

Univerzita Palackého v Olomouci
Filozofická fakulta
Katedra psychologie

**SOCIÁLNÍ ZRALOST U DÍVEK
S TURNEROVÝM SYNDROMEM**
THE SOCIAL MATURITY OF GIRLS WITH TURNER'S
SYNDROME



Bakalářská diplomová práce

Autor: **Terezie Burianová**

Vedoucí práce: **PhDr. Roman Procházka, Ph.D.**

Olomouc

2020

Poděkování

Velmi děkuji svému vedoucímu PhDr. Romanu Procházkovi, Ph.D. za velkou míru trpělivosti a poskytování cenných rad v celém průběhu tvorby této bakalářské práce, která zabrala více času, než jsme oba předpokládali. Děkuji doc. MUDr. Jiřině Zapletalové, PhD. za její velký díl přispění ke vzniku této práce a také za láskyplnou péči o všechny svěřené holčičky s Turnerovým syndromem.

Hlavní dík patří všem zúčastněným dívkám a jejich rodičům za ochotu zapojit se do výzkumu a za vřelé přijetí v jejich domovech. Velmi si toho vážím, bylo to pro mě opravdu obohacující.

Dále děkuji svým rodičům za dlouholetou trpělivost s mým studiem a za vloženou důvěru ve mně samotnou a sourozencům, za akceptování mé „tvůrčí izolace“.

Děkuji svému snoubenci Dominikovi za veškeré porozumění a oporu v lehčích i těžších obdobích a za veškerou motivaci ve chvílích, kdy jsem to nejvíce potřebovala.

V neposlední řadě děkuji svým přátelům a kolegům v zaměstnání za podporu a pomoc s pracovními úkoly a za neutuchající přísun humoru, kávy a lidského pochopení.

Prohlášení

Místopřísežně prohlašuji, že jsem bakalářskou diplomovou práci na téma: „Sociální zralost u dívek s Turnerovým syndromem“ vypracovala samostatně pod odborným dohledem vedoucího diplomové práce a uvedla jsem všechny použité podklady a literaturu.

V Olomouci dne 7. 4. 2020

Podpis

OBSAH

Číslo	Kapitola	Strana
	OBSAH	3
	ÚVOD	5
	TEORETICKÁ ČÁST	6
1	Turnerův syndrom	7
1.1	Genetický vznik Turnerova syndromu	8
1.1.1	Genetický vývoj zdravého jedince	8
1.1.2	Vznik Turnerova syndromu a jednotlivé typy.....	9
1.1.3	Turnerův syndrom u mužů	12
1.2	Historie Turnerova syndromu.....	13
1.3	Výskyt.....	15
1.4	Diagnostika syndromu.....	16
1.4.1	Přerušení těhotenství po pozitivní diagnostice TS	16
1.5	Fyzické projevy	18
1.6	Psychické projevy.....	20
1.6.1	Vliv na studium	20
1.6.2	Vliv na chování	21
2	Sociální zralost	23
2.1	Terminologické ukotvení pojmu sociální zralost	23
2.1.1	Sociální zralost a socializace	26
2.2	Specifikace věkových kategorií u běžné populace	28
2.2.1	Střední školní věk.....	28
2.2.2	Starší školní věk, raná adolescence	31
3	Sociální zralost a sociální kompetence u dívek s TS	34
3.1	Specifika vývoje u dívek s Turnerovým syndromem.....	36
3.2	Diagnostické metody pro měření sociální zralosti	38
3.2.1	Projektivní metody	38
3.2.2	Posuzovací škály a inventáře.....	40
3.2.3	Testy sociální inteligence	41
	VÝZKUMNÁ ČÁST	42
4	Výzkumný problém	43
4.1	Cíle výzkumu.....	43
4.2	Výzkumné otázky.....	44
5	Použitá metoda	45
5.1	Projektivní metody	45
5.2	Tematicko-apercepční test.....	47

5.3	Stručná historie TAT	48
5.4	Propozice TAT a administrace	49
5.5	Skórovací systém – Škála sociální orientace (SOS).....	54
6	Metodologie výzkumu	56
6.1	Výzkumný design	56
6.2	Výzkumný soubor	56
6.3	Metody tvorby dat	58
6.3.1	Proces tvorby dat	59
6.3.2	Fixace dat	60
6.4	Metody analýzy dat	61
6.5	Etické aspekty.....	62
7	Výsledky výzkumu	63
7.1	Čas administrace a počet slov.....	63
7.2	Výsledky u jednotlivých tabulí.....	65
7.3	Porovnání celkových výsledků.....	75
7.3.1	Porovnání výsledků participantek	76
7.3.2	Porovnání tabulí TAT.....	79
7.3.3	Porovnání výsledků jednotlivých fází Škály sociální orientace	80
8	Odpovědi na výzkumné otázky	82
9	Diskuze	84
10	Závěr.....	89
11	Souhrn.....	90
	LITERATURA.....	93
	ABSTRAKT DIPLOMOVÉ PRÁCE.....	99
	ABSTRACT OF THESIS.....	100
	PŘÍLOHY.....	101

ÚVOD

Motivace ke zvolení tématu zabývajícího se Turnerovým syndromem nebyla výsledkem týdenního ani měsíčního přemýšlení nebo fascinace „neprobádanou diagnózou“. Pochází z doby ještě před zahájení studia psychologie z prostředí nejdůvěrnějšího – z vlastní rodiny.

K tématu sociální zralosti u dívek s Turnerovým syndromem mě přivedla moje nejmladší sestra, které byl Turnerův syndrom diagnostikován v 6,5 letech, v první třídě. Měla jsem možnost velmi zblízka – byť ne úplně bezprostředně, jako rodiče – zažít, co způsobí sdělení neznámé diagnózy v celé rodině, a jak se převrátí její dosavadní fungování. Platí ale to, že čím více rodiče o syndromu a jeho možných dopadech věděli, tím to pro ně bylo snazší.

Až během toho, co sestra rostla, jsem si s odstupem uvědomovala, že ji ostatní mohou vnímat jako někoho „tak trochu divného“, který mezi vrstevníky tak docela nezapadá. Sociální zralost jako konkrétní téma se vykrystalizovala až během účasti na Setkání dívek s Turnerovým syndromem v Olomouci, kde jsem mohla vidět, jak se chovají i jiné dívky se stejnou diagnózou. Tehdy to na mě působilo, jako že se chovají „nevychovaně“ nebo se „chovají jako malé“, ale na dalších a dalších Setkáních mi došlo, že „nezralé“ chování dívek nemuselo být způsobeno vlivem výchovy.

Rozhodla jsem se v této práci popsat sociální zralost u dívek s Turnerovým syndromem a zodpovědět otázku, zda jsou skutečně méně sociálně zralé, než jejich vrstevnice, jak mi to prozatím vždy připadalo.

Důležitým hnacím motorem je fakt, že rodiče lační po co největším množství informací, které by pomohly zlepšit kvalitu života jejich dcery, které byl syndrom diagnostikován. Doplněním tématu sociální zralosti bychom mohli rodičům pomoci připravit se na možné scénáře chování jejich potomka nebo jim poskytnout materiál pro ozřejnění, na co si dát pozor.

Být je původní motiv k psaní práce velmi osobní, věříme, že se nám povede vytvořit přínosný, přinejmenším pilotní materiál, zabývající se sociální zralostí u dívek s Turnerovým syndromem.

TEORETICKÁ ČÁST

1 Turnerův syndrom

V této kapitole se zabýváme vznikem Turnerova syndromu, jeho formami, výskytem ve světě a v České republice a také diagnostikou. Neopomenuli jsme samozřejmě ani fyzické a psychické projevy syndromu, které jsou pro téma práce klíčové.

Turnerův syndrom (zkratka TS) je genetická vada vyskytující se pouze u žen. Je charakteristická tím, že v pohlavním páru chromozomů chybí částečně nebo úplně jeden z chromozomů X (Lebl, & Zapletalová, 2015).

V desáté revizi mezinárodní klasifikace nemocí spadá Turnerův syndrom do kategorie *Vrozené vady, deformace a chromozomální abnormality*, kde v rámci oddílu *Q90-Q99 Abnormality chromozomů nezařazené jinde* nese označení Q96 (ÚZIS ČR, 2019).

Q96 Turnerův syndrom

Q96.0 Karyotyp 45,X

Q96.1 Karyotyp 46,X iso (Xq)

Q96.2 Karyotyp 46,X s abnormálním pohlavním chromozomem, vyjma iso (Xq)

Q96.3 Mozaika, 45,X/46,XX nebo XY

Q96.4 Mozaika, 45,X/jiná buněčná linie s abnormálním pohlavním chromozomem

Q96.8 Jiné varianty Turnerova syndromu

Q96.9 Turnerův syndrom NS

1.1 Genetický vznik Turnerova syndromu

Vzniku Turnerova syndromu se nedá nijak předejít, protože je zapříčiněn v podstatě ještě před samotným oplozením. Abychom porozuměli, v čem spočívá odlišnost vzniku plodu s Turnerovým syndromem, popíšeme nejdříve vývoj zdravého jedince a dále jedince s Turnerovým syndromem.

1.1.1 Genetický vývoj zdravého jedince

Mužská spermie nese ve svém jádře jednu *haploidní sadu* – celkem 23 chromozomů, stejně jako ženská pohlavní buňka, kterou je vajíčko. Při splynutí spermie s vajíčkem dochází také ke splynutí jader obou *gamet*, tedy k oplození a ke vzniku *zygoty*. Nový jedinec obdrží kompletní chromozomální výbavu čili 23 párů (46 chromozomů). Pro určení pohlaví je podstatný poslední 23. pár. Tyto pohlavní chromozomy nazýváme *heterochromozomy* nebo *gonozomy*. Ostatních 44 chromozomů je stejných a označují se jako *autozomy*. Pro shodné páry chromozomů používáme také termín *homologické chromozomy* (Jelínek, 2003).

Každá samičí gameta má ve svém jádře chromozom X, spermie naopak může nést jak chromozom X, tak chromozom Y. Splynutím vajíčka s chromozomem X a spermie s chromozomem Y vzniká zárodek s mužským pohlavím, řečeným také *heterogametní pohlaví*. Při splynutí vajíčka X se spermií X vzniká naopak zárodek s ženským pohlavím označovaným jako *homogametní pohlaví* (Jelínek, 2003).

Karyotyp (soubor chromozomů) zdravé dívky se značí 46,XX. Číslice zde označuje celkový počet chromozomů a písmena XX dva ženské pohlavní chromozomy. U zdravých mužů se karyotyp značí 46,XY, jelikož jejich pár pohlavních chromozomů obsahuje jak mužský chromozom Y, tak ženský chromozom X (Nussbaum et al., 2016).

Předtím, než dojde k samotnému oplození, se obě z gamet odděleně vyvíjí, dozrávají a dělí. Tento proces nazýváme *gametogeneze*. Tvorba vajíček se v odborné terminologii nazývá *oogeneze* a tvorba spermií *spermiogeneze*. V rámci obou gametogenezí dochází k redukčnímu jadernému dělení, tzv. *meióze* (Thompson, & Thompson, 1988).

Meióze předchází několik fází v rámci buněčného cyklu (G_1 fáze, S fáze, G_2 fáze a mitóza), jejichž popis není pro téma práce podstatný. Podstatná je jen informace, že buňka obsahuje 46 chromozomů před započítáním meiotického dělení. V **I. meiotickém dělení** se

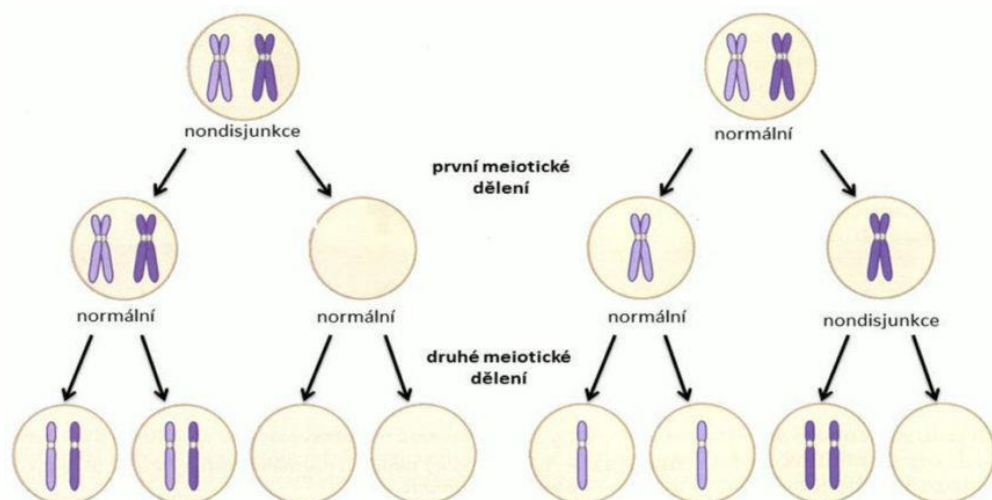
dvacet tři párů homologických chromozomů zdvojí a následně oddělí, čímž vznikají dvě tzv. haploidní pohlavní buňky se 23 chromozomy. Ve **II. meiotickém dělení** se chromozomy v jádře podél *centromery* („střed“ chromozomu) dále dělí (můžeme si to představit jako rozpůlení), čímž ve výsledku získáme celkem 4 haploidní buňky s originální genetickou informací (Snustad, & Simmons, 2017).

1.1.2 Vznik Turnerova syndromu a jednotlivé typy

Turnerův syndrom vzniká při buněčném dělení v mitotické fázi nebo v některé z meiotických fází. To je určující pro výsledný typ syndromu, který ovlivňuje míru zdravotních a jiných komplikací. Nejčastějším typem je monosomie chromozomu X a chromozomální mozaika.

Monosomie chromozomu X

Jednou z příčin vzniku monosomie je tzv. **nondisjunkce**, ke které může dojít při I. nebo II. meiotickém dělení. Nondisjunkce v I. dělení je charakteristická vznikem dvou gametocytů, přičemž jeden obsahuje oba pohlavní chromozomy a druhý žádný (Nussbaum et al., 2016). Při dalším dělení vzniknou dvě haploidní buňky s dvěma pohlavními chromozomy a další dvě *nullisomické* pohlavní buňky zcela bez pohlavních chromozomů. Dojde-li k nondisjunkci až ve II. meiotickém dělení, budou dvě z gamet obsahovat jeden pohlavní chromosom, jedna gameta bude nullisomická a jedna bude obsahovat oba pohlavní chromozomy (Zapletalová et al., 2003).



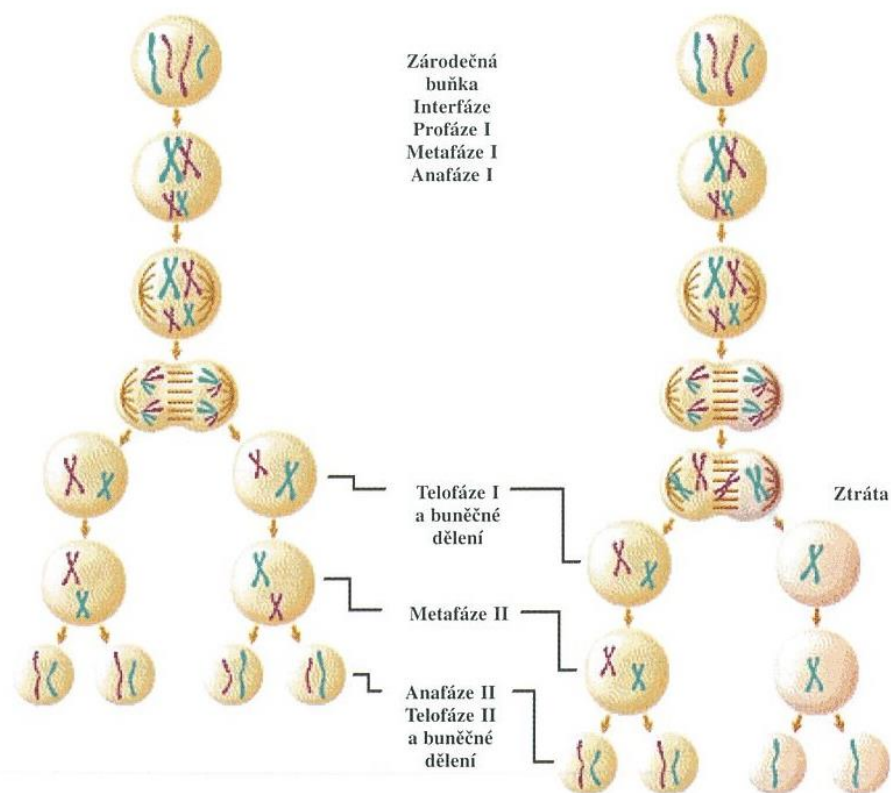
Obrázek č. 1: Meiotická nondisjunkce v prvním nebo druhém dělení (upraveno dle Snustad, & Simmons, 2017, str. 122)

Nondisjunkce probíhá jak u mateřské, tak u otcovské gametogeneze. Dle toho se určuje výsledný **karyotyp** (=sada chromozomů) u dívek s Turnerovým syndromem, označující se 45,X. Gamety, které takto abnormálně vznikají, jsou příčinou nejen Turnerova syndromu, ale například i Klinefelterova syndromu (karyotyp 47,XXY) nebo zárodku, jehož karyotyp (45,Y) není slučitelný se životem (Zapletalová et al., 2003).

Pro shrnutí uvedeme část textu z knihy Turnerův syndrom od Zapletalové et al., (2003): „Turnerův syndrom tedy vzniká fertilizací buď nullisomického vajíčka normální spermií nesoucí chromosom X, nebo fertilizací normálního vajíčka oplodněného nullisomickou spermií“ (str. 19).

Chromozomální mozaika

Při chromozomální mozaice bylo splynutí vajíčka a spermie dokonalé, ale k chybě došlo při dalším mitotickém dělení a chromosom X nebo jeho část se ztratila. Část buněk v těle těchto dívek má karyotyp 46,XX a zbývající část má karyotyp 45,X (45,X/46,XX). Toto složení je možné získat z rozboru krve a vyjádřit v procentech, ovšem v každém z orgánů může být mozaika jiná (Zapletalová et al., 2003, str. 19).



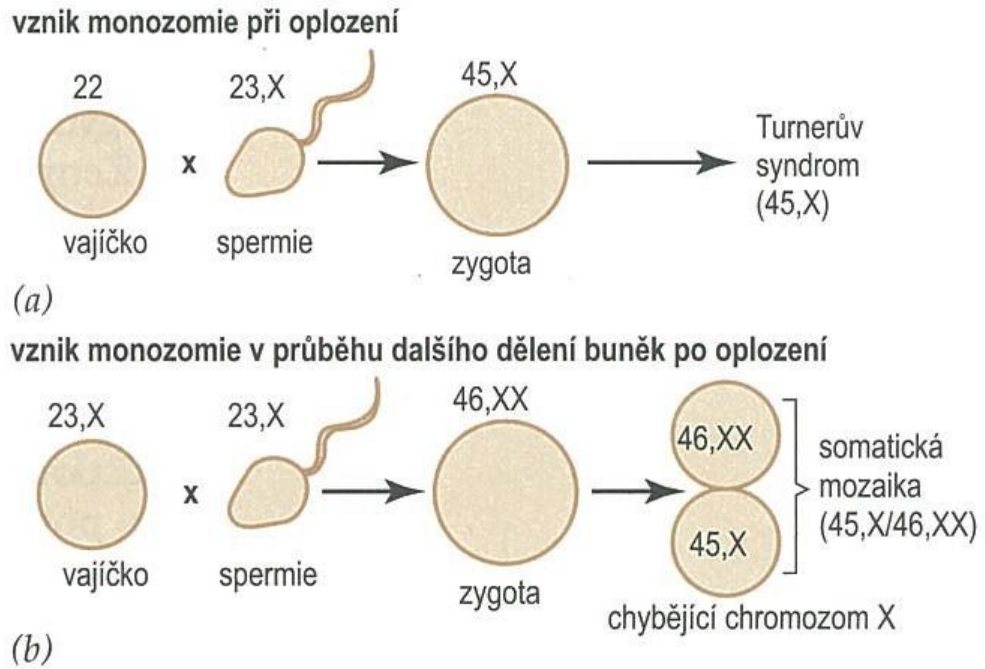
Obrázek č. 2: Ztráta chromosomu během mitotického dělení (Zapletalová et al., 2003, str. 21)

Další strukturální anomálie

Ostatní karyotypy nejsou tak časté, jako výše uvedené, tvoří cca 20 % všech vyšetřovaných dívek s Turnerovým syndromem. Všechny je ale můžeme souhrnně nazvat **strukturální anomálie** a značí odchýlný tvar chromozomu X. V těchto případech se při buněčném dělení neztrácí celý chromozom, ale jen jeho část. Dívky mají sice 46 chromozomů, ale jeden z jejich pohlavních chromozomů není úplný. Může to být přítomností tzv. *isochromozomu X* – karyotyp 46,X,i(Xq) nebo zlomem krátkých ramen a vznikem *isodicentrického chromozomu* s výsledným karyotypem 46,X,idix(X). Vzácněji také *delece* (*delece* = ztráta vnitřní oblasti) *krátkých* či *dlohých ramének* chromozomu – karyotyp 46,X,del(Xp) nebo 46,X,del(Xq) a v neposlední řadě sem patří *kruhový chromozom X* neboli *ring chromozom*, který může vést k přítomnosti mentální retardace. Tento karyotyp značíme 46,X,r(X) (Zapletalová et al., 2003, 19).

Všechny výše uvedené typy souhrnně označujeme jako **Turnerův syndrom**. Projevy dívek s chromozomální mozaikou jsou víceméně totožné; typičtější příznaky mají dívky s „čistým“ karyotypem 45,X, se kterými se ovšem v rámci výzkumné části nesetkáváme. Bylo by velmi zajímavé blíže specifikovat podobnosti určitých typů karyotypu, ovšem jedná se o velmi mravenčí práci, složitě získatelný vzorek a samostatnou odbornou publikaci, takže si dovolíme jednotlivé karyotypy dále nerozlišovat.

Pro lepší porozumění čtenáře shrneme výše uvedené poznatky o vzniku TS: Dojde-li ke ztrátě celého chromozomu při meióze, jedná se o dívku s karyotypem 45,X – „typický“ Turnerův syndrom. Ztratí-li se chromozom či jeho část po oplození, vzniká chromozomální mozaika (46,XX apod.). Komplexně to shrnuje níže uvedený obrázek.



Obrázek č. 3: Vznik karyotypu TS: (a) – při oplození; (b) – po oplození v průběhu dělení buněk (Snustad, & Simmons, 2017, str. 123).

1.1.3 Turnerův syndrom u mužů

Podstatné je ovšem podotknout, že se muži s Turnerovým syndromem vůbec nevyskytují, jelikož lidský zárodek s karyotypem 45,Y se nemůže dál vyvíjet. Přítomnost alespoň jednoho chromozomu X je nezbytná pro lidský život. (Lebl, & Zapletalová, 2015).

1.2 Historie Turnerova syndromu

Historicky první zmínka o Turnerově syndromu pochází už z roku 1768. Zvláštních znaků si při pitvě ženy všiml Ital Giovanni Battista Morgagni. Dalších sto padesát let se jeho nálezem nikdo nezabýval (Zapletalová et al., 2003).

Až na počátku 20. století si lékaři začali více všimnout charakteristických znaků u svých pacientek. Nejrozsáhlejší pozorování provedl na skupině sedmi pacientek oklahomský internista a endokrinolog Henry Turner, podle něhož nese syndrom svůj název. O pacientkách vydal v roce 1938 práci „*A syndrome of infantilism, congenital webbed neck, and cubitus valgus*“ (Zapletalová et al., 2003). V Evropě popsal Turnerův syndrom Otto Ullrich v roce 1929 ve své kazuistice 8letého děvčete. Z tohoto důvodu se v německy mluvících zemích používá označení Ullrich-Turnerův syndrom a na východě z podobného důvodu označení Šereševskij-Turnerův syndrom (Lebl, & Zapletalová, 2015).

Henry Turner dlouho předpokládal, že je součástí Turnerova syndromu automaticky také mentální retardace, což bylo později vyvráceno. Významnou událostí v oblasti genetického zkoumání byl objev Barrova tělíska, na němž se podíleli Murray Llewellyn Barr a Ewart George Bertram. V roce 1949 zjistili, že se tělísko vyskytuje u žen a u mužů nikoliv. Díky jejich objevu si mohl v roce Paul Polani povšimnout společného znaku – a to absence Barrova tělíska u dívek s Turnerovým syndromem, což velmi napomohlo k dalšímu zkoumání příčin vzniku Turnerova syndromu (Zapletalová et al., 2003).

Se zlepšující se technikou postupovaly i objevy. Charles Ford a jeho kolegové v roce 1959 objevili, že ženám s Turnerovým syndromem chybí jeden pohlavní chromosom, takže jejich chromozomální výbava čítá jen 45 chromozomů. Zajímavé je, že než se vědci pustili do zkoumání lidských chromozomů (a tím pádem objevení Klinefelterova syndromu a jiných), trénovali chromozomální aberace na octomilkách nebo jablkách a rajčatech. Položili tím základy moderní cytogenetiky (Barr, 1966).

S novými poznatky a dalšími diagnostikovanými děvčaty rostla také potřeba osvěty nejen mezi lékaři ale hlavně mezi veřejností a rodinou postiženého děvčete. Proto vzniká v roce 1981 v Torontu Společnost Turnerova syndromu. O sedm let později se koná první mezinárodní setkání dívek v Dánsku. Ani Česká republika nezůstala se svým Klubem dívek a žen s Turnerovým syndromem dlouho pozadu, a tak po vzoru ostatních klubů a spolků v roce 1989 vzniká. V témže roce vychází překlad knihy pro rodiče dívek, který vyvrací

mýtus o mentálním defektu, osvětluje obtíže Turnerova syndromu, ale hlavně vrací rodičům dívek s Turnerovým syndromem naději (Zapletalová et al., 2003).

V prosinci roku 2013 vznikl pod záštitou spolku Asociace rodičů a přátel zdravotně postižených dětí v ČR, z.s. nový klub s názvem Turnerklub, který pořádá pravidelná roční setkání rodičů a dívek s Turnerovým syndromem zahrnující odborné přednášky nových lékařských a jiných poznatků o syndromu i prostor pro vzájemnou diskuzi rodičů i dívek (Asociace rodičů a přátel zdravotně postižených dětí v ČR, z.s. TURNERKLUB, nedat.).

Od 90. let se podařilo změnit mnoho dříve neřešitelných problémů dívek, jako je třeba malý vzrůst nebo neplodnost. Díky metodě *in vitro fertilizace* mohla v roce 1985 otěhotnět první žena s Turnerovým syndromem. Od roku 1992 se také české dívky začaly léčit růstovým hormonem a o pět let později přivedla na svět dítě z darovaného vajíčka první žena s Turnerovým syndromem (Zapletalová et al., 2003).

Dívky a ženy s Turnerovým syndromem mohou žít plnohodnotný život stejně jako kterákoliv jiná žena. Lékařská péče o děvčátka je v České republice na vysoké úrovni a zahrnuje pravidelná lékařská i psychiatrická vyšetření. Péče je velmi komplexní, od dětství až po dospělost se o ženy starají specialisté z různých lékařských odvětví, kteří rodičům dívek podávají celistvé informace o možných rizikových projevech syndromu, jejichž predikce se každým rokem zlepšuje.

1.3 Výskyt

Každý rok se v České republice narodí průměrně 20 až 25 holčiček s Turnerovým syndromem, celkem jich je v současnosti více než 2000 v různém věku (Zapletalová et al., 2003). Celosvětově se incidence tohoto syndromu udává 1:2000 až 2500 narozených holčiček (Cui et al., 2018). Zatímco Gravholt, Juul, Naeraa a Hansen ve své studii z roku 1996 uvádí výskyt TS v bílé populaci 25-55 diagnostikovaných TS na 100 000 žen a v japonské populaci dokonce 70 – 210 TS na 100 000 žen.

S odlišným poměrem výskytu 1:4000 narozených holčiček se můžeme setkat u Johnsona (2000).

1.4 Diagnostika syndromu

Výskyt syndromu lze zjistit už v 11. týdnu těhotenství odběrem vzorku placenty, daleko přesnější je ovšem odběr plodové vody v 16. týdnu nebo odběrem pupečnickové krve nejdříve v 18. týdnu těhotenství (Brdička, & Didden, 2015). Při vyšetření těchto vzorků může být TS náhodným nálezem. Nejspolehlivější stále zůstává vyšetření karyotypu dítěte (Gravholt, & Stochholm, 2006). Dále je možné využít dostupných neinvazivních prenatalních vyšetření odběrem krve matky a následným rozbořením mimobuněčné DNA plodu od 10. týdne nebo v případě prvního těhotenství rozbořením tzv. fetálních buněk od 7. týdne (Brdička, & Didden, 2015).

V prvním trimestru dochází ke spontánním potratům až v 99 % případů chromosomálních aberací. Důvodem jsou četné vady, někdy v míře neslučitelné se životem (Nussbaum et al., 2016). Po prvním trimestru už jsou spontánní potraty děvčat s TS spíše výjimkou – 91 % diagnostikovaných dívek se narodí živých (Gravholt et al., 1996).

Ve většině případů se na Turnerův syndrom v prenatalním období nepříjde a je diagnostikován až po narození. Důvodem bývá mozaikovitá forma syndromu, která nemusí mít v prenatalním období tolik typických projevů. V současné době je dle belgické studie průměrný věk stanovení diagnózy TS 6,6 let, konkrétněji 1,2 let v případě karyotypu 45,X, u chromosomální mozaiky poté 9,6 let. Mozaiková forma TS je diagnostikována do jednoho roku v 8 %, do dvanácti let ve 30 % a 15 % připadá na dívky po dvanáctém roce. U karyotypu 45,X je diagnostika díky typičtějším příznakům jednodušší – do prvního roku je diagnostikováno 22 % případů, 17 % dívek má diagnostikovaný TS mezi prvním a dvanáctým rokem a 7 % po dvanáctém roce. Celkem má 53 % dívek mozaikovitou formu TS a 47 % karyotyp 45,X. Oproti výsledkům z výzkumu v roce 1991 je diagnostika daleko přesnější už v nižším věku (Massa et al., 2005).

1.4.1 Přerušování těhotenství po pozitivní diagnostice TS

Dle publikací Vrozené vady u narozených, vydávaných Ústavem zdravotnických informací a statistik z let 2000–2015, je patrná proměnlivost počtů potratů plodů s diagnózou Turnerova syndromu (Vrozené vady u narozených: ČR 2000-2015, 2001-2017).

Tabulka č. 1: Přerušení těhotenství po diagnostikování TS v letech 2000-2015 (Vrozené vady u narozených: ČR, 2001-2017).

Rok	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
UPT při pozitivní prenatalní diagnostice	9	13	7	8	11	16	14	18
Těhotenství ukončené samovolným potratem	-	1	1	-	-	-	-	-
Těhotenství pokračující s dgn. TS	2	1	1	1	2	2	2	-

Rok	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
UPT při pozitivní prenatalní diagnostice	19	7	17	8	13	11	9	3
Těhotenství ukončené samovolným potratem	-	-	-	-	2	-	-	1
Těhotenství pokračující s dgn. TS	1	3	2	-	3	2	3	3

Pozn.: UPT = umělé přerušení těhotenství; dgn. TS = diagnostikovaný Turnerův syndrom

Diagnóza Turnerova syndromu může znít zdánlivě hroživě, ovšem dle rozhovorů s rodiči dívek s TS, svědectví dospělých žen s TS a osobní zkušenosti jsou dopady na kvalitu života dívky a celé její rodiny v současné době poměrně nízké. Dívky s TS nemají téměř žádná omezení ve výběru zaměstnání, vykonávají práci lékařek, právniček, letušek, učitelek,... (J. Zapletalová, osobní sdělení 5. října 2019).

V Dánsku díky lepší informovanosti (např. použití informačního videa v televizi a médiích) a lékařským pokrokům klesla mezi lety 1974 – 1993 potratovost po diagnostikovaném TS v prenatalním období ze 100 % na 71 %. Postupně byly zakládány kontaktní skupiny pro potenciální rodiče dívek s Turnerovým syndromem, kteří se mohli setkat s již dospělými ženami s tímto syndromem a být informováni ohledně všeho, co může dívku s Turnerovým syndromem potkat, včetně objasnění možných zdravotních komplikací a jejich řešení a také případné vyvrácení zbytečných obav (Albertsson-Wikland, & Ranke, 1995).

Co se týče informovanosti u nás v České republice, v kapitole 1.3 o historii TS jsme zmiňovali dva kluby, které informují rodiče o syndromu a pořádají pro ně různá setkání a školení ohledně nově získaných poznatků. Dále nesmíme opomenout vyvíjející se vzdělání lékařů, kteří dokáží Turnerův syndrom dříve a lépe diagnostikovat.

Nejen vzhledem k výše uvedenému není dle našeho názoru diagnóza Turnerova syndromu důvodem k přerušení těhotenství a tím pádem i k ukončení života nenarozené holčičky.

1.5 Fyzické projevy

Na první pohled dospělou ženu s Turnerovým syndromem většinou nepoznáme, nejsme-li trochu znalí typických projevů, které se u nich v různé míře vyskytují.

Naprosto charakteristická je porucha růstu (frekvence 98-100 %), která je při včasném zjištění diagnózy v současné době kompenzována aplikováním růstového hormonu pomocí injekčního pera (Zapletalová et al., 2003). Čím déle se růstový hormon užívá, tím je větší šance, že dívka více vyroste - záleží samozřejmě také na genetických predispozicích. Průměrná výška u TS se udává mezi 140 – 150 cm. Růstový hormon se přestává užívat s nástupem spontánní puberty nebo podle kostního věku a uzavření růstových štěrbin (Albertsson-Wikland, & Ranke, 1995).

Druhým nejčastějším příznakem je tzv. **gonadální dysgeneze** neboli nedostatečné vyvinutí vaječníku, tím pádem i nedostatečná tvorba pohlavních hormonů, takže u dívek až v 95 – 98 % nedochází ke spontánnímu dospívání a bývá uměle vyvoláno léky (Zapletalová et al., 2003). Gonadální dysgeneze může kromě částečné dysfunkce znamenat také úplnou nefunkčnost, v některých případech se vaječníky nevyvinou vůbec, dochází tedy k úplné sterilitě (Johnson, 2000).

U dívek se v 80 % objevuje *pterygia colli* – kožní řasa na krku a také krátký širší krk s nízkou vlasovou hranicí. Častěji se také setkáváme s širokým „mužským“ hrudníkem, otoky nohou, větším množstvím pigmentových znamének, ve zhruba polovině případů pak s problémy s nedoslýchavostí nebo chronickým zánětem středního ucha a s problémy s ledvinami a pohybovým aparátem, jako např. skolióza, *cubitus valgus* (zvláštní postavení loketního kloubu), osteoporóza nebo gotické patro, kvůli kterému mají děti hlavně v novorozeneckém období větší problém s polykáním apod. Přibližně ve čtvrtině případů se objevují „napuchlá“ víčka a oční obtíže nebo srdeční vady týkající se obzvláště aorty (Zapletalová et al., 2003; Albertsson-Wikland, & Ranke, 1995).

Brdička a Didden (2015) uvádějí jako typické a nejčastější příznaky při prenatalním vyšetření plodu srdeční a ledvinové abnormality, otoky a růstové retardace.

Dalším příznakem jsou autoimunitní choroby, vyskytující se v různé míře. Nejčastější je porucha funkce štítné žlázy (35 – 60 %), celiakie (8 – 10 %) a ve zhruba dvou až čtyřech procentech střevní záněty a vitiligo (Zapletalová et al., 2003).

Asi největší, mnohdy bolestivou, otázkou nakonec pro většinu rodičů a dívek zůstávají poruchy funkce vaječníků a možnost úplné neplodnosti dívek. Někdy totiž vlivem přítomnosti mužského chromozomu Y dochází k nedovyvinutí vaječníků a ty musí být následně preventivně chirurgicky odstraněny, aby se předešlo jejich možnému zhoubnému bujení (Lebl, & Zapletalová, 2015). Často také postupně funkce vaječníků „*vyhasíná*“ nebo se menstruační cyklus uměle vyvolává, kvůli nedostatku ženských hormonů, které by se o to přirozeně postaraly. Některé ženy si nechávají zakonzervovat funkční zdravá vajíčka, aby je mohly později použít v rámci plánování těhotenství pomocí umělého oplodnění (Albertsson-Wikland, & Ranke, 1995). I v České republice jsou ženy s TS, které využili možnosti umělého oplodnění a mají zdravé děti.

1.6 Psychické projevy

Kromě četných potenciálních fyzických predispozic jsou podstatné také projevy psychické. Často spekulovaným tématem je mentální retardace, která spadá jak do fyzických tak hlavně do psychických projevů. Její výskyt je ovšem velmi vzácný – diagnóza Turnerova syndromu není automaticky spjata s přítomností mentální retardace (Zapletalová et al., 2003). Spíše naopak – IQ profil dívek je oproti zdravým dívkám v normálu nebo lehce nadprůměrný (Hall, 2006).

1.6.1 Vliv na studium

Jednou z možných potíží, se kterou se dívky s TS (a také jejich rodiče) setkají, je horší vizuálně-prostorová představivost, která je důležitá v geometrii a dalších matematických příkladech (Hong, Scaletta Kent, & Kesler, 2009). John Money se svými spolupracovníky zavedl pojem „*space-form blindness*“, jenž bychom volně přeložili jako „prostorová slepota“, která se často týká dívek s TS. Jsou tím myšlené obtíže s prostorovou představivostí (Barr, 1966), které se ovšem nemusí projevit u všech dívek, takže mohou bez problémů řídit auta, orientovat se v mapě nebo bezchybně navigovat (Tager-Flusberg, 1999).

Výzkum na Univerzitě v Torontu z roku 1995 se zabýval zkoumáním rozdílu matematických schopností u dívek s TS a normálními dívkami za použití testu WRAT-R (Test širokého výkonu) a Keymath-DA (Keymath diagnostický aritmetický test). Dívky s Turnerovým syndromem dopadly celkově statisticky významně hůře (Albertsson-Wikland, & Ranke, 1995). Naproti tomu verbální a jazykové schopnosti dosahují normálních až nadprůměrných hodnot (Hall, 2006; Rovet, & Ireland, 1994).

Výsledky výzkumu za použití více testů (WISC-R, ROCF, Money Street Map Test,...) na souboru mladších dívek s TS (35 dívek) a starších dívek s TS (21 dívek) a dvěma kontrolními skupinami čítajícími 50 dívek od každé věkové kategorie ukázaly, že verbální znalosti jsou velmi podobné kontrolní skupině, zatímco výsledky testů zaměřených na prostorovou představivost a neverbální schopnosti dopadly statisticky významně hůře pro dívky s TS neohledně na věk. Ukázalo se také, že lepších výsledků dosáhly dívky s mozaikovou formou TS oproti dívkám s karyotypem 45,X. Celkové výsledky byly srovnatelné s výsledky lidí s částečnou dysfunkcí pravé mozkové hemisféry. Ovšem co je

příčinou, a jestli za to může třeba i nefunkčnost vaječnicků – nedostatek estrogenu, je otázkou dalšího vědeckého zkoumání (Albertsson-Wikland, & Ranke, 1995; Tager-Flusberg, 1999).

Kdybychom měli shrnout výše zmíněné psychické projevy, týkající se hlavně školy a prospěchu, očekává se, že v porovnání s ostatními dívkami stejného věku budou dívky s TS mít častěji problémy ve studiu, budou potřebovat více času, obzvláště na přípravu do matematiky a podobně logických předmětů. Naopak mohou vynikat ve čtení a verbálním projevu. S větší pravděpodobností budou mít potíže s udržením pozornosti, navazováním vztahů a začlenění se do kolektivu (Rovet, & Ireland, 1994).

Stejně jako každá sněhová vločka je každá dívka s Turnerovým syndromem úplně odlišná. Výše uvedené výsledky výzkumů nejsou dogmatickým stanoviskem nebo determinací jedince, takže se může stát (a stává se!), že nemá dívka s TS ve škole žádné problémy ani úlevy, obzvláště, má-li diagnostikovanou mozaikovou formu syndromu (Rovet, & Ireland, 1994). Jedna statistika ze Spojených států uvádí, že 75% dospělých žen s TS má vysokoškolské vzdělání (Albertsson-Wikland, & Ranke, 1995).

1.6.2 Vliv na chování

Odlišné projevy u různých karyotypů byly pozorovány také při zkoumání chování. Dívky s karyotypem obsahujícím chromozom Y, nebo s částečnou delecí chromozomu X vykazovaly více potíží v oblasti chování a socializace, větší sklony k depresi, horší koncentraci pozornosti, apod. než dívky s karyotypem 45,X a mozaikovou formou (Albertsson-Wikland, & Ranke, 1995). Podstatné ovšem je, že třetina zkoumaných dívek nebyla vůbec postihnuta v sociální oblasti a tři čtvrtiny dívek v oblasti behaviorální (Rovet, 1995, in Tager-Flusberg, 1999).

Přejdeme-li k sociálním vztahům, jsou uváděny různé závěry – dívky jsou buď více introvertní než ostatní nebo naopak více extrovertní než běžné dívky. Bývají popisovány jako veselé, živé a velmi komunikativní, dávají často najevo radost a jsou trochu více flegmatické (Money & Mittenhal, 1970, in Tager-Flusberg, 1999). Preferují spíše přátelství s mladšími dívkami, ale obecně mají spíše méně přátel a chudší sociální vazby (Rovet & Ireland, 1994). Na druhou stranu se však velmi často píše o nízké sebeúctě, ke které může přispívat nízký vzrůst, stejně tak i málo socializace. Oproti ostatním zdravým dívkám dozrávají a vyspívají pomaleji. Zároveň můžou mít sklony ke slabým depresím, jelikož je

pro ně těžší porozumět neustále probíhajícím sociálním interakcím, které nemají s druhými „natrénované“ (Tager-Flusberg, 1999).

To, že jsou sociální vazby a navazování hlubších vztahů pro dívky s TS mnohdy oříškem, dokazují i procenta uzavřených manželství dle statistiky z USA. V dospělosti uzavře manželství 27 % žen s TS v porovnání s 69 % žen ve stejném věku. Do manželství vstupují ženy až ve starším věku než je běžné, tedy okolo 30 let a později. V podobném věku se také osamostatňují a opouští rodný dům (Albertsson-Wikland, & Ranke, 1995).

2 Sociální zralost

Sociální zralost je jen malým dílkem v rozložené skládačce celoživotního vývoje jedinečné lidské osobnosti (Cakirpaloglu, 2012). Protože popis vývoje dozrávání osobnosti by vydal na několik samostatných publikací, zaměříme se přímo na ukotvení samotného pojmu sociální zralost, který je pro tuto práci podstatný.

2.1 Terminologické ukotvení pojmu sociální zralost

Sociální zralost můžeme zařadit mezi procesy, které způsobují změny v našem vývoji. Dosahování sociální zralosti – **sociální zrání** – je spojeno s psychickým a fyzickým vývojem (Obereignerů, Čáp, & Krausová, 2016), který není automatický při narození, ale jde o celoživotní proces (Osladilová, Homola, Jochmanová, & Papica, 1986). Pojem *sociální zralost* se jako takový vyskytuje samostatně jen velmi zřídka. Bývá většinou zahrnován mezi obecné sociální kompetence, které se hodnotí třeba v rámci školní zralosti (Langmeier, & Krejčířová, 2006).

Jedním z možných současných pohledů je teorie sociálního zrání osobnosti psychologa Roberta Kegan. Sociální zralost je podle něho nezbytná k fungování jako zdravý dospělý člověk. Zároveň zmiňuje souvislost mezi vysokou mírou sociálních dovedností a vysokým stupněm sociální zralosti. Bez sociální zralosti máme těžkosti se sebou samými a s prožíváním sebe sama nebo naopak přitěžujeme našemu okolí. Sociální nezralost pak uvádí jako veliký společenský i osobní problém, který může být způsobený mentální poruchou – např. poruchou osobnosti – nebo s alkoholismem a drogovými závislostmi (Dombeck, 2007, in Obereignerů et al., 2016).

Keganova teorie sestává z pěti stupňů vývoje, přičemž každý nasedá na předchozí a s každým dalším dosaženým stupněm je člověk schopnější vidět okolní svět komplexněji a objektivněji, včetně náhledu na sebe sama. Jednotlivá stadia jsou dle něj principy myšlení, které ovlivňují myšlení a cítění a vztah k Já a k druhým (Love, & Guthrie, 1999):

- **První období** – V prvním období nemají děti schopnost abstraktně myslet, jejich myšlení je konkrétní, naplněné fantaskními představami a je velmi egocentrické. Trvá od narození do 7 – 8 let.
- **Druhé období** – Stále ještě není rozvinuto abstraktní myšlení, jedinec si ale uvědomuje své vlastnosti, okolní fyzické objekty a také že ostatní lidé mají také své vlastní vlastnosti. Jednání je ovlivněné vlastními tužbami a potřebami. Období trvá od pozdního dětství do dospívání.
- **Třetí období** – Jedinec je schopný abstraktně myslet, začíná být vztahový – k druhým, k věcem,... Dokáže poznávat svůj vnitřní psychický život a oddělovat vlastní emoce od vlastností. Konstruuje své názory, hodnoty a uvědomuje si, že i druzí mají své potřeby a názory. Přejít do tohoto období probíhá většinou mezi 12. – 20. rokem, nejčastěji kvůli nástupu na kolej nebo univerzitu a sdílení pokoje s druhým člověkem, který má své vlastní odlišné potřeby.
- **Čtvrtý stupeň** – V tomto období získává člověk kontrolu nad svým životem, jelikož si formuluje vnitřní přesvědčení a vytváří vnitřní identitu, která je stálejší a méně závislá na druhých. Jedinec dokáže přemýšlet o vztazích a často je součástí různých komunit a společenství, sdílí se s druhými. Tohoto stupně dosáhne dle Keganova pouze třetina populace a to během období dospělosti.
- **Pátý stupeň vývoje** – Jedinec přestává nahlížet na sebe a na ostatní jako na jeden společný systém, ale chápe sebe a ostatní jako systém složený z mnoha dalších systémů. Dochází k novému organizování reality a vlastní identity od subjektivního pojetí k pojetí objektivnímu. Toto období je velmi vzácné a lze jej dosáhnout nejdříve po 40. roku života.

Dalo by se říct, že Keganovu teorii podporuje i Nakonečný (2009), který jako základ sociální interakce považuje vzájemné vnímání jedinců - jak se k sobě budou dva lidé chovat, závisí na tom, jaký si o sobě navzájem vytvoří dojem.

Oproti výše uvedenému je definice sociální dle Hartla a Hartlové (2015) vcelku jednoduchá: Sociální zralost je „*společenskými normami vyžadovaná míra socializace projevující se postoji vůči sociálnímu prostředí*“ (str. 708).

Podobně jednoduše se vyjadřuje i Macek (2003): „*Socializace je proces vývoje osobnosti v konkrétním materiálním a sociálním prostředí, které je charakteristické pro konkrétní společnost*“ (str. 37).

Uvedeme-li jako protipól definice osob **sociálně nezralých**, jsou to ty, které nepřijaly své adekvátní sociální role, nejsou příliš zodpovědné v sociálních vztazích a obecně u nich *socializace* (viz níže) ještě neskončila. **Celkově zralá osobnost** se pak projevuje tím, že uspokojí své potřeby, aniž by se tím nějak dotkla druhých nebo je dokonce poškodila (Hartl, & Hartlová, 2015).

Další charakteristiku sociálně zralé osobnosti nabízí Schaffer, který ji popisuje v šesti bodech (Osladilová et al., 1986, str. 149 - 150):

1. Taková osobnost, která není už víceméně závislá na rodičích ani na druhých, neuchyluje se v případech, kdy se cítí „ohrožená“ k druhým, ale dokáže sama řešit situaci a zároveň už nemá adolescentní výbuchy ani vzpoury.
2. Pociťuje zodpovědnost za sebe i své jednání.
3. Dosáhla schopnosti sympatií do takové míry, že může sjednotit své potřeby a akce s potřebami a právy druhých. Může také efektivně komunikovat v sociálních situacích. To ovšem vyžaduje prožití sympatií druhých a zkušenost úspěchu i neúspěchu.
4. Je schopna setkávat se s různými situacemi bez ztráty základních morálních hodnot.
5. Dosáhla sociálního přizpůsobení v tom smyslu, že při volbě partnerů druhého pohlaví dominují spíše nebiologické faktory.
6. Efektivně se podílí na sociálních vztazích, přičemž je v souladu s vlastními osobnostními zvláštnostmi, potřebami, tužbami, stejně jako s potřebami skupiny.

S konkrétním věkovým ohraničením přichází Thorová (2015), která popisuje období mladé dospělosti (20-35 let):

„Za mladou dospělostí se považuje poměrně dynamické období, ve kterém člověk uskutečňuje proměnu od nezralé k zralé osobnosti. Raná dospělost je dobou, kdy se otevírají možnosti a prostor k intenzivnímu psychickému dospívání. Fyzický a kognitivní vývoj je prakticky ukončen“ (str. 440).

Kdybychom měli tuto podkapitolu uzavřít a shrnout výše uvedené teorie, názory a definice, vysvětlili bychom sociální zralost jako výsledek procesu sociálního zrání a celkového zrání osobnosti, které může trvat i celý život. Sociální zralost je dovednost jednat odpovídajícím způsobem s druhými a rozpoznat situační kontext. Neměli bychom druhým svým neomaleným jednáním nijak ublížit ani je urazit. Je to také umění správně reagovat na různé sociální situace, které jedince potkají a správně je vyhodnocovat bez potřeby cizí

dopomoci. Člověk je samostatný a zvládá většinu typických situací, ve kterých je potřeba sociálně interagovat nebo se sociálně zachovat.

2.1.1 Sociální zralost a socializace

Nápomocným pro vymezení sociální zralosti je pojem *socializace*. Socializace začíná hned po narození úsměvem matky na dítě, doteky, hraním si s dítětem, nebo jen její přítomností. Dítě staré pár měsíců už rozpoznává první společenské vazby a hierarchii společenství (Vágnerová, 2012). V rámci sociálního zrání a socializace se každou interakcí s druhým člověkem učí novým způsobům chování a také adekvátním reakcím v různých sociálních situacích a tím si osvojuje nové dovednosti, postoje atd. Zároveň své získané sociální dovednosti posiluje a upevňuje napodobováním, pozorováním druhých nebo tím, že naplní jejich očekávání (Thorová, 2015).

O důležitosti učení od druhých se píše i jinde – pokud se dítě naučí správně reagovat v určité sociální či společenské situaci, je pravděpodobné, že stejně správně zareaguje, když se dostane znovu do podobné situace. Tímto způsobem se dítě postupně socializuje a získává určitou citlivost pro vnímání sociálních situací (Osladilová et al., 1986).

S tím souvisí další definice, kdy je socializace definována jako „*proces utváření osobnosti a její kultivace – zejména myšlení, cítění a chování*“ (Kohoutek, 2000, str. 235). Nakonečný (2009) popisuje socializaci také jako proces, během něhož si jedinec osvojuje kulturní způsoby chování a cítění, které se učí už v rámci konkrétního prostředí své vlastní rodiny. Tento proces je někdy označován také jako **sociální učení**, v rámci kterého by se měl člověk naučit používat adekvátní způsoby chování v různých sociálních situacích. Nakonečný rozlišuje socializaci na primární a sekundární, přičemž primární socializace probíhá v rodině a sekundární ve škole, v kolektivu přátel, zaměstnání, apod.

Podobně jako Nakonečný a Kohoutek přistupuje k socializaci i Papica. Sociální zralost je podle něj výstup procesu socializace, ale hlavně také komplex predispozic, že jedinec daného věku a pohlaví zvládne na očekávané úrovni to, co je od něj společností požadováno. Mezi schopnosti sociálně zralých osob patří schopnost sebeřízení a usměrňování svého chování a také schopnost pohybovat se v poli mezilidských kontaktů a vazeb (Osladilová et al., 1986).

Langmeier a Krejčířová (2006) zmiňují sociální zralost v souvislosti s emoční a motivační (pracovní) zralostí, jakožto důležitými oblastmi pro vstup dítěte do školy. Mezi zralou sociální dovednost podle nich patří schopnost dítěte zůstat ve škole samo bez rodičů a přijmout novou roli školáka společně s novými pravidly a novým kolektivem.

Socializace dle některých názorů končí přechodem od adolescence do dospělosti, což je prý období, do kterého má jedinec dost času na zvnitřnění systému sociálních postojů a orientací (Osladilová et al., 1986). Stejně o celkové zralosti osobnosti hovoří také Langmeier a Krejčířová (2006) v souvislosti s vývojovým obdobím časně dospělosti:

Člověk je zpravidla pokládán za zralého, když po dokončení dospívání přejímá plnou osobní a občanskou odpovědnost, začíná být ekonomicky nezávislý a navíc přispívá k rozmnožování obecných statků, rozvinul plně své osobní zájmy, ustavil legalizovaný vztah k životnímu partnerovi, přejal očekávané výchovné úkoly vůči svým potomkům a na druhé straně se přizpůsobuje svým stárnoucím rodičům (str. 169).

Každé vývojové období má svá specifika a své vývojové úkoly, kterými každý jedinec individuálně proplouvá. Těžko lze stanovit obecně platné mantinely - například, že je člověk úderem 18. roku plně sociálně zralý. Tímto kritériem sociální zralosti by mnoho mladých ani neprošlo. Pro příklad použijeme literárního hrdinu Seppa Jörgena z díla Krysař, který, ač byl dospělý a vykonával řemeslo rybáře – tedy byl „ekonomicky i jinak nezávislý“ – sociální zralosti příliš nepobral. Možná by byl dokonce kvůli výše uvedenému „kritériu“ nějak postihnout, či diagnostikován jako nezralý nebo nevypělý. Ovšem i toto prohlášení by mohlo být nakonec sporné, jelikož Sepp jako jediný nepodleh svodům krysařovy píšťaly a dokázal zachránit novorozené dítě a postarat se o něj (Dyk, & Justl, 1958). Proto bychom tímto chtěli přemostit od obecného pojetí sociální zralosti a zaměřit se na specifika vybraných věkových kategorií a tím lépe nahlédnout do kontextu toho, co může ovlivnit sociální zralost a co jedinci v daném období prožívají.

2.2 Specifikace věkových kategorií u běžné populace

Jak už vyplynulo z výše uvedených skutečností, sociální zralost je dovednost, která se mění s každým vývojovým obdobím. Procházíme fyzickými i psychickými změnami a dostáváme se do nových sociálních situací, skrze které se učíme více o druhých. Některé vlivy, které utváří naši sociální zralost, nejspíše ani nevnímáme, jelikož to jsou věci přenesené nebo vrozené – například vliv kultury na výchovu dětí nebo obecně styl výchovy našich rodičů. Mezi přejaté věci patří například to, jak reagujeme na druhé, a jak se zachováváme v různých situacích. Nesmíme zapomenout na vztah k sobě samým, jelikož se od něj a od toho, na co jsme zvyklí, často odráží náš vztah ke druhým a naše chování k nim (Nakonečný, 2009).

Věkové kategorie definuje každý z autorů vývojové psychologie trochu odlišně. Rozhodli jsme se použít klasifikaci, kterou používá Matějček (1986) i Vágnerová (2012). Toto rozdělení nejlépe odpovídá věkové kategorii participantek. Všechny totiž spadají do období školního věku, který Vágnerová dělí na tři fáze:

- Raný školní věk – trvá přibližně od 6 do 9 let
- Střední školní věk – od 9 do 11-12 let
- Starší školní věk – období 2. stupně základní školy, trvá až do ukončení základní docházky, překrývá se s první fází adolescence

Podrobněji se budeme zabývat pouze středním a starším školním věkem, které plně pokrývají věkové rozpětí zkoumaných dívek.

2.2.1 Střední školní věk

Střední školní věk je z vývojového hlediska klidné období od devíti let do přechodu žáka na druhý stupeň, tedy do 11-12 let, než dítě vstoupí do období dospívání (Vágnerová, 2012). V rámci jiného pojetí se raný a střední školní věk od sebe neoddělují, ale jsou zahrnuty do jednoho vývojového stadia zvaného *mladší školní období*, které je vymezeno od 6-7 roku do období dospívání, tedy do 11-12 let (Thorová, 2015; Langmeier, & Krejčířová, 2006).

Jelikož v tomto období nedochází k výrazným změnám ve fyzickém ani psychickém vývoji (pokud nejsou potíže v rodině, ve škole nebo s vrstevníky), dítě se může pozvolna rozvíjet ve všech oblastech a připravovat se na nástup puberty (Vágnerová, 2012; Langmeier, & Krejčířová, 2006).

Myšlení

I když se na první pohled s dítětem nic neděje, je období středního školního věku plné touhy po nových vědomostech. Dítě má rádo pokusy, testuje realitu a zajímá ho, jak věci fungují. Chce pochopit a doopravdy poznat okolní svět, takový, jaký reálně je. Vytváří si ze zkušenosti svoje pravidla, jak asi funguje svět, a řídí se jimi. Toto období se také nazývá období **střízlivého realismu**. Dítě přestává přejímat realismus a od rodičů a ostatních autorit a začíná samo uvažovat a kriticky myslet (Langmeier, & Krejčířová, 2006; Vágnerová, 2012).

Motorika

Dítěti se zlepšují motorické dovednosti – hrubá a jemná motorika – a vyvíjí se také smyslové vnímání. Výrazný posun nastává při vývoji řeči a zvětšování slovní zásoby. To ovlivňuje také rozvoj paměti, která dětem napomáhá ke snadnějšímu osvojení školních dovedností ale i obecných sociálních vzorců. Dítě je schopno řešit složitější logické operace a pozvolna přechází i k abstraktním operacím. Projevuje velkou snahu ve škole, je soutěživé a chce být co nejlepší (Langmeier, & Krejčířová, 2006).

Socializace

V tomto období si také výrazně osvojuje sociální dovednosti (empatie, týmová spolupráce, sociální podpora,...), což je zapříčiněno hlavně školní docházkou. Dítě už je zvyklé na školní systém, takže může prohlubovat jednak praktické znalosti učiva, ale také vztahy ve třídním kolektivu (který se většinou pozvolna rozděluje na kluky a holky), případně v zájmových skupinách (Langmeier, & Krejčířová, 2006; Thorová, 2015). Pro dítě je podstatné vytvořit si své místo ve škole, jelikož postavení v třídním kolektivu může předurčit pozdější sociální postavení ve společnosti. Důležitá je také pozice ve skupině vrstevníků, což má mimo jiné vliv na další osobnostní vývoj (Vágnerová, 2012) a na sebepojetí jedince (Thorová, 2015).

Školák postupně prohlubuje sociální porozumění a učí se seberegulaci, k čemuž patří i zvládání protichůdných požadavků a pocitů. Dítě se učí ovládat a například nevyrušovat

během výuky, i když ho daná látka nezajímá a nudí. Začíná si taky klást cíle, za kterými mnohdy velmi vytrvale jde (Langmeier, & Krejčířová, 2006; Thorová, 2015).

Vztahy

Mladší děti kamarádí většinou s tím, kdo s nimi sedí v lavici, kdo má nejnovější hračky nebo kdo bydlí nejbliž, ale zhruba od 10. roku navazují děti první hlubší přátelství a navzájem si sdělují i důvěrné informace (Langmeier, & Krejčířová, 2006; Vágnerová, 2012). O to větší šrám může způsobit, patří-li dítě mezi ty ve třídě „neoblíbené“ nebo mezi outsidersy. Ať už kvůli vzhledu, prospěchu nebo kvůli tomu, že neumí správně navazovat vztahy s ostatními a není tím pádem pro kolektiv nijak zajímavé (Vágnerová, 2012).

Neméně podstatná pro vývoj vztahů, myšlení a socializace je hra. Při hře se dítě stylizuje do role dospělého nebo do své budoucí sociální role (holky si hrají na maminky apod.). Děti vyhledávají nové hry se složitějšími pravidly a s motivy přibližujícími se k realitě. Své místo zde má také práce, při níž si děti osvojují vytrvalost a píli při plnění i neoblíbených a náročných činností (Langmeier, & Krejčířová, 2006).

Vývoj emocí

Děti v období středního školního věku lépe rozpoznávají své pocity a emoce a umí je i lépe korigovat. Mnohdy si nedovolí nějakou emoci projevit (smích, pláč,...), protože si nejsou jistí reakcí okolí, která je pro ně důležitá. Emoce druhých lidí jsou pro ně čitelnější a učí se s nimi správně operovat a správně na ně reagovat. Sociálně obratné a emočně vyrovnané děti jsou lépe přijímány kolektivem a dosahují lepších studijních výsledků (Langmeier, & Krejčířová, 2006; Vágnerová, 2012). Naopak nezvládnutí vlastních emocí a jejich nevhodné projevení před spolužáky (např. pláč, vztek) může vést ke studu nebo frustraci (Thorová, 2015).

Kromě rozpoznávání vlastních emocí a emocí druhých lidí se u školních dětí celkově zpřesňuje sebepojetí a také se rozvíjejí sebehodnotící emoce. Ty jsou spojeny se zodpovědností, kterou děti získávají v rámci domácích úkolů a školních povinností nebo s morálními předpisy či příkazy, které by mělo dítě zachovávat. Může se tedy objevit jak radost a hrdost z vlastního úspěchu, tak pocit viny a studu. Zároveň jsou děti ochotné přijmout zodpovědnost za nějaký spáchaný „přestupek“, ale požadují rovná pravidla i hodnocení pro všechny (Vágnerová, 2012).

2.2.2 Starší školní věk, raná adolescence

Období staršího školního věku nebo rané adolescence probíhá během 2. stupně základní školy, což je rozpětí od cca 11 do 15 let. Během tohoto období dochází k významným změnám ve fyzické i psychické oblasti. Jedinec prožívá proměnu z dítěte na mladého člověka, která nepatří mezi ty nejsnazší úkoly. Vypořádat se se sebou samým potřebuje velkou dávku vlastní trpělivosti a také pochopení okolí (Vágnerová, 2012). Častěji se můžeme setkat také s označením **pubescence** (Langmeier, & Krejčířová, 2006).

Fyzický vývoj

K důležitým a nejviditelnějším změnám patří výrazný tělesný růst a vývoj sekundárních pohlavních znaků – u dívek jsou to boky, prsa, ochlupení a u chlapců rozšiřování hrudníku, vývoj svalové hmoty a také růst ochlupení a vousů. Důležitým mezníkem je menarche u dívek a poluce u chlapců. Na konci období dospívání by měl být člověk plně schopný reprodukce. Emoční prožívání může někdy patřit také k viditelným znakům, obzvláště dojde-li k výraznému výkyvu ať už do oblasti vzteku a agrese nebo do radosti či pláče a smutku (Vágnerová, 2012; Langmeier, & Krejčířová, 2006; Thorová, 2015).

Mezi fyzický vývoj bych zařadila i rozvoj motoriky, který je v tomto období výraznější než v tom předchozím. Starší školáci mají zájem o sportovní aktivity, využívají svoji sílu, hbitost i jemné pohyby, což se může projevit u rozvoje kresby a tvoření (Langmeier, & Krejčířová, 2006).

Vývoj poznávacích procesů

Mladý jedinec hledá svoji identitu a své místo, protože je dospělými považován za malého, ale samotný se už cítí být téměř dospělý. Důležitý je rozvoj vlastních schopností, seberealizace a také naplnění společenských očekávání, což znamená i změna stávající role nebo nabytí role úplně nové. To mnohdy způsobuje zmatek, právě z toho důvodu, že jedinec neví, je-li teda už dospělý a zodpovědný nebo co pro něho vlastně platí a co už ne. Nabytí jistoty v nové pozici patří k důležitým úkolům tohoto období. V pozdní adolescenci se už bouřlivý vývoj všech oblastí člověka ustaluje, mladý člověk se dostává na roveň s dospělými a často získává „svobodu“ přechodem na vysokou školu či nastoupením do zaměstnání (Vágnerová, 2012; Langmeier, & Krejčířová, 2006).

Mezi významné potřeby patří doajista potřeba seberealizace jedince, která zahrnuje i perspektivu budoucnosti, jelikož se neodráží jen od aktuálních úspěchů, ale bere v potaz jejich vliv na budoucnost (Vágnerová, 2012; Langmeier, & Krejčířová, 2006).

Jedinci v tomto věku už nezůstávají jen u realistického vidění světa, ale přemýšlí o tom, jaký by svět a okolní skutečnosti mohly být a vytváří si o něm různé konstrukty a hypotézy. Kromě hypotetického uvažování se dospívajícím rozvíjí abstraktní myšlení, díky kterému si postupně osvojují také schopnost dedukce a indukce v myšlení a také chápání v širších logických kontextech. Celkově je myšlení pružnější, systematictější, ale také připouští větší variabilitu možností nebo experimenty s různými scénáři. Dospívající se začínají zabývat budoucností a zvažovat dopady minulosti, což je změna oproti předchozímu období, ve kterém se děti zabývaly převážně současností (Vágnerová, 2012; Langmeier, & Krejčířová, 2006; Macek, 2003).

Myšlení dospívajících ovšem není vždy tak ideální, klidné a progresivní; často dochází ke kritice a posuzování okolí, k polemizováním nebo k pocitům vlastní výjimečnosti hlavně co se týče úvah a názorů. K méně příjemným oblastem patří určitě přecitlivělost a vztahovačnost dospívajících spojená s odmítáním všech kompromisů a radikalismem (Vágnerová, 2012; Thorová, 2015).

Vývoj emocí

Jelikož dochází k hormonálním změnám, mění se i citové prožívání jedinců. Obzvláště dívky bývají náchylnější k záchvatům pláče, vzteku a k celkové nestabilitě pocitů a prožívání, které velmi často nemají svou příčinu. Dospívající se snaží své city potlačit a začínají se uzavírat do sebe před ostatními. Jsou také více negativní a cyklí se v prožívání jednoho tématu, které ovšem považují za vysoce důležité (Vágnerová, 2012; Thorová, 2015; Macek, 2003).

Socializace a vztahy

„*Anthropos zoon politikon*,“ je výrok Aristotela, který platí obzvláště v období dospívání. Mít s někým přátelský vztah přispívá k rozvoji a posile sociálních dovedností. Velice podstatné je navazování přátelství, která už bývají založená na sdílení osobních témat a prožitků. Není neobvyklé, že si kamarádky mezi sebou něco svěří a poté to někde jinde prozradí a dojde tak k dívčím hádkám a válkám. Drobné mezitřídní nebo mezi-skupinové konflikty k tomuto bouřlivému období patří. Rodina, školní a vrstevnický kolektiv či

zájmová skupina stále zůstávají důležitým opěrným bodem pro vývoj jedince. Neméně podstatný je samozřejmě první zájem o druhé pohlaví (Vágnerová, 2012; Langmeier, & Krejčířová, 2006; Thorová, 2015).

Vrstevnická skupina může navíc uspokojovat množství psychických potřeb dospívajícího jako je potřeba stimulace, vzájemné předávání zkušeností, potřeba jistoty a bezpečí a potřeba akceptace. Mezi vrstevníky se může jedinec cítit oblíbený, zakoušet první pocity vlivu a moci a také potřeba vlastních pravidel. Mnoho starších školaček si ovšem vystačí s dyadickými vztahy, kterých je jen pár, ale zato jsou hlubší, plné vzájemnosti, podpory a důvěry (Vágnerová, 2012; Langmeier, & Krejčířová, 2006; Thorová, 2015; Macek 2003).

V období rané adolescence se také velmi zrychluje komunikace, ať už se jedná o komunikaci „face to face“ nebo komunikaci skrz sítě. Jedinec je schopen lépe reagovat na otázky, diskutuje a používá složitější věty a abstraktní a cizí pojmy (Thorová, 2015).

Ti, kdo nejvíce naráží, jsou většinou autority. Ať už ty primární – jako jsou rodiče, tak i ty ostatní – učitele,... Autority přestávají pro děti staršího školního věku platit, pokud si to „nezaslouží“. Diskutování nebo i hádky a kritický pohled na autority jsou běžným způsobem jak si ujasnit svoji pozici. Kritika se nevyhne ani vrstevníkům nebo samotnému mladému, který potřebuje vše podrobit přezkoumání (Vágnerová, 2012).

Podstatné v této oblasti je také dosažení věku 15 let – čili získání občanského průkazu jako pomyslného „předstupně skutečné dospělosti“ a ukončení školní docházky spojené s výběrem budoucí profese (Vágnerová, 2012).

Každé vývojové období s sebou nese určité změny, které se dotýkají samotných jedinců, ale také jejich okolí. Obzvláště v těchto dvou obdobích je důležité brát v potaz křehkost utvářející se mladé osobnosti.

3 SOCIÁLNÍ ZRALOST A SOCIÁLNÍ KOMPETENCE U DÍVEK S TS

O vlivu Turnerova syndromu na chování jsme se zmiňovali již v kapitole 1.6.2, dovolíme si ovšem prostřednictvím jiných dostupných výzkumů problematiku rozšířit, obzvláště v oblasti sociálních dovedností.

Podle práce z roku 2019, která shrnuje dosavadní poznatky ohledně sociálních kompetencí dívek s Turnerovým syndromem, bývají dívky nejčastěji asociovány s limitovanými sociálními schopnostmi (anglicky *social skills*), nižším sebehodnocením a v nejméně 3-4 % s potížemi jako je úzkost či deprese (Wolstencroft, Mandy, & Skuse, 2019). Od raného dětství mají dívky s TS větší trable s navazováním vztahů a sociálním chováním, které vrcholí v období adolescence (Rovet, & Ireland, 1994). Slabší sociální dovednosti (někdy způsobené sluchovými postiženími či neschopností rozpoznat řeč těla) mohou ovlivnit také adaptování se do školního prostředí (Wolstencroft et al., 2019).

Výzkum dále uvádí výsledky z rozhovorů s 17 dívkami s TS ve věku 16-25 let a jejich rodiči, kteří zmiňují odlišné zájmy dívek a jiný přístup k socializaci oproti jejich vrstevníkům. Dívky s TS s přáteli raději prováděly společné činnosti (sledování televize, čtení knih,...) než aby si s nimi povídaly nebo navázaly přímý kontakt. Rodiče to dávali za příčinu nižšímu sebevědomí a nižší důvěře. Dívky strávily s druhými dětmi více času, než si osvojily určitou sociální dovednost a získaly v ní jistotu. Většina z účastnic výzkumu se dokázala socializovat během období pozdní adolescence či rané dospělosti a často jim k tomu plně postačoval malý okruh přátel. V rámci sebehodnocení sociálních schopností se však dívky s TS hodnotily lépe, než je hodnotili jejich rodiče (Wolstencroft et al., 2019).

Důležité je nezahrnovat všechny dívky do jednoho pytle. Míra sociálních dovedností je rozsáhlá a dívky spadají do lepších i horších kategorií. Některým dívkám nečiní navazování vztahů velké potíže a jsou v kolektivu oblíbené (Tager-Flusberg, 1999). Některé dívky jsou naopak v sociálních dovednostech a rozpoznávání verbálních a neverbálních kontextů „pomalejších“, kvůli celkovému pomalejšímu sociálnímu chápání. Část dívek

proto navštěvuje tréninkové programy, původně určené pro děti s poruchou autistického spektra, v rámci kterých své „social skills“ cvičí a zlepšují (Wolstencroft et al., 2019).

O slabších sociálních dovednostech hovoří i Skuse a kolektiv autorů ve svém výzkumu z roku 1997. Výzkum se ovšem nezabýval jen pouhým hodnocením sociálních schopností, ale rozpracovával hypotézu ohledně vlivu původu chromozomu na výslednou socializaci dívek. Dívky s chromozomem X otcovského původu ($45,X^P$) dosahovaly lepších výsledků v IQ testech (ve verbální i neverbální části) a také v testech na sociální dovednosti než dívky, jejichž chromozom X je mateřského původu ($45,X^M$). Obě skupiny byly dále srovnávány s dívkami a chlapci stejného věku. Dívky $45,X^P$ dokonce dopadly ve verbální části inteligenčního testu a v testu Hanojské věže lépe než chlapci i dívky z běžné populace (Skuse et al., 1997). Tento faktor – původ chromozomu – stejně jako rozlišování karyotypu jednotlivých participantek nebyl brán v této práci na zřetel, jelikož to není jejím původním záměrem.

Výzkum Skuseho a kolektivu otevírá mnoho dalších otázek a je v opozici výše uvedeným tvrzením a výzkumům, které zatím hodnotily dívky především jako sociálně slabší. Lebl a Zapletalová (2015) a také Tager-Flusberg (1999) popisují dívky jako vstřícné, v kolektivu oblíbené se spoustou přátel, které dbají o svůj vzhled a pečlivě se upravují. Zmiňují ovšem citovou nezralost, která se stabilizuje až ke konci adolescence. Dívky jsou „dospělé“ o něco později než jejich vrstevnice.

Jak už bylo zmíněno výše, na dívčí sebepojetí má vliv i reakce okolí, které často bere první v potaz výšku dívky a ne její skutečný věk, takže je i ke starším dívkám přistupováno jako k „malým holkám“ (Vágnerová, 2012). Což ostatně potvrzují i výsledky J. Rovetové, v jejímž výzkumu korelovala vyšší výška dívek s lepšími sociálními kompetencemi a nižší sociální neschopností či dysfunkcí (Albertsson-Wikland, & Ranke, 1995).

O pozdějším dozrání osobnosti hovoří i statistiky z amerického výzkumu V. Sybertové. Jak již bylo zmíněno, dívky s TS se později osamostatňují od rodičů (okolo 30. roku), později vdávají (a to jen necelá třetina ze všech dospělých žen s TS) a častěji volí zaměstnání, na které mají „příliš vysoké vzdělání“. Vysokoškolsky vzdělané ženy pak dobrovolně pracují například jako řadové úřednice s kartotékami. Výzkum udává, že je to z důvodu snížení množství stresu v práci a také kvůli obavám žen z vysokých nároků u „zodpovědnějších prací“ (Albertsson-Wikland, & Ranke, 1995; Hall, 2006).

Znovu si ale dovolíme zmínit případy z Česka dle vyjádření J. Zapletalové, kdy ženy s TS vykonávají velmi zodpovědná zaměstnání – letušky, medičky, vysokoškolské učitelky, právničky,... (osobní sdělení 5. října 2019). Opravdu ne všechny dívky mají sociální obtíže nebo problémy v chování – velmi záleží také na přístupu okolí, na temperamentu dívky, výchově a geneticky také na typu karyotypu. Obecně se jsou dívky s TS velmi přátelské a komunikativní, radostné a zároveň klidné a nesnadno rozrušitelné (Tager-Flusberg, 1999).

3.1 Specifika vývoje u dívek s Turnerovým syndromem

Během středního školního věku nedochází u dívek s Turnerovým syndromem k ničemu výrazně odlišnému od běžných dívek. Ovšem toto tvrzení je velmi generalizované. Některá děvčata zažívají potíže s matematikou a některé dívky jsou výrazněji menší. Kromě toho mohou v průběhu školního roku řešit kromě školních povinností také různé zdravotní komplikace a navštěvovat spoustu preventivních vyšetření (Batch, 2002).

V období dospívání to mají dívky s TS, hlavně co se týká biologického a fyzického hlediska, ještě poněkud složitější. U běžné populace předpokládáme, že během období adolescence dochází ke spontánnímu nástupu puberty – čili k vývoji sekundárních pohlavních znaků a menarche. Jelikož některé dívky trpí dysgenézí vaječníků a tím pádem i amenoreou, musí se jim dodávat pohlavní hormon estrogen uměle (Batch, 2002).

Svoji roli hraje v adolescenci u dívek s TS také růst a užívání růstového hormonu. Hormon je možno užívat až do uzavření růstových štěrbin, jejichž srůstání se sleduje pravidelnými rentgenovými snímky zápěstí. Nástupem menstruace většinou přestávají dívky růst, protože se růstové štěrbinové vlivem estrogenu dříve uzavřou. Pokud má dívka dysgenézi vaječníků nebo nedostatek pohlavního hormonu, většinou se po domluvě a po kontrole stavu růstových štěrbin umělé podání estrogenu buď pozdrží, aby dívka ještě vyrostla o pár centimetrů, nebo se nasadí hormonální léčba, protože by už k výraznějšímu růstu stejně nedošlo (Batch, 2002; Lebl, & Zapletalová, 2015).

Dívky jsou během období dospívání (tedy během věku 11-16 let, i později) bedlivě sledovány, nejen kvůli růstu a pohlavnímu vývoji, ale aby byla případná „umělá“ nápomoc s pohlavním dospíváním co nejpřirozenější a pro dívku co nejpříjemnější.

Vyčkávání s hormonální léčbou kvůli dosažení větší výšky u některých dívek ovšem znamená, že se jim „pozdrží“ vývoj sekundárních pohlavních znaků. Batch (2002) udává, že

ideální doba pro zahájení estrogenové léčby je v 15 letech. V dřívějším věku (např. 12 let) by byly dívky ochuzeny o pěkných pár centimetrů. Dívky poté mohou vypadat oproti vrstevnicím infantilně a nevyspěle, což může vést jednak k nízkému sebehodnocení, ale také k problémům s přijetím ve skupině. I dospělí mají větší tendence jednat s nevyzrálé vypadajícími dívkami jako s dětmi, ačkoliv už jsou za pár let plnoleté (Vágnerová, 2012).

Nyní může vyvstat mnoho otázek, např. je-li lepší být menší, ale zato vypadat „dospěle a vyvinutě“, tudíž vyvarovat se případnému posměchu kolektivu nebo si počkat a více vyrůst i za cenu pár nepříjemných interakcí. Správnou odpověď na tyto (a další) otázky bychom hledali jen těžce. Faktem je, že „opožděný“ fyzický vývoj se netýká jen dívek s TS, ale zažívá jej mnoho „běžných“ dívek, u kterých je takový vývoj nastaven přirozeně. K vyvinutí sekundárních pohlavních znaků nebo k růstovému spurtu dochází u mnoha dívek až ve věku 15 nebo 16 let. Nesmíme zapomínat na individuální genetickou výbavu každého jedince a na variabilitu možností vývoje (Langmeier, & Krejčířová, 2006) a také na to, že je veškerý léčebný postup konzultován s dívkou i rodiči, kteří jsou o všech možných negativních důsledcích předem poučeni.

3.2 Diagnostické metody pro měření sociální zralosti

Ačkoliv je *sociální zralost* vcelku náročný, nesnadno uchopitelný fenomén, existují diagnostické metody, které se jej snaží zachytit, změřit, či jinak klasifikovat. Musíme při tom brát v potaz vše, co jen může definice sociální zralosti zahrnovat – měření sociálního učení či jednotlivých sociálních kompetencí, reakcí na sociální události a dalších jednotlivin, které mohou pomoci k vytvoření komplexnějšího obrázku u pacienta, klienta nebo participanta výzkumu. Níže uvedeme pro přehled pár diagnostických metod, které nebyly použity v této práci, ale které lze při výzkumu sociálních dovedností, kompetencí a sociální zralosti použít.

Většina zmíněných metod však bohužel nemá standardizaci pro českou populaci a navíc je nutné zvážit, jestli probandi při sebesposuzování prostřednictvím dotazníků nezkrslují odpovědi. Mohou se totiž vidět a hodnotit jinak, než jací skutečně jsou, nebo si obraz o sobě v odpovědích přikreslit, což se týká obzvláště méně zralých osob. Jako vhodnější jsou tudíž považovány projektivní metody (Obereignerů et al., 2016).

3.2.1 Projektivní metody

Rosenzweigův obrázkový frustrační test (P-F Test)

Jedná se o projektivní test, který může pomoci diagnostikovat vlastnosti objevující se při sociálním kontaktu. Jeho autorem je Saul Rosenzweig a poprvé byl vydán v roce 1945. Existuje ve dvou verzích – pro dospělé od 14 let a pro děti od 4 do 13 let (Svoboda, Humpolíček, & Šnorek, 2013).

Test obsahuje 24 obrázků a každý z nich zobrazuje dvě osoby, které se ocitají v nějaké běžné frustrující situaci. Jedna z osob vždy říká slova buď popisující frustraci, nebo vyvolávající frustraci. Úkolem subjektu je doplnit, co by asi druhá frustrovaná osoba sdělila té první. Při hodnocení sledujeme směr agrese – k sobě, druhým nebo se subjekt přes agresi přenesl – a dále typy reakcí (Svoboda et al., 2013).

Test má dobré předpoklady pro standardizaci – významné korelace s jinými testy při ověřování validity, test-retest reliability v rozmezí 0,45-0,73. Bohužel však nelze použít pro naši populaci, jelikož není restandardizován (Svoboda et al., 2013).

Test sociálního zrání (TSZ)

Benjamínkem mezi testy je dozajista metoda vznikající v letech 2013-2014 v rámci Studentské grantové soutěže, které se účastnil tým na Katedře psychologie Univerzity Palackého v Olomouci. Inspirací pro vznik metody byla metoda ABI, kterou rozpracoval Křivohlavý. Tato projektivní metoda je zatím tvořena 15 tabulemi, které zobrazují různé, ale neobvyklé sociální situace, které vychází z teorií sociálního zrání a z obecného pojetí sociální zralosti. Je určena pro dospělou populaci, které je předkládáno vždy 12 tabulí, případně jedna zácvičná (Obereignerů et al., 2016).

Skórování probíhá ve 4 kategoriích – Vztah k autoritě, Vztah k druhým lidem, Pocity, emoce a Zaměření činnosti, v rámci nichž hodnotíme 4 úrovně sociálního zrání. Podle dosažených úrovní přidělujeme body, které dále přepočítáváme dle výskytu v jednotlivých kategoriích. Jedná se ovšem zatím o pilotní výzkum metody, která by měla projít dalšími úpravami a zpřesněním (Obereignerů et al., 2016).

Tematicko-apercepční test – škála SCORS

Další možností, jak zkoumat sociální zralost je použití Tematicko-apercepčního testu (zkratka TAT). Samotný TAT nyní popisovat nebudeme, jelikož je mu ve výzkumné části věnována celá kapitola, ale zaměříme se na skórovací systém SCORS – Škálu objektních vztahů od Westena. Přestože nebyl přímo využit při vyhodnocování výsledků, rozhodně stojí za zmínku, jelikož je velmi spolehlivý a pro diagnostiku oblíbený, ačkoliv nemá přesně dané normy (Goldmann, & Soukupová, 2007).

Dle teorie objektních vztahů se jedinec chová k okolí podle své dřívější zkušenosti, vnitřních vzorců chování a vztahu k druhým. Oblasti fungování osobnosti, kterými je jedinec tvořen, se mohou vyvíjet odlišně – nemusí být tedy všechny stejně zralé, což SCORS bere v potaz. Dokáže každou z oblastí měřit nezávisle na sobě, což je jedna z důležitých vlastností tohoto skórovacího systému. Ovšem získané údaje je potřeba porovnat s údaji získanými jinými metodami (Goldmann, & Soukupová, 2007).

SCORS sestává z osmi škál, v rámci nichž se na sedmibodové stupnici hodnotí úroveň zralosti. Skóry 6 a 7 znamenají, že jedinec reaguje zdravým způsobem oproti skórum 1 a 2, které vypovídají o přítomnosti patologické odpovědi. Každý z výsledných příběhů můžeme hodnotit prostřednictvím všech 8 škál. Kategorie škál jsou následující:

- Komplexnost reprezentací druhých
- Afektivní kvalita reprezentací
- Kapacita k emočnímu vkladu do vztahů
- Emoční vklad do hodnot a morálních norem
- Porozumění sociální kauzalitě
- Prožívání a zvládání agresivních impulsů
- Sebedůvěra
- Identita a soudržnost self

Hodnotící vodítka jsou rozepsány u jednotlivých škál pro skóry 1, 3, 5 a 7, u ostatních se předpokládá zkušenost výzkumníka či psychologa (Goldmann, & Soukupová, 2007).

3.2.2 Posuzovací škály a inventáře

Vineland Adaptive Behavior Scales (VABS)

Jedná se o revizi z roku 1985 původní **Vinelandské škály sociální zralosti**. Obsahuje 6 subškál, v rámci kterých hodnotí běžné projevy a běžné dovednosti, které by měly děti v daném věku zvládnout. Patří tam: Komunikace, Běžné dovednosti, Socializace, Motorické schopnosti, Adaptivní chování, Maladaptivní chování. Test je rozdělený na tři části, které je možné různě kombinovat nebo použít samostatně (Svoboda, Krejčířová, & Vágnerová, 2015).

Administrace probíhá formou předložení prvních dvou posuzovacích škál rodičům dětí od 18 měsíců až do dospělosti a třetí škála je pak překládána učitelům a lze s ní hodnotit děti od 3 do 12 let. Jednotlivé položky jsou převedeny na skóry, ze kterých lze vytvořit individuální profil dítěte. Revize původní Vinelandské škály je zatím standardizovaná pouze pro americkou populaci, starší verze pak měla standardizaci pro českou populaci ve věku od 3 do 9 let, ovšem v současnosti je nutná její restandardizace (Svoboda et al., 2015).

Social Responsive Scale (SRS)

Tato škála je předkládána rodičům nebo učitelům dětí ve věku od 4 do 18 let a její administrace trvá zhruba 15 minut. Není určena pro diagnostiku, ale pouze jako pomocný nástroj k odhadování sociální úrovně dětí s poruchou autistického spektra. Obsahuje pět

subškál, jejichž název po intuitivním překladu zní: Sociální povědomí, Sociální poznávání, Sociální komunikace, Sociální motivace a Autistické manýrismy. Validita i reliabilita testu je vysoká, bohužel však byla zatím standardizovaná na americké populaci (Verhulst, & Ende, 2006).

Za jmenovitou zmínku stojí metoda **Social Skills Inventory (SSI)**, která měří úroveň sociální kompetence, **Inventář sociální zralosti (Psychosocial maturity inventory - PSMI)** nebo **dotazník Inkelese a Leidermana** (Obereignerů et al., 2016).

3.2.3 Testy sociální inteligence

Do této kapitoly se rozhodně sluší zařadit testy „sociální inteligence“, mezi něž patří **Social Interpretation Test (SIT)**, jehož autorem je Berger. Administrace probíhá formou předkládání kreslených obrázků subjektům, kteří odpovídají na pár otevřených otázek (Svoboda et al., 2013).

Dalšími testy jsou **TSI-BDX** a **TSI-CBX**. Využívají 5 různých technik, a spočívají v předkládání podnětových materiálů z pěti různých technik, jako jsou fotografie sociálních situací, kreslené sociální situace, siluety postav, zjednodušené obrazové symboly lidských postav (podobné figurkám v tělovýchovných instrukcích) a magnetofonové nahrávky hlasů. Testy mají formu tužka-papír a byly publikovány v roce 1968 v knize od Joye. P. Guilforda (Svoboda et al., 2013).

V neposlední řadě patří zmínit i **Social Intelligence Test**, který je tvořen pěti částmi. Revize manuálu z roku 1955 popisuje hodnocení odpovědí či konstruování testu. Ani u jednoho z výše uvedených testů však nelze předpokládat, že by měl standardizaci pro naši populaci (Svoboda et al., 2013).

VÝZKUMNÁ ČÁST

4 VÝZKUMNÝ PROBLÉM

Diagnóza Turnerova syndromu je ve světě známá téměř sto let. V České republice je to minimálně 40 let, kdy je holčičkám a ženám s TS věnována intenzivní pozornost (Zapletalová et al., 2003).

Ovšem většina poznatků i výzkumů ohledně Turnerova syndromu se týká v první řadě oblasti fyzického zdraví, v daleko menší až téměř nulové míře oblasti psychiky a sociálních vztahů. Ve světě se sice provádí spousta výzkumů na témata sociální přizpůsobení, inteligence, verbální schopnosti aj., v rámci naší populace jde o sporadický výskyt, a co se týče sociální zralosti, tak námi nebyl dosud nalezen žádný dostupný výzkum.

Ačkoliv většina zahraničních výzkumů uvádí dívky převážně jako méně sociálně zralé, setkali jsme se s názory (hlavně od blízkých příbuzných dívek či odborníků, kteří s dívkami pracují), které tvrzení výzkumů popírají a naopak vyzdvihují sociální dovednosti dívek. Na základě těchto výroků jsme se rozhodli zkusit popsat sociální zralost u českých dívek s Turnerovým syndromem ve věku 10-15 let pomocí Tematicko-apercepčního testu a jeho vyhodnocení podle škály Sociální orientace (SOS).

4.1 Cíle výzkumu

Hlavním cílem tohoto výzkumu je popsat sociální zralost u dívek s Turnerovým syndromem ve věku 10-15 let na základě výsledků Tematicko-apercepčního testu. Dalšími dílčími cíli je porovnání výsledků dívek mezi sebou a jejich interpretace a hledání příčin případných nedostatků.

4.2 Výzkumné otázky

Pohlédneme-li na cíle výzkumu, nabízí se tyto výzkumné otázky:

- **VO1:** Jsou dívky s Turnerovým syndromem ve věku 10-15 let adekvátně sociálně zralé?
- **VO2:** Jaké pozorujeme hlavní rozdíly mezi dívkami?
- **VO3:** Jaké mohou být příčiny rozdílů či nedostatečného skóre u dívek?

5 Použitá metoda

V této práci jsme použili Tematicko-apercepční test (TAT), který chceme v rámci této kapitoly stručně přiblížit, jelikož to byl náš hlavní empirický nástroj. Protože popis metody úzce souvisí s výzkumnou částí, dovolili jsme si tuto kapitolu zařadit až sem.

5.1 Projektivní metody

Projektivní metody jsou cenným diagnostickým nástrojem, který nás může zavést do hloubi lidské duše. Jako první použil projektivní metodu Sigmund Freud v roce 1879 a to konkrétně slovní asociační experiment. Pojem **projekce** byl potom Freudem zaveden do praxe až v roce 1894 v souvislosti s obrannými mechanismy především proti úzkosti (Svoboda et al., 2013). V psychoanalytickém pojetí by to znamenalo, že se jako projekce může považovat to, že je naše vnímání podnětů ovlivněno vzpomínkami (Nakonečný, 1995).

Pro slovo projekce existují další alternativní výrazy jako např. promítnutí, vržení před sebe nebo extenze (Šípek, 2000). V jiném pojetí je jako projekce nazýván proces, při kterém osoba *projikuje* neboli *promítá* své duševní obsahy a procesy na své okolí nebo je okolí připisuje (Svoboda et al., 2013). Podobně se vyjadřuje i C.G.Jung (1998, 167): „*Při praktické analýze se ukázalo, že nevědomé obsahy zprvu vždy vystupují jako projikované na objektivní osoby a vztahy.*“

Například v psychoterapii se snažíme o zvědomení dosud nevědomých vzorců, aby se nám neodkrývaly nečekaně prostřednictvím projekce, čehož naopak projektivní testy využívají. Kromě tohoto negativního aspektu může být ovšem projekce velikým zdrojem kreativity. O dalších vědomých úrovních projekce nemůžeme hovořit tak snadno, ale do určité míry je možné vědomě projikovat například u projektivních testů. Většinou subjekt přijme projektivní techniku jako hru, takže dovolí nevědomým mechanismům, aby mohly vykonat projekci. V případě, že má subjekt nějaké obavy nebo chce něco zakrýt, zaktivuje obranné mechanismy, které v podstatě zabrání plynulému proudu projekce. Může to pak v praxi u projektivních testů vypadat jako popisování tabulí – co se na nich objektivně vyskytuje a ne to, co v nich vidí subjekt. Pro diagnostiku je každopádně velmi cenný i takový výklad (Šípek, 2000).

Paradoxní potíží u projektivních metod může být překvapivě to, co považujeme i za přednost a to je množství verbální interpretace, kterou obdržíme v konkrétním okamžiku. V případě diagnostikování některých obtíží je nutné doptávat se na životní kontext člověka, využít k doplnění bílých míst příbuzné, lékaře a samozřejmě klienta samotného. V některých obdržených projekcích mohou být zastřené podstatné informace a to například díky obranným mechanismům nebo nezkušenosti daného examinátora. K interpretování je důležité chápat fungování psychiky člověka a nezkruslovat výsledky vlastním doplňováním významů, které nejsou zřejmé (Najbrtová, Šípek, Loneková, & Čáp, 2017).

Použití projektivních metod má ovšem i své nesporné výhody, jak jsme naznačili výše. Jednou z nich je třeba to, že se subjekt nemůže stylizovat do role, v jaké chce být viděn, jako tomu může být u sebesuzovacích škál nebo osobnostních testů. Pro posuzování sociální zralosti osobnosti tak mohou být důležitým nástrojem. Zkoumaná osoba se jejich prostřednictvím nějak reprezentuje, ačkoliv je to nevědomé. Můžeme pomocí toho určit, jak se daný jedinec vnímá, jaký má vztah k sobě samému a ostatním lidem, nebo jak se identifikuje s postavami či situacemi (Lečbych, 2016).

5.2 Tematicko-apercepční test

Tematický apercepční test řadíme do rodiny projektivních testů, které využívají „moment překvapení“. Jedná se o standardizovanou metodu tvořenou obrázkovými tabulemi, jejichž expozice může spustit lavinu nevědomých obsahů, které zkoumaný subjekt v daný moment vyplaví z nevědomí. Díky tomu, že participant předem neví, jaké obdrží „otázky“ nebo obrázky, ani jakým způsobem budou odpovědi interpretovány, nemůže se na odpověď připravit a fixlovat ji (Najbrtová et al., 2017).

Oproti dotazníkovým testům, ve kterých se často participant subjektivně hodnotí, je konkrétně u TAT a u Rorschachova testu zachována objektivita. Při předkládání obrázkových tabulí nemůže dojít k nepochopení nebo špatnému pochopení položené otázky a následně ke zkreslení. Považujeme tedy metodu projekce jako jednu z nejautentičtějších, jelikož lidé mají prostor reagovat volně, přirozeně, podle toho, jak potřebují a jak je jejich nevědomí burcuje. Ovlivnit participanty může akorát výzkumník svým přístupem, na který můžou klienti reagovat odlišně, než by normálně reagovali (Najbrtová et al., 2017).

Co se týče reliability, dělí se psychologové na dva tábory. Nelze použít TAT a tvrdit, že po jeho administraci máme v rukou komplexní popis daného jedince. TAT je svojí podstatou zaměřený na zkoumání vztahů a způsobu řešení konfliktů a v kombinaci s Rorschachovým testem a Hand testem tvoří velkou diagnostickou zásobárnu informací o zkoumaném subjektu a je tím pádem i validnější. Ani tak ovšem nelze v testech zachytit celistvou osobnost člověka; opak může tvrdit leda nezkušený výzkumník (Lečbych, 2016).

5.3 Stručná historie TAT

Historie této testové metody se začíná psát v 1. polovině 20. století, kdy ji Henry A. Murray s nemalým přispěním Christiny D. Morganové popsali poprvé. Bylo to v roce 1935, nejspíše na popud Murrayho studentky Cecelie W. Robertsové, která pozorovala u svého syna, jak si vypráví příběhy za pomoci obrázků z časopisů, což Murrayho inspirovalo k vytvoření testu založeného na tvorbě příběhů na základě obrazového materiálu. Než byla metoda schválena, prošla několika revizemi a úpravami. Manuál k metodě vyšel v roce 1943, ale v současnosti se používají jiné přístupy a původní manuál slouží spíše jako podklad pro nové interpretace (Čermák, & Fikarová, 2012).

Na Murrayho interpretační techniky navázala celá řada autorů, nejznámější z nich např. Bellak, Teglasiová, Cramerová, nebo Westen, v naší republice poté Šebek, Čermák, Fikarová, Soukupová a Goldmann aj. Test díky posledním jmenovaným v tuzemsku nezapadl, ale naopak vzrůstá jeho obliba, jakožto spolehlivé metody (Čermák, & Fikarová, 2012).

Svým způsobem je test velmi podobný Rorschachovu testu, ovšem diagnostika osobnosti je jiná. Jak popisuje Svoboda et al. (2013, 260) ve svém díle *Psychodiagnostika dospělých*: „*ROR je cenný zejména v diagnostice poruch procesů myšlení, TAT je více spojen se sociálním přizpůsobením.*“

Test nebyl kvůli své komplexnosti dosud standardizován pro naši populaci a není u nás tak častý, to ovšem nebrání tomu, aby ve světovém hodnocení patřil mezi deset nejoblíbenějších a nejpoužívanějších metod klinických psychologů. Pro správnou interpretaci TAT je důležitý komplexní náhled na participanta a podpoření objevených jevů skutečnými kontexty ze života (Svoboda et al., 2015).

5.4 Propozice TAT a administrace

Tematicko-apercepční test standardně obsahuje 31 tabulí, z nichž je jedna prázdná. Některé se zadávají pouze mužům, jiné pouze ženám a také se rozlišují tabule zvlášť pro dospělé a pro děti, přičemž dětem je možné předkládat obrázky už od 4 let. Ovšem zkušenost hovoří, že relevantní výsledky dostáváme až od participantů ve věku minimálně 8 let. Tabule pro dospělé je možné předkládat od věku 14-15 let (Svoboda et al., 2013)

Westen při administraci TAT doporučuje použití většího množství tabulí – za minimum považuje šest tabulí a jako ideální počet 8-10 (Goldmann, & Soukupová, 2007). V našem výzkumu byla použita ustálená sada osmi tabulí osvědčených pro použití pro adolescence dle Teglasiové – 1, 2, 3BM, 4, 5, 6BM, 7GF, 8BM (Teglas 1993, in Botorová, 2015).

Při administraci TAT je možné použít více variant instrukcí, my jsme zvolili znění instrukce dle Teglasiové, které jsme upravili pro naši potřebu komunikace s dětmi na tykání (Teglas, 2010, str. 38-41):

„Budu Ti ukazovat nějaké obrázky a Tvojm úkolem bude vymyslet ke každému obrázku nějaký příběh. Řekneš, co předcházelo scéně na obrázku, co se na něm děje právě v tuto chvíli, co jednotlivé postavy cítí a co si myslí a jak příběh dopadne. Řekni celý příběh tak, aby měl začátek, střed a konec. Rozumíš zadání?“

V případě, že participant vypadal překvapeně, či nejistě, byla instrukce zopakována ještě jednou. Stalo se, že po předložení první tabule se participantky zalekly nebo byly nervózní. Ubezpečili jsme je, že každý vytvořený příběh je dobrý a neexistuje špatná odpověď.

Níže popíšeme jednotlivé tabule a jejich vyzývací potenciál. Vycházet budeme u většiny tabulí z popisu uvedeného v *Manuálu TAT* od Murrayho (1943) a pro vyzývací potenciál z monografie *Tematicko-apercepční test: interpretační perspektivy* (Čermák, & Fikarová, 2012, str. 37-48). U jednotlivých odstavců nebudeme pro přehlednost tyto zdroje dále uvádět.

Tabule 1

Murrayho popis: *Chlapec se zamyšleně dívá na housle, které před ním leží na stole.*

Morganová (1999, in Čermák, & Fikarová, 2012) tvrdí, že je na obrázku vyobrazen malý šestiletý houslista Yehudi Menuhin, jehož fotografie byla předlohou pro ztvárnění této tabule. Autorkou kresleného obrázku je Ch. D. Morganová. Podle názoru Bellaka a Abramse je tato tabule velmi cenná, a kdyby mohli použít jen jednu tabuli z celého TAT, byla by to tato, která dle nich dokáže obsáhnout celou osobnost.

Hlavními motivy je vztah s rodiči, pocity viny, odlišné přání rodičů a dítěte, vlastní úspěch apod. Často se očekává popis vztahu chlapce k houslím. Tato tabule je obzvláště vhodná pro adolescenty.

Tabule 2

Murrayho popis: *Venkovská scéna: v popředí je mladá žena s knihou v ruce, v pozadí muž pracující na poli a starší přihlížející žena.*

Inspirací byl dle Morgana zřejmě obraz známý jako Morning on the Cape nebo Fertility, který vytvořil malíř L. Kroll.

Hlavními tématy obrazu jsou vztahy v rodině a téma autonomie. Participant se většinou identifikují s dívkou v popředí. Přihlížející žena může být někdy vnímána jako gravidní, což může být užitečné při interpretaci. Nejčastější téma ovšem bývá „touha dívky opustit farmu a pokračovat ve studiu navzdory přání rodiny“ (Aronow, Weiss, & Reznikoff, 2001, in Čermák, & Fikarová, 2012). Většinou příběh končí šťastně.

Tabule 3BM

Murrayho popis: *Naproti gauči je na zemi schoulená postava chlapce s hlavou skloněnou k pravému rameni. Na zemi vedle něj leží revolver.*

Výhodou tohoto obrázku je nejednoznačnost schoulené osoby, která může představovat chlapce či dívku. Participant se s postavou často identifikuje a přisoudí jí totožné pohlaví.

Tématem tabule mohou být různé variace agrese ve spojitosti s revolverem, nebo nemoc, bolest, stud, či pocity viny postavy na obrázku. Celkově je ladění tabule spíše depresivní.

Tabule 4

Murrayho popis: *Žena tisknoucí ramena muže, jehož tvář a tělo jsou odvráceny, jako kdyby se pokoušel od ní odtrhnout.*

Předloha k této tabule je ilustrace z povídky *Best Man's Gift* od H. M. Williamse a ztvárnil ji C. C. Beall. Na původní ilustraci byl vyobrazen hrdina příběhu Orrin Abbott a žena jeho partnera jménem Anza. V rozhovoru o následující zimě se Orrin snaží zvládnout erotické pokušení, které v něm Anza vyvolává.

Hlavní motiv není překvapivý, je to vztah mezi mužem a ženou a převažuje téma jako je nevěra, hádky, snaha ženy o udržení muže nebo zabránění nějakému činu. Důležité je zmínit protichůdné emoce dvou hlavních postav v popředí. Dalšími tématy je soutěživost a tlak nebo pomoc ze strany partnera.

Tabule 5

Murrayho popis: *Žena ve středním věku stojící na prahu pootevřených dveří a dívající se do místnosti.*

Původní obrázek byl opět ilustrací k románu, tentokrát *The Stars Look Down* od A. J. Cronina. Měla zachytit situaci, kdy žena vchází do pokoje ve chvíli, kdy její neteř Hetty sedí na klíně otci svého snoubence, který mluví o svých citech k ní. Ve chvíli, kdy tam teta vstoupí, se Hetty od muže odtahuje.

Postava starší ženy vyvolává často v participantech pocit, že jde o matku, která kárá nebo je svědkem odhalení něčeho – např. nedovolené sexuální činnosti nebo vloupání. Většinou tedy hovoří o nedovoleném chování, strachu, hněvu nebo paranoidních reakcích. Při popisu tabule není neobvyklé, že participant zmíní i další postavy, které tam nejsou ztvárněné.

Tabule 6BM

Murrayho popis: *Drobná, postarší žena stojí zády otočena k vysokému mladému muži, který se dívá směrem dolů se zmateným výrazem ve tváři.*

Autorem této kresby je Christina Morganová (Čermák, 2005).

Na této tabuli se vyskytuje podle jednoho názoru podstatný motiv vztahu mezi synem a matkou a také téma ztráty nebo jiných smutných zpráv. Nejčastěji jsou vyprávěny smutné příběhy, ve kterých se objevuje téma tlaku rodičů, svatba dítěte nebo odchod od rodičů (Čermák, 2005).

Tabule 7GF

Murrayho popis: *Starší žena sedí na gauči v těsné blízkosti dívky, mluví s ní nebo jí čte. Děvče, které drží na klíně panenku, se dívá stranou.*

Umělec Anatol Shulkin často maloval dívky, které upřeně zírají někam do prázdna. Pro tuto tabuli byl předlohou právě jeho černobílý obraz *Fairy Tales*.

Mezi nejzmiňovanější motivy patří vztah matky s dcerou, který není úplně v pořádku, jelikož se dívka odvrací. Může zaznít, že matka dceru poučuje, dává jí rady nebo ji utěšuje. Někdy bývá zmiňováno očekávání dítěte v souvislosti s panenkou, kterou dívka drží. Může ovšem dojít k zaměnění panenky za kočku nebo domácího mazlíčka.

Tabule 8BM

Murrayho popis: *Adolescentní hoch v popředí obrázku. Na jedné straně obrázku je vidět hlaveