**), zčásti 4 respondenti (**20%**) a možnost ne zvolili celkem 8 respondenti (**40%**) - viz *graf 30*.

Graf 31 - Položka č. 29 Dotazníku způsoby výchovy v rodině: Když se u nás doma uvažovalo o tom, co dělat v neděli nebo o dovolené, nebo co koupit, bral(a) ohled na moje návrhy a přání; n=20



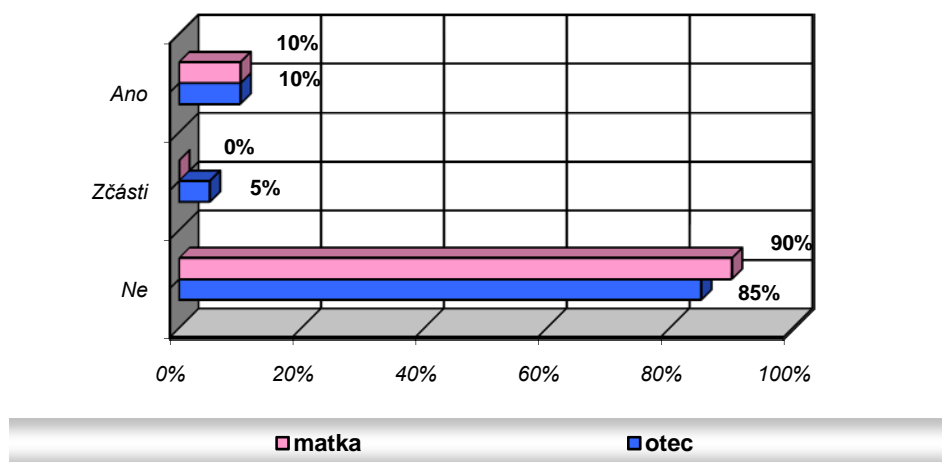
V rámci výsledků se tento fakt jen potvrdil. V případě otce se k ano připojilo 11 respondentů (**55%**), zčásti 2 (**10%**) a ne 7 (**35%**). U matky ano zvolilo 11 respondentů (**55%**), zčásti 2 (**10%**) a ne 7 (**35%**) - viz *graf 31*.

Graf 32 - Položka č. 30 Dotazníku způsoby výchovy v rodině: Často na mne křičel(a) a rozčiloval(a) se; n=20



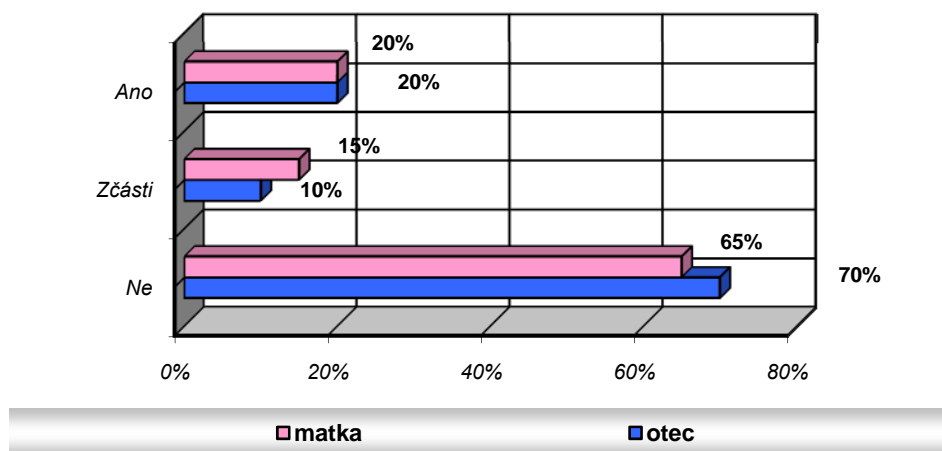
Ano byla u otce označena ve 2 případech (10%), zčásti 2 (10%) a ne označilo 16 respondentů (80%). V případě matky byla odpověď ano byla zatržena v 5 případech (25%), zčásti 1 (5%) a ne 14 (70%) - viz *graf 32*.

Graf 33 – Položka č. 31 Dotazníku způsoby výchovy v rodině: Přísně mě trestala; n=20



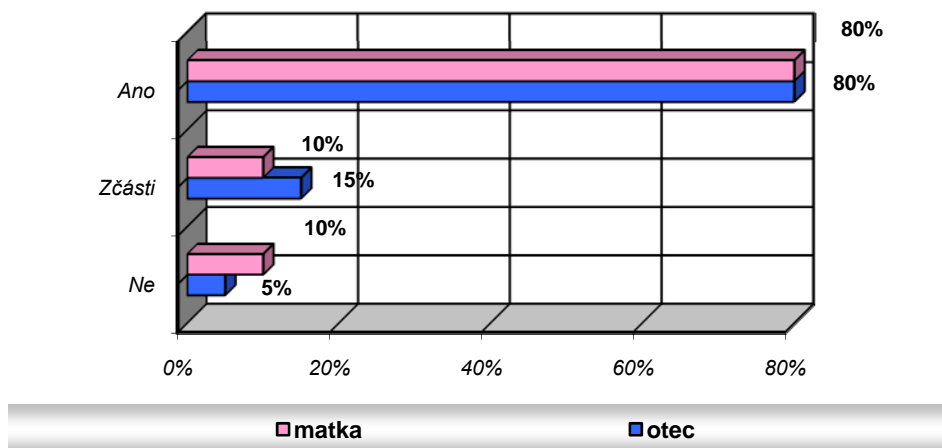
U otce se pro možnost ano rozhodli celkem 2 respondenti (10%), zčásti 1 respondent (5%) a ne označilo 17 respondentů (85%). V případě matky se pro možnost ano rozhodli 2 respondenti (10%), zčásti nikdo (0%) a ne označilo celých 18 respondentů (90%) - viz *graf 33*.

Graf 34 - Položka č. 32 Dotazníku způsoby výchovy v rodině: Nechal(a) mě, abych chodil(a) k jídlu a spát v takovou dobu, kdy mi to vyhovovalo; n=20



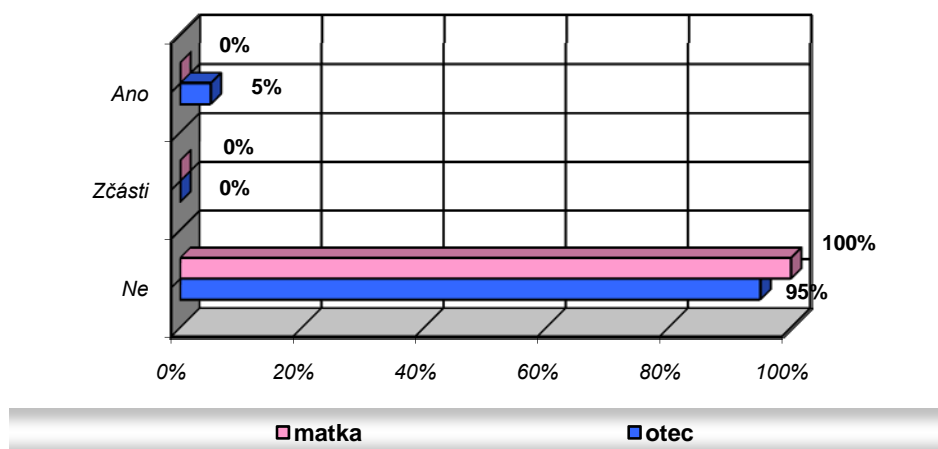
Možnost ano u otce označili 4 (20%), zčásti 2 (10%) a ne 14 respondentů (70%). U matky označili ano pouze 4 respondentů (20%), zčásti 3 (15%) a ne 13 (65%) - viz *graf 34*.

Graf 35 - Položka č. 33 Dotazníku způsoby výchovy v rodině: Důvěřoval(a) mi; n=20



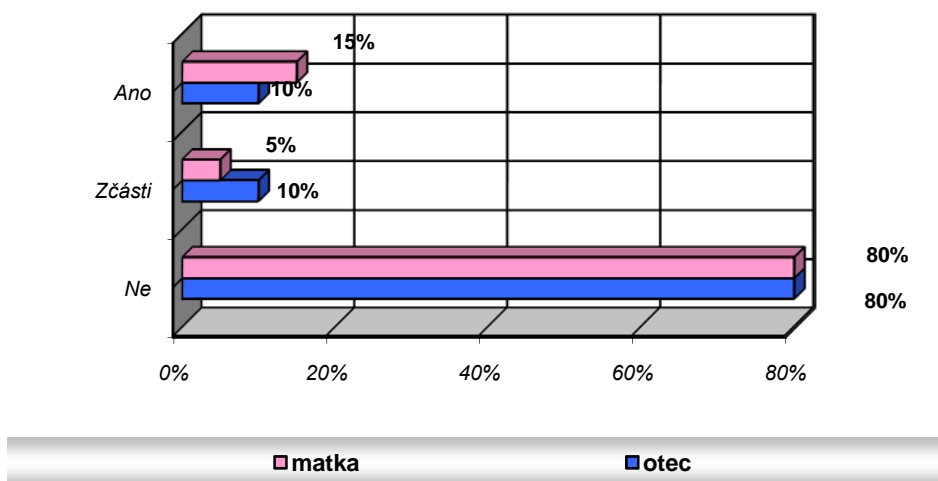
K ano se u otce přiklonilo 16 respondentů (80%), zčásti 3 (15%) a ne 1 (5%). U matky bylo ano označeno ano v 16 případech (80%), zčásti 2 (10%) a ne 2 (10%) - viz *graf 35*.

Graf 36 - Položka č. 34 Dotazníku způsoby výchovy v rodině: Zesměšňoval(a) mé názory; n=20



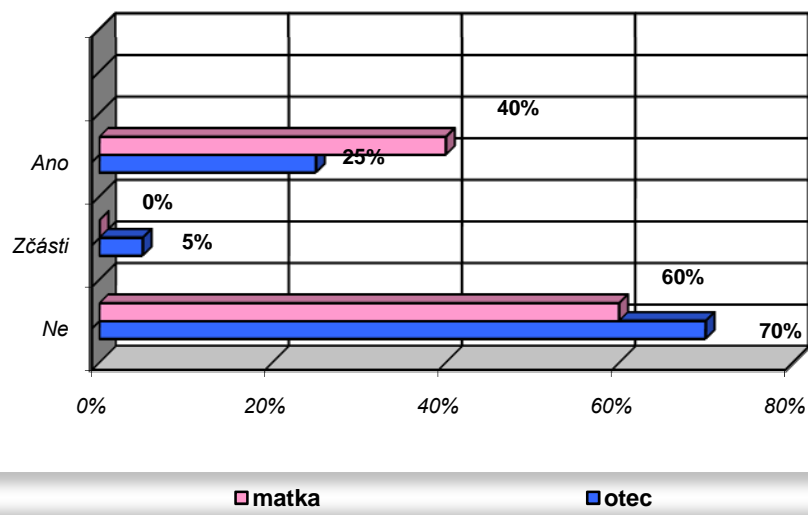
Pro ano se u otce rozhodl 1 respondent (**5%**), z části nikdo (**0%**) a ne pak bylo označeno v 19 případech (**95%**). Matka má obdobné výsledky a to zejména ano nebylo označeno vůbec (**0%**), zčásti také žádné označení (**0%**) a ne bylo označeno všemi respondenty, tj. 20 (**100%**) - viz *graf 36*.

Graf 37 - Položka č. 35 Dotazníku způsoby výchovy v rodině: Zakazoval(a) mi běhat venku s dětmi, a dělat to, co ostatní děti; n=20



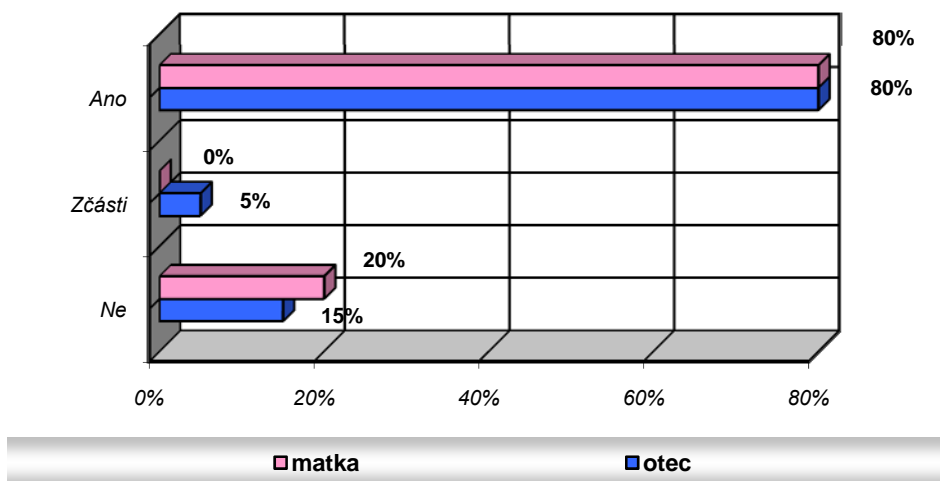
K možnosti ano se u otce přiklonili 2 respondenti (**10%**), zčásti také 2 (**10%**) a ne zvolilo následně 16 respondentů (**80%**). Ano bylo u matky označeno ve 3 případech (**15%**), zčásti 1 (**5%**) a ne bylo označeno v 16 případech (**80%**) - viz *graf 37*.

Graf 38 - Položka č. 36 Dotazníku způsoby výchovy v rodině: Omlouval(a) a chránil(a) mě, když mě druhý z rodičů huboval a chtěl mě potrestat; n=20



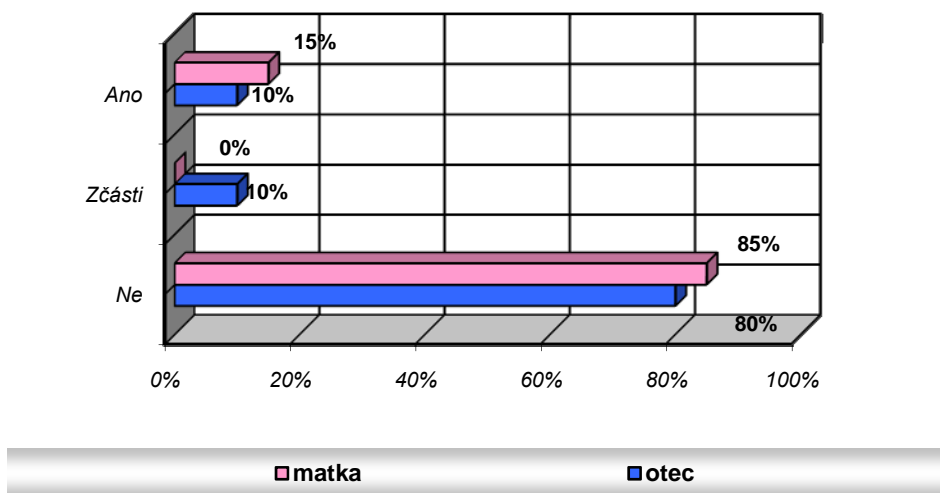
U otců byla u možnosti ano zaškrtnuta 5 (**25%**), zčásti 1 (**5%**) a ne byla 14 (**70%**). V případě matky byla možnost ano označena 8 (**40%**), zčásti v žádném případě (**0%**) a ne byla označena 12 (**60%**) - viz *graf 38*.

Graf 39 - Položka č. 37 Dotazníku způsoby výchovy v rodině: Když ve volném čase něco podnikl(a) společně se mnou, působilo mu (jí) to radost; n=20



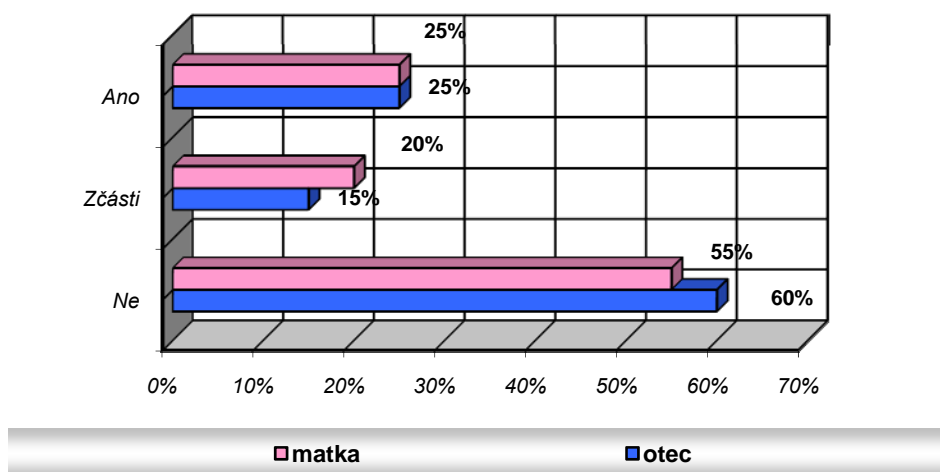
Možnost ano byla v případě otce označena celkem 16 (**80%**), zčásti 1 (**5%**) a v případě ne 3 (**15%**). U matky se v 16 případech objevilo shodně ano (**80%**), zčásti v žádném z případů (**0%**) a ne bylo označeno celkem 4 (**20%**) - viz *graf 39*.

Graf 40 - Položka č. 38 Dotazníku způsoby výchovy v rodině: Stále mě z něčeho podezíral(a); n=20



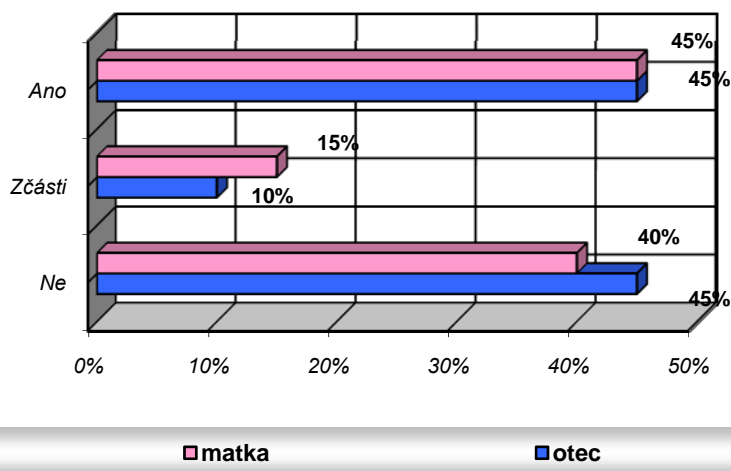
U otce bylo ano označeno celkem 2 (**10%**), zčásti 2 (**10%**) a ne bylo označeno 16 (**80%**). V případě matky pak 3 ano (**15%**), zčásti v žádném z případů (**0%**) a ne posléze 17 (**85%**) - viz *graf 40*.

Graf 41 - Položka č. 39 Dotazníku způsoby výchovy v rodině: Přísně požadoval(a), abych měl(a) jen nejlepší školní prospěch; n=20



Ano bylo označeno v případě otce celkem 5 (**25%**), zčásti 3 (**15%**) a ne 12 (**60%**). U matky pak ano bylo označeno 5 (**25%**), zčásti 4 (**20%**) a ne 11 (**55%**) - viz *graf 41*.

Graf 42 - Položka č. 40 Dotazníku způsoby výchovy v rodině: Spokojil(a) se s mou výmluvou i když šlo o něco vážného; n=20



Respondenti v případě otců označili případ ano 9 (45%), zčásti 2 (10%) a ne 9 (45%). V případě matek tomu bylo u ano v 9 případech (45%), zčásti pak 3 (15%) a ne v 8 případech (40%) - viz *graf 42*.

Výsledky emočního vztahu a řízení otce/matky/rodiny

Tabulka 4 – Výsledky emočního vztahu otce

Emoční vztah otce		
	počet	%
Záporný	15	75
Střední	2	10
Kladný	2	10
Extrémně kladný	1	5
Celkem	20	100

V případě otců vzešel záporný vztah v 15 případech (75%), střední 2 (10%), kladný (10%), extrémně kladný 1 (5%)- viz *tabulka 4*.

Tabulka 5 – Výsledky řízení otce

Řízení otce		
	počet	%
Silné	7	35
Střední	3	15
Slabé	5	25
Rozporné	5	25
Celkem	20	100

V případě otce silné řízení vzešlo v 7 případech (35%), střední 3 (15%), slabé 5 (25%), rozporné 5 (25%)- viz *tabulka 5*.

Tabulka 6 – Výsledky emočního vztahu matky

Emoční vztah matky		
	počet	%
Záporný	15	75
Střední	1	5
Kladný	3	15
Extrémně kladný	1	5
Celkem	20	100

V případě matky vzešel záporný vztah v 15 případech (75%), střední 1 (5%), kladný 3 (15%), extrémně kladný 1 (5%)- viz *tabulka 6*.

Tabulka 7 – Výsledky řízení matky

Řízení matky		
	počet	%
Silné	4	20
Střední	4	20
Slabé	7	35
Rozporné	5	25
Celkem	20	100

V případě matky silné řízení vzešlo ve 4 případech (20%), střední 4 (20%), slabé 7 (35%), rozporné 5 (25%)- viz *tabulka 7*.

Tabulka 8 – Výsledky emočního vztahu v rodině jako celku

Emoční vztah v rodině jako celku		
	počet	%
Záporný	14	70
Záporně-kladný	3	15
Kladný	2	10
Extrémně kladný	1	5
Celkem	20	100

V případě rodiny vzešla možnost záporný vztah v 14 případech (**70%**), záporně-kladný 3 (**15%**), kladný 2 (**10%**), extrémně kladný 1 (**5%**)- viz *tabulka 8*.

Tabulka 9 – Výsledky řízení v rodině jako celku

Řízení v rodině jako celku		
	počet	%
Silné	4	20
Střední	3	15
Slabé	4	20
Rozporné	9	45
Celkem	20	100

V případě rodiny vzešlo silné řízení ve 4 případech (**20%**), střední 3 (**15%**), slabé 4 (**20%**), rozporné 9 (**45%**)- viz *tabulka 9*.

Výsledky dotazníku o určení způsobu výchovy o rodině

Tabulka 10 – Výsledky dotazníku o způsobu výchovy v rodině

Výchovný styl	Počet	%
1	7	35
2	2	10
3	5	25
4	0	0
5	1	5
6	0	0
7	2	10
8	0	0
9	3	15
Celkem	20	100

Pro zjištění jednotlivých stylů výchovy byla ve výzkumné části použita tabulka četnosti. Výše uvedená tabulka obsahuje zastoupení jednotlivých výchovných stylů rodičů, jež byly účastny výzkumného souboru.

Jak je patné, tak nejčastějším výchovným stylem je **výchovný styl 1 (autokratická neboli patriarchální výchova)** a to celkem v 7 případech (**35% zastoupení**), téměř obdobný výsledek vzešel z **výchovného stylu 3 (pesimální forma výchovy)** a to celkem v 5 případech (**25% zastoupení**).

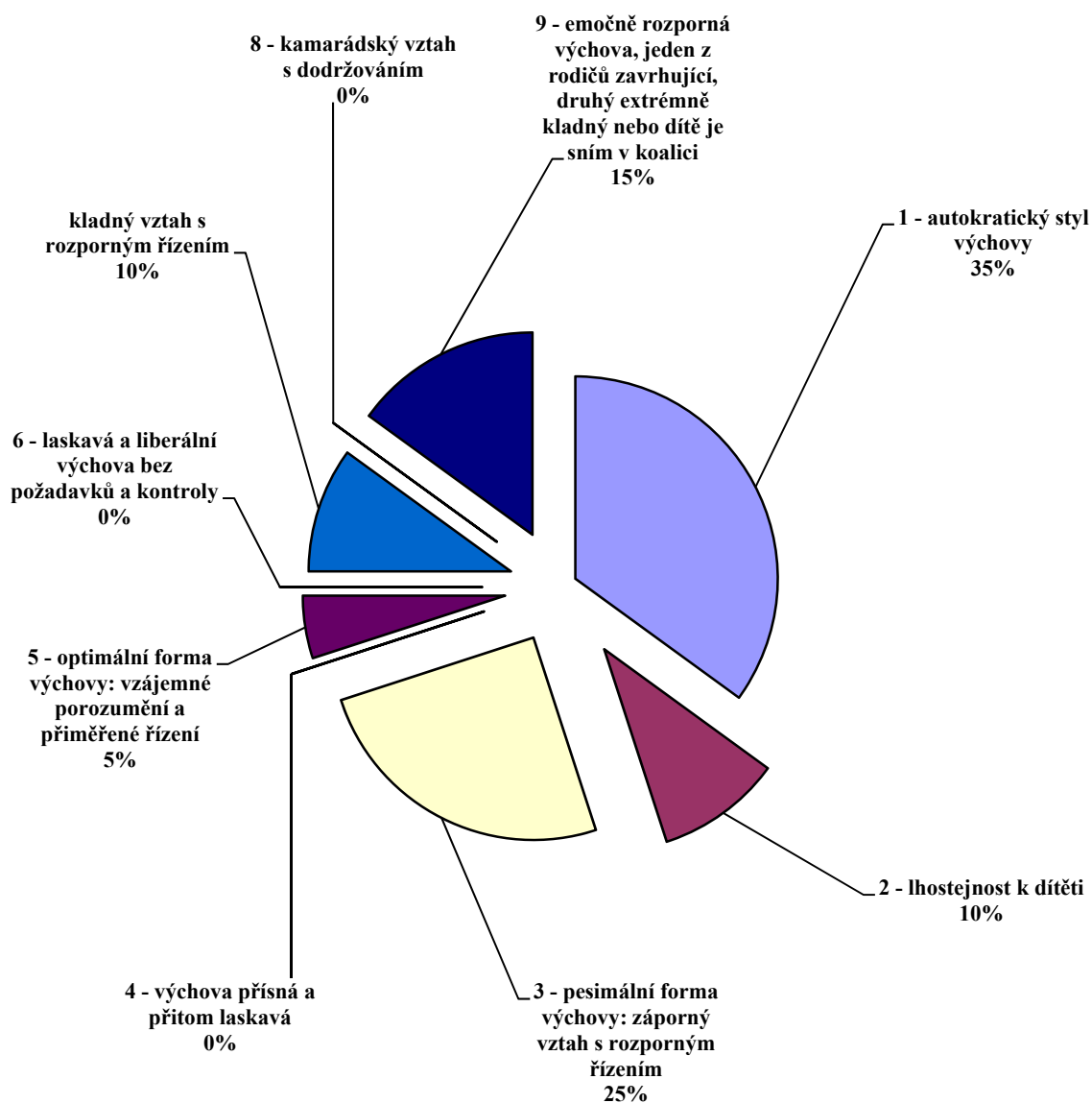
Ostatní formy výchovy mají vyvážené výsledky, které se pohybují od 5 – 15% zastoupení. Jedná se především o **výchovný styl 9 (emočně záporná výchova)**, který byl označen ve 3 případech (**15% zastoupení**). Dále mají stejné hodnoty **výchovné styly 2 (lhostejnost k dítěti)** ve 2 případech (**10% zastoupení**) a **výchovný styl 7 (kladný vztah s rozporným řízením)** ve 2 případech (**10% zastoupení**).

Na posledním místě se objevil **výchovný styl 5 (optimální forma výchovy)** v 1 případě (**5% zastoupení**).

Výchovný styl 4 (výchova přísná), výchovný styl 6 (laskavá a liberální výchova bez požadavků a kontroly), výchovný styl 8 (kamarádský vztah s dodržováním) se ve výzkumu neobjevila.

Graf 43 – Výsledky dotazníku o způsobu výchovy v rodině

Způsoby výchovy v rodině



7. Diskuze

Nejčastější formou výchovy byla výchova autokratická, neboli také patriarchální (pole 1) Tato výchova se objevila v 7 případech (35%), přičemž pro tento způsob výchovy je typický záporný emoční vztah k dítěti a silné nebo střední výchovné řízení. Tento typ výchovy je značně nepříznivým výchovným stylem, který může vést k psychickým problémům jedince. V tomto typu výchovy je dále postrádána podpora dítěte, pochvala a uznání. Druhou nejčastější formou výchovy se ukázala výchova pesimální (pole 3). Tato výchova se objevila u celkem 5 případů (25%) která je charakteristická pro záporný emoční vztah rodičů k dítěti a následně také rozporným výchovným řízením. Tato forma výchovy se vyznačuje hlavně zvýšenou labilitou dítěte a výchova v takovém prostředí není vhodná, vzhledem k tomu, že tato výchova je málo vytrvalá, nesvědomitá a jak je již zmíněno výše je labilní. Výchova emočně záporná (pole 9) byla patrna u 3 případů (15%). Je charakteristická kombinací záporného emočního vztahu jednoho z rodičů a extrémně kladného emočního vztahu druhého rodiče. V případě této výchovy není rozlišena míra výchovného řízení a může působit na dítě rozporně. Stejnými výsledky byla vyjádřena výchova liberální spojená s nezájemem o dítě (pole 2) a byla vyjádřena ve 2 případech (10%) a výchova s kladným vztahem s rozporným řízením (pole 7) a prokázala se také ve 2 případech (10%). Výchova liberální je způsob výchovy, který je charakteristický nezájemem a lhostejností k dítěti. Je patrné, že jsou zde nedostatečné kladné emoce a empatie. Oproti tomu výchova s kladným vztahem s rozporným řízením je charakteristická spojením příznivého emočního klimatu a následně přátelského vztahu rodičů s výchovným řízením od přísného až po volnost. Výchovný styl s optimální formou výchovy (pole 5) byla vyjádřena pouze v 1 z případů a to v (5%). Tato výchova je charakteristická partnerským a rovnocenným vztahem mezi dítětem a rodiči a tento způsob výchovy je demokratický a přátelský. Je optimální formou výchovy. Výchovný styl 4 (výchova přísná), výchovný styl 6 (laskavá a liberální výchova bez požadavků a kontroly), výchovný styl 8 (kamarádský vztah s dodržováním) se ve výzkumu neobjevila.

Vzhledem k získaným výsledkům se nedá jednoznačně stanovit jediná forma výchovy, která by výrazně převyšovala nad ostatními a která by přesně vystihovala zvolený výzkumný soubor.

Závěr

Výchova mentálně postiženého dítěte představuje obrovskou zátěž nejen pro rodinu samotnou, ale také pro blízké okolí, jež se o tyto jedince stará. Mentálně postižené děti a jedinci vůbec tvoří jednu z nepočetnějších skupin mezi postiženými. Tato skutečnost platí jak v České republice, tak i v celosvětovém měřítku.

Osoby s mentálním postižením jsou podle svého stupně postižení buď částečně nebo zcela, závislí na pomoci jiných osob. V roce 1992 definovalo UNESCO mentální retardaci následovně: „Mentální retardace není nemoc, je to spíše stav, charakterizovaný celkovým snížením intelektových schopností, který vzniká v průběhu vývoje jedince a je obvykle provázen poruchami adaptace, to je nižší schopností orientovat se v životním prostředí. Nedostatek v adaptaci na prostředí souvisí také se zpomaleným, zaostávajícím vývojem, s omezenými možnostmi vzdělávání a s nedostatečnou sociální přizpůsobivostí“.

Je projevem vyspělosti společnosti, jak se dokáže efektivně postarat o osoby s mentálním postižením, jak je dokáže zapojit do života, připravovat je podle jejich schopností na pracovní uplatnění, doplňovat vzdělání podle stupně mentálního postižení. Jak je dokáže připravit na samostatný život a také na to, aby se naučily využívat volný čas a měly radost z toho, co prožívají. Mentálně postižení lidé jsou velmi citliví, dokáží se radovat z maličností, ale na druhou stranu jejich onemocnění vyžaduje nezměrnou péči rodičů, pracovníků v ústavech, lékařů a dalších osob.

Každý člověk je svým způsobem jedinečný a vůbec nezáleží na tom, jestli je zdravý a nebo nemocný. Zdravý člověk si většinou poradí sám, mentálně postižená osoba potřebuje pomoc zpravidla ve všem. Pokud se jedná o jedince s menším postižením, jsou schopni se hodně naučit, mají radost z toho, co se jim povede. Jsou často velmi bezprostřední, ale o to jsou více zranitelní, protože jsou někdy naivní – chybí jim životní zkušenosti. Svým způsobem je společnost a rodina, která se o ně stará, chrání před nebezpečím života.

Na základě výše uvedených informací je na místě zmínit, čím se práce zabývala. Práce se orientovala na výchovné aspekty rodičů dětí s mentálním postižením. Cílem analytické části práce, která navazovala na část teoretickou bylo zjistit způsoby výchovy v rodinách z pohledu dětí. K tomuto účelu byl zorganizován výzkum mezi samotnými dětmi, u nichž byla diagnostikováno mentální postižení. Tento výzkum však nebyl jednoduchou záležitostí a ne každý jedinec byl schopen se výzkumu zúčastnit a podělit se tak o výchovné aspekty, které

jsou právě v jejich rodině uplatňovány. Z tohoto důvodu je potřeba ocenit přístup toho vybraného vzorku, který byl schopen se pro potřeby této práce schopen a ochoten odpovídat na kladené a předem připravené uzavřené otázky. Pro ně tato práce nebyla zcela jednoduchá. Mnozí jedinci uvedli, že jsou rádi, že se právě tohoto výzkumu mohli zúčastnit a to z toho pohledu, že jsou rádi, že někoho zajímá jejich názor a jsou potřební.

Hlavním cílem celé práce bylo seznámit čtenáře s danou problematikou a objasnit tak, že i v rodinách, kde je přítomno dítě s mentálním postižením probíhá výchova obdobně, jako v případě zdravého dítěte.

Na základě informací, jež jsou uvedeny v této práci a následně také v kapitole 7 v diskuzi lze říci, že děti s mentálním postižením moc dobře vnímají pojem výchovy a výchova v jejich rodinách probíhá obdobným způsobem, jako v rodinách se zdravým dítětem. Tyto skutečnosti se ověřily ve 40 položených otázkách ve výzkumné části práce.

Souhrn

Zdravotní stav mentálně postiženého jedince provází celým jeho životem. Je na místě říct, že každý jedinec si zaslouží, aby jeho výchova a přístup k životu byl smysluplný a plnohodnotný a zároveň mu také činil radost. V tomto smyslu je důležité mít kolem sebe osoby, na které je v případě potřeby možnost se obrátit. Těmito osobami jsou v případě dětí právě matka a otec, kteří dítěti poskytují oporu, zázemí a výchovu, která je potřeba zejména v ranném věku. V tomto duchu se nese i tato celá práce, která se zabývá výchovnými aspekty rodičů dětí s mentálním postižením.

První kapitola teoretické části se zabývala mentální retardací. První podkapitola byla směřována k terminologickým východiskům a dále definovala, co mentální retardace je, jak o ní hovoří autoři, kteří se touto problematikou zabývají. Druhá podkapitola podrobně popisovala jednotlivé modely mentální retardace. Třetí podkapitola byla směřována na příčiny mentální retardace. Čtvrtá byla zaměřena na samotnou klasifikaci mentální retardace a to od lehké, středně těžké, těžké, hluboké, jiné mentální retardace, nespecifikované mentální retardace až po mentální retardaci s artistickými rysy. Pátá podkapitola seznamovala čtenáře s osobností jedince s mentální retardací, přičemž byly uvedeny psychologické zvláštnosti osob s mentálním postižením.

Druhá kapitola teoretické části se přímo zaměřila přímo na rodinu s dítětem, jež je postiženo mentální retardací. Podkapitoly byly uvedeny dle posloupnosti. První podkapitola se zabývala historií rodiny. Druhá podkapitola směřovala na vymezení pojmu rodina. Třetí podkapitola formulovala smysl rodiny s dítětem s mentálním postižením, a to pro samotné pochopení tohoto pojmu. Funkce rodiny byly uvedeny v podkapitole čtvrté. Pátá podkapitola se bude zabývala vyrovnáváním rodiny s diagnózou dítěte. Šestá podkapitola se věnovala změnám, jež nastanou po sdělení diagnózy dítěte rodině a to ve smyslu funkčnosti a změn vývojových fází rodiny. Sedmá kapitola byla věnována roli rodiny v životě dítěte s mentálním postižením. Přístupy rodičů k dítěti s mentálním postižením byly uvedeny v podkapitole osmé, přičemž v podkapitole deváté byla uvedena výchova mentálně postiženého dítěte se všemi přidruženými specifiky.

Výzkumná část práce se přímo zabývala výzkumným projektem, jež souvisel se zjištěním vybrané výchovy rodičů dětí s mentálním postižením. Samotný výzkumný projekt byl rozdělen na několik částí, přičemž v úvodu byly uvedeny cíle projektu, metody sběru dat,

tvorba dotazníku a výběr cílového souboru, dále také způsoby terénního šetření, sběr a zpracování dat, prezentace a analýza získaných údajů. V závěrečné části byly interpretovány výsledky výzkumu, které byly doplněny o vyhodnocení získaných výsledků, jež z výzkumu vzešly.

Seznam odborné literatury a zdrojů

- BARTOŇOVÁ, M. *Současné trendy v edukaci dětí a žáků se speciálními vzdělávacími potřebami v ČR*. 1. vyd. Brno: MSD, 2005. ISBN 80-86633-37
- BAŠTECKÁ, B.a kol. *Klinická psychologie v praxi*. Praha: Portál, 2003. ISBN 80-7178-735-3
- BAZALOVÁ, B. *Psychopedie*. In PIPEKOVÁ, J. (ed.) *Kapitoly ze speciální pedagogiky*. 2.vyd. Brno: Paido, 2006. ISBN 80-7315-120-0
- BLAŽEK, B., OLMROVÁ, J. *Světy postižených*. Praha: Avicenum.
- ČÁP, J., BOSCHEK, P. *Dotazník pro zjišťování způsobu výchovy v rodině: Příručka*. Brno: Psychodiagnostika, 1994.
- ČÁP, J. *Rozvíjení osobnosti a způsob výchovy*. Praha: ISV, 1996. ISBN 80-85866-15-3
- ČÁP, J., ČECHOVÁ, V., BOSCHEK, P. *Dotazník stylů výchovy pro děti od 8 do 12 let*. Praha: IPPP, 2000.
- Dětská adolescentní psychiatrie*. 1.vyd. Praha: Portál, 2000. ISBN 80-7178-472-9
- DISMAN, M. *Jak se vyrábí sociologická znalost*. Praha: Karolinum, 2005. ISBN 80-246-0139-7
- DOLEJŠÍ, V. *K otázkám psychologie mentální retardace*. Praha: Avicenum, 1983.
- EDELSBERGER, L. a kol. *Defektologický slovník*. 3.vyd. Jinočany: H&H, 2000. ISBN 80-86022-76-5
- FERJENČÍK, J. *Úvod do metodologie psychologického výzkumu: Jak zkoumat lidskou duši*. Praha: Portál, 2000. ISBN 80-7178-367-6
- HARTL, P., HARTLOVÁ, H. *Psychologický slovník*. Praha: Portál, 2000. ISBN: 80-7178-303-X
- HENDL, J. *Kvalitativní výzkum: Základní metody a aplikace*. Praha: Portál, 2005. ISBN 80-7367-040-2
- KERROVÁ, S. *Dítě se speciálními potřebami*. Praha: Portál, 1997. ISBN 80-7178-147-9
- KOZÁKOVÁ, Z. *Sexualita a sexuální výchova osob s mentálním postižením v podmínkách zařízení sociální péče*. In *Sexualita mentálně postižených*. Praha: o.s. Orfeus, 2004. ISBN 80-903519-0-5
- KOTASOVÁ, J. *Vybrané kapitoly z patopsychologie*. 1.vyd. Olomouc: Hanex, 2000. ISBN 80-85783-30-4

- KRAUS, J., a kol. *Nový akademický slovník cizích slov A-Ž*. Praha: Academia, 2007. ISBN 978-80-200-1351-4
- KVAPILÍK, J., ČERNÁ, M. *Zdraví způsob života mentálně postižených*. 1.vyd. Praha: Avicenum, 1990. ISBN 80-201-0019-9
- LANGER, S. *Mentální retardace*. Hradec Králové: Kotva, 1996. ISBN 80-900254-8-X
- LANGMEIER, J. KREJČÍŘOVÁ, D. *Vývojová psychologie*. 2. vyd. Praha: Grada Publishing, 2006. ISBN 80-247-1284-9
- LEČBYCH, M. *I já mám právo řídit svůj život*. In *Psychologie dnes*, roč.12, č.12, 2006. ISSN 1212-9607
- LEČBYCH, M. *Mentální retardace v dospívání a mladé dospělosti*. Olomouc: Univerzita Palackého, 2006. ISBN 978-80-244-2071-4.
- Mentálně retardované dítě. [online]
dostupný na www: <<http://katerina.sadilkova.sweb.cz/id4.htm>>.
- MATĚJČEK, Z. *Praxe dětského psychologického poradenství*. Praha: SPN, 1991.
- MATĚJČEK, Z., DYTRYCH, Z. *Děti, rodina a stres*. Praha: MZČR, 1994.
- MATĚJČEK, Z. *Škola rodičů*. Praha: Maxdorf, 2000. ISBN 80-85912-29-5
- MATĚJČEK, Z. *Psychologie nemocných a zdravotně postižených dětí*. 3. vyd. Jinočany: H a H, 2001. ISBN 80-86022-92-7
- MATOUŠEK, O. *Rodina jako instituce a vztahová síť*. 2. vyd. Praha: SLON, 1997. ISBN 80-85850-24
- PIPEKOVÁ, J. *Osoby s mentálním postižením ve světle současných edukativních trendů*. Brno. MSD, 2006. ISBN 80-866633-40-3
- Rodiče s postižením intelektu. *Dobromysl* [online]. 2005 [cit. 2009-02-17]. Dostupný z WWW: <<http://www.dobromysl.cz/scripts/detail.php?id=1153>>.
- ŘÍČAN, P. *Dětská klinická psychologie*. 1.vyd. Praha: Avicenum, 1991.
- ŘÍČAN, P. *Dětská klinická psychologie*. 4.přeprac. a dopl. vyd. Praha: Grada Publishing, 2006. ISBN 80-247-1049-8
- SURYNEK, A., KOMÁROVÁ, R., KAŠPAROVÁ, E. *Základy sociologického výzkumu*. Praha: Management Press, 2001. ISBN 80-7261-038-4
- ŠVARCOVÁ, I. *Mentální retardace*. Praha: Portál, 2000. ISBN 80-7178-506-7.
- ŠVARCOVÁ, I. *Mentální retardace: vzdělání, výchova, sociální péče*. Praha: Portál, 2003. ISBN: 80-7178-821-X

- ŠVARCOVÁ, I. *Mentální retardace: vzdělání, výchova, sociální péče*. 3.vyd. Praha: Portál, 2006. ISBN 80-7367-060-7
- VALENTA, M., MÜLLER, O. *Psychopedie, teoretické základy a metodika*. Olomouc: Parta, 2003. ISBN 80-7320039-2
- VANČURA, J. *Život lidí s mentálním postižením*. In *Psychologie dnes*, roč. 9, č. 6 (2003). ISSN 1211-5886
- VÁGNEROVÁ, M. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. Praha: Portál, 1999. ISBN 80-7178-214-9
- VÁGNEROVÁ, M. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. 3. vyd. Praha: Portál, 2004. ISBN 80-7178-802-3
- ZVOLSKÝ, P. *Speciální psychiatrie*. Praha: Karolinum, 2005. ISBN 80-7184-203-6

Seznam tabulek

Tabulka 1 Složky dotazníku pro zjišťování způsobu výchovy v rodině

Tabulka 2 Vyhodnocení emočního vztahu jednotlivého rodiče k dítěti

Tabulka 3 Model devíti polí způsobu výchovy v rodině

Tabulka 4 Výsledky emočního vztahu otce

Tabulka 5 Výsledky řízení otce

Tabulka 6 Výsledky emočního vztahu matky

Tabulka 7 Výsledky řízení matky

Tabulka 8 Výsledky emočního vztahu v rodině jako celku

Tabulka 9 Výsledky řízení v rodině jako celku

Tabulka 10 Výsledky dotazníku o způsobu výchovy v rodině

Seznam grafů

- Graf 1 Pohlaví respondentů
- Graf 2 Věková kategorie
- Graf 3 Měl(a) opravdový zájem o to, co dělám.
- Graf 4 Vyčítal(a) mi, že jsem ho (jí) zklamal(a).
- Graf 5 Podrobně mi určoval(a), jak mám co dělat.
- Graf 6 Nechal(a) mě dělat, co mě baví, i když jsem měl(a) pomáhat v domácích pracích.
- Graf 7 Jednal(a) se mnou přátelsky.
- Graf 8 Přál(a) si, abych mu (jí) dal(a) pokoj se svými problémy.
- Graf 9 Chtěl(a) vždy přesně vědět, co a jak dělám.
- Graf 10 Velmi málo kontroloval(a) splnění příkazů a dodržování zákazů.
- Graf 11 Považoval(a) za důležité vše, co mne zajímalo a co jsem měl(a) rád(a).
- Graf 12 Říkal(a) mi, že jsem nevděčný syn (nevděčná dcera).
- Graf 13 Očekával(a), že vždy okamžitě poslechnu.
- Graf 14 Často se mi podařilo umluvit ho (jí) a tak se vyhnout povinnosti nebo trestu.
- Graf 15 Bral(a) vážně mé názory a přání.
- Graf 16 Říkal(a) často o některém dítěti nebo o mém sourozenci, že je lepší než já.
- Graf 17 Snažil(a) se rozhodovat za mne.
- Graf 18 Často jsem si mohl(a) dělat, co jsem chtěl(a).
- Graf 19 Často jsme se spolu zasmáli a měli dobrou náladu.
- Graf 20 Choval(a) se ke mně chladně, málo přátelsky.
- Graf 21 Stále mi něco přikazoval(a) a zakazoval(a).
- Graf 22 Byl ochoten (byla ochotna) zastávat se mne, když jsem něco neuměl(a) nebo provedla.
- Graf 23 Když se mi něco nepovedlo, snažil(a) se mě povzbudit a pomoci mi.
- Graf 24 Připomínal(a) mi, jak se pro mne obětoval(a) a kolik toho pro mne učinil(a).
- Graf 25 Byl(a) ke mne velmi přísný(á).
- Graf 26 Nechal(a) mě chodit, kam se mi líbí.
- Graf 27 Bylo pro mne příjemné dělat s ním (s ní) společně nějakou práci.
- Graf 28 Stěžoval(a) si na mne.
- Graf 29 Často mluvil(a) o mých chybách.

- Graf 30 Dával(a) mi hodně dárků nebo peněz.
- Graf 31 Když se u nás doma uvažovalo o tom, co dělat v neděli nebo o dovolené, nebo co koupit, bral(a) ohled na moje návrhy a přání.
- Graf 32 Často na mne křičel(a) a rozčiloval(a) se.
- Graf 33 Přísně mě trestal(a).
- Graf 34 Nechal(a) mě, abych chodil(a) k jídlu a spát v takovou dobu, kdy mi to vyhovovalo.
- Graf 35 Důvěřoval(a) mi.
- Graf 36 Zesměšňoval(a) mé názory.
- Graf 37 Zakazoval(a) mi běhat venku s dětmi, a dělat to, co ostatní děti.
- Graf 38 Omlouval(a) a chránil(a) mě, když mě druhý z rodičů huboval a chtěl mě potrestat.
- Graf 39 Když ve volném čase něco podnikl(a) společně se mnou, působilo mu (jí) to radost.
- Graf 40 Stále mě z něčeho podezíral(a).
- Graf 41 Přísně požadoval(a), abych měl(a) jen nejlepší školní prospěch.
- Graf 42 Spokojil(a) se s mou výmluvou i když šlo o něco vážného.
- Graf 43 Výsledky dotazníku o způsobu výchovy v rodině

Seznam příloh

Příloha č. 1: Abstrakt diplomové práce

Příloha č. 2: Zadání diplomové práce

Příloha č. 3: Dotazník pro výzkumné šetření

Příloha č. 4: Deklarace o právech mentálně postižených osob

Příloha č. 1: Abstrakt diplomové práce

Vysoká škola: ... Palackého univerzita Olomouc ... Fakulta: ... filozofická

Katedra: ... psychologie

Školní rok: ... 2010/2011

ABSTRAKT DIPLOMOVÉ PRÁCE

Jméno: ... Bc. Tereza Schneiderová

Obor: ... Psychologie

Rok imatrikulace: ... 2011

Vedoucí práce: PhDr. Radko Obereignerů, Ph.D. Oponent:

Počet stran: ... 98

Název diplomové práce: Vybrané výchovné aspekty rodičů dětí s mentálním postižením.

Abstrakt diplomové práce:

Téma diplomové práce je **Vybrané výchovné aspekty rodičů dětí s mentálním postižením**. Práce se zabývá problematikou výchovných aspektů rodičů dětí s mentálním postižením. Popisuje jednotlivé příčiny, klasifikace mentální retardace, její modely, osobnost člověka s mentální retardací. Dále je analyzována historie rodiny, vymezení pojmu rodina a rodina dítěte s mentálním postižením, jejich funkce, následně vyrovnávání rodiny s diagnózou dítěte a změny, které nastanou po sdělení této diagnózy. Součástí této diagnózy je také role rodiny v životě mentálně postiženého dítěte, přístupy rodičů a výchova mentálně postiženého dítěte. Součástí je výzkumná část, která navazuje na část teoretickou a dává do souvislostí všechny výchovné aspekty rodičů dětí s mentálním postižením z pohledu samotných dětí. Po vyhodnocení dotazníků je patrné, že výchova v rodinách s mentálním postižením probíhá obdobně, jako v rodinách s dětmi zdravými.

Klíčová slova:

Genetické vlivy
Výchova

Mentální retardace
Rodina

Osoba s mentálním postižením

Abstrakt diplomové práce v AJ:

The topic of my final work is **Selected aspects of education of parents of children with intellectual disabilities**. The work deals with the educational aspects of parents of children with mental disabilities. It describes the various causes, classification of mental retardation, the models personality with mental retardation. Furthermore, it analyzes the history of the family, notions of family and the family of children with intellectual disabilities, their functions, followed by balancing family with the child's diagnosis and the changes that occur after the communication of the diagnosis. Part of this diagnosis is also the role of family in the life of mentally handicapped children, attitudes of parents and education of mentally handicapped child. The part of this work is the research, which builds on the theoretical and puts into context the educational dimension of parents of children with mental disabilities from the perspective of children themselves. After the evaluation of questionnaires it is clear that education in families with mental disabilities is similar as in families with children health.

Keywords:

Genetics factors
Education

Mental retardation
Family

Person with mental handicap

Příloha č. 2: Zadání diplomové práce

Univerzita Palackého v Olomouci
Filozofická fakulta
Akademický rok: 2010/2011

Studijní program: Psychologie
Forma: Kombinovaná
Obor/komb.: Psychologie (PSYN)

Podklad pro zadání DIPLOMOVÉ práce studenta

PŘEDKLÁDÁ:	ADRESA	OSOBNÍ ČÍSLO
Bc. SCHNEIDEROVÁ Tereza	Pod Haškvcem 1552, Přibor	109116

TÉMA ČESKY:

Vybrané výchovné aspekty rodičů dětí s mentálním postižením

NÁZEV ANGLICKY:

Selected aspects of education of parents of children with intellectual disabilities

VEDOUcí PRÁCE:

PhDr. Radko Obereignerů, Ph.D. - PCH

ZÁSADY PRO VYPRACOVÁNÍ:

- 1) Seznámení se s normami diplomových prací v oboru psychologie a dodržování hlavních zásad v nich uvedených.
- 2) Hledání relevantních zdrojů - monografií, článků, výzkumných prací, teoretických studií - domácích i zahraničních. Využití databází zahraničních článků na internetu, které jsou volně přístupné z univerzitní sítě.
- 3) Studium relevantní literatury z oblasti psychologie handicapu, speciální psychologie, speciální pedagogiky, klinické psychologie, vývojová psychologie.
- 4) Zpracování osnovy diplomové práce, formulace cíle výzkumu.
- 5) Zpracování základní kostry teoretické části práce a její konzultace s vedoucím diplomové práce.
- 6) Formulace hypotéz / výzkumných otázek vycházejících z teoretické části práce nebo zájmu autora diplomové práce a jejich konzultace s vedoucím diplomové práce. Cílem sledování bude shromažďování a následný rozbor informací vztahující se ke výchovným aspektům dětí a jejich rodičů.
- 7) Výběr vhodných metod získávání a analýzy dat. Realizace výzkumu, sběr dat. Předmětem výzkumné části bude vybraný vzorek skládající se ze žáků Praktické základní školy v Přiborě. Odpovídající počet respondentů bude 25. V DP bude zvolena metoda dotazníků spolu se statistickými metodami v souladu s odpovídajícími popisnými statistikami, F-test, t-test.
- 8) Zpracování výzkumné části práce a její konzultace s vedoucím diplomové práce.
- 9) Dokončení diplomové práce - integrace jednotlivých částí a kapitol do srozumitelného a logicky navazujícího celku s ohledem na požadované formální náležitosti.

SEZNAM DOPORUČENÉ LITERATURY:

- Baštecká, B., Goldmann, P. (2001). Základy klinické psychologie. Praha: Portál.
- Baštecká, B. (2002). Kdy bydlím, s kým chodím, kdo jsou moji přátelé? sonda do sexuálního života lidí se zrakovým postižením. In: Ochrana zdravotně postižených před sexuálním zneužitím. (Sborník). Praha: SZdP ČR.
- Baštecká, B. a kol. (2003). Klinická psychologie v praxi. Praha: Portál.
- Blažek, B., Olmrová, J. (1988). Světy postižených. Praha: Avicenum.
- Coren, C. (2003). Teenagers with mental disability lack reproductive education and knowledge; Still many have had sex. Perspectives on Sexual and Reproductive Health, 34 (4), 187-188.
- Dolejší, M. (1973). K otázkám psychologie mentální retardace. Praha: Nakladatelství Praha.
- Langmeier, J., Krejčířová, D. (1998). Vývojová psychologie. Praha: Grada publishing.
- Lenoráková, S., Matznerová, I., Velemínský, M. (2002). Sexuální zneužívání mentálně retardovaných dětí a mladistvých. In: Ochrana zdravotně postižených před sexuálním zneužitím. (Sborník). Praha: SZdP ČR.
- Mellan, J. (2004). Biologická hlediska sexuality mentálně postižených osob. In: Sexualita mentálně postižených. Sborník materiálů z celostátní konference organizované o.s. Orfeus. Praha: Cds Orfeus.
- Novosad, L. (2002a). Zdravotní znevýhodnění a riziko sexuálního zneužití či napadení. In: Ochrana zdravotně postižených před sexuálním zneužitím. (Sborník). Praha: SZdP ČR.
- Novosad, L. (2002b). Problematika zdravotního znevýhodnění či postižení v oblasti sexuálního života a

zaměření preventivně-výchovných aktivit. In: Ochrana zdravotně postižených před sexuálním zneužitím. (Sborník). Praha: SZDP ČR.

Plesníková, H. (2004). Vyhodnocení dotazníkového šetření mezi rodiči mentálně postižených osob k problematice sexuality mentálně postižených osob. In: Sexualita mentálně postižených. Sborník materiálů z celostátní konference organizované o.s. Orfeus. Praha: Cds Orfeus.

Prevendárová, J. (1998). Rodina s postiženým dítětem. Nové Zámky: Psychoprof.

Říčan, P., Krejčířová, D. a kol. (1997). Dětská klinická psychologie (3. vydání). Praha: Grada.

Spilková, J. (2004). Vyhodnocení dotazníkového šetření mezi pracovníky ÚSP v ČR k problematice sexuality mentálně postižených. In: Sexualita mentálně postižených. Sborník materiálů z celostátní konference organizované o.s. Orfeus. Praha: Cds Orfeus.

Podpis studenta:

Datum:

Podpis vedoucího práce:

Datum:

Příloha č. 3: Dotazník pro výzkumné šetření

T-17
TEST. SEŠIT

DOTAZNÍK PRO ZJIŠŤOVÁNÍ ZPŮSOBU VÝCHOVY V RODINĚ

Příjmení: Jméno: Datum narození:
Dnešní datum :

Chtěli bychom se něco dovědět o Vás a o Vašem nejbližším prostředí. Součástí toho prostředí jsou také rodiče. V následujícím dotazníku vyznačte u každé otázky křížek X v jednom sloupci pro otce a v jednom pro matku. Nevynechte žádnou řádku. Nepremýšlejte dlouho, žádná odpověď není chybná.

Otec			Matka						
Ano	Zčásti	Ne	Ano	Zčásti	Ne				
						1.Měl(a) opravdový zájem o to, co dělám.			
						2.Vyčítal(a) mi, že jsem ho (ji) zklamal(a).			
						3.Podrobně mi určoval(a), jak mám co dělat.			
						4.Nechal(a) mě dělat, co mě baví, i když jsem měl(a) pomáhat v domácích pracech.			
						5.Jednal(a) se mnou přátelsky.			
						6.Přál(a) si, abych mu (jí) dal(a) pokoj se svými problémy.			
						7.Chtěl(a) vždy přesně vědět, co a jak dělám.			
						8.Velmi málo kontroloval(a) splnění příkazů a dodržování zakazů.			
						9.Považoval(a) za důležité vše, co mne zajímalo a co jsem měl(a) rád(a).			
						10.Říkal(a) mi, že jsem nevděčný syn (nevděčná dcera)			
						11.Očekával(a), že vždy okamžitě poslechnu.			
						12.Často se mi podařilo umluvit ho (ji) a tak se vyhnout povinnosti nebo trestu.			
						13.Bral(a) vážně mé názory a má přání.			
						14.Říkal(a) často o některém dítěti nebo o mém sourozenci, že je lepší než já.			
						15.Snažil(a) se rozhodovat za mne.			
						16.Často jsem si mohl(a) dělat, co jsem chtěl(a).			
						17.Často jsme se spolu zasmáli a měli dobrou náladu.			

© Psychodiagnostika, s.r.o., Bratislava

© Psychodiagnostika, s.r.o., Brno

DOTAZNÍK PRO ZJIŠŤOVÁNÍ ZPŮSOBU VÝCHOVY V RODINĚ

Příjmení :
 Jméno :
 Datum narození:
 Škola :
 Třída :
 Datum vyšetření:

komponent OTEC hrubý stand.
 výchovy skór skór

kladný	1	5	9	13	17	21	25	29	33	37	K	K
záporný	2	6	10	14	18	22	26	30	34	38	Z	Z
požadavků	3	7	11	15	19	23	27	31	35	39	P	P
volnosti	4	8	12	16	20	24	28	32	36	40	V	V

Emoční vztah otce:

záporný - střední - kladný - extrémně kladný

Řízení otce :

silné - střední - slabé - rozporné

komponent MATKA hrubý stand.
 výchovy skór skór

kladný	1	5	9	13	17	21	25	29	33	37	K	K
záporný	2	6	10	14	18	22	26	30	34	38	Z	Z
požadavků	3	7	11	15	19	23	27	31	35	39	P	P
volnosti	4	8	12	16	20	24	28	32	36	40	V	V

Emoční vztah matky:

záporný - střední - kladný - extrémně kladný

Řízení matky :

silné - střední - slabé - rozporné

V RODINĚ JAKO CELKU

Emoční vztah :

záporný - záporně-kladný - kladný - extrémně kladný

Řízení :

silné - střední - slabé - rozporné

ZPŮSOB VÝCHOVY - MODEL 9 POLÍ:

ŘÍZENÍ

		silné	střední	slabé	rozporné
EMOČNÍ VZTAH	záporný	1		2	3
	záporně -kladný	9			
	kladný	4	5	6	7
	extrémně kladný			8	

K ROZVEDENÍ V ROZHOVORU:

u položek označených je výjimečně odpověď NE /1/,

u položek označených je výjimečně odpověď ANO /3/,

V rozhovoru žádáme konkrétní příklady :

/viz Příručka kap. 6.1./

Příloha č. 4: Deklarace o právech mentálně postižených osob

Deklarace práv mentálně postižených osob

vyhlášená na Valném shromáždění OSN dne 20. prosince 1971

Valné shromáždění vyhláší tuto deklaraci o mentálně retardovaných a současně žádá národní a mezinárodní organizace, aby zabezpečily, že tato deklarace bude sloužit na ochranu těchto práv:

1. Mentálně postižený má mít v nejvyšší možné míře **stejná práva jako ostatní lidské bytosti**.
2. Mentálně postižený má **právo na zdravotní péči** a vhodnou fyzikální terapii, jakož i na takovou výchovu, readaptaci a vedení, které mu umožní rozvinout v maximální možné míře jeho možnosti a schopnosti.
3. Mentálně postižený má **právo na ekonomické zabezpečení a slušnou životní úroveň**. Má plné právo podle svých možností produktivně pracovat nebo se zabývat jinou užitečnou činností.
4. Pokud je to možné, má mentálně postižený **žít v kruhu své vlastní rodiny** nebo v rodině opatrovníka a účastnit se různých forem společenského života. Proto má být rodině, ve které žije, poskytována pomoc. Je-li jeho umístění do specializovaného zařízení potřebné, mají být prostředí a podmínky života v něm tak blízké normálním podmínkám života, jak je to jen možné.
5. Mentálně postižený má **právo na kvalifikovaného opatrovníka**, pokud to vyžaduje ochrana jeho dobra a zájmů.
6. Mentálně postižený má **právo na ochranu před jakýmkoli vykořisťováním, zneužíváním nebo ponižujícím zacházením**. Je-li předmětem soudního stíhání, má mít právo na zákonný proces s plným uznáním svého stupně odpovědnosti, který vyplývá z jeho mentálního stavu.
7. Jestliže někteří postižení nejsou schopni účinně využívat souhrnu svých práv v důsledku hloubky svého postižení a jestliže se ukáže potřeba omezit tato práva buď částečně, nebo úplně, pak musí postup používaný za účelem omezení nebo zrušení těchto práv chránit postiženého zákonně proti jakékoli formě zneužití. Tento postup by měl být založen na hodnocení kvalifikovaných znalců, kteří by posoudili sociální způsobilost postiženého. Omezení nebo zrušení práv má být podrobena periodickým revizím a **musí být odvolatelné u vyšších institucí**.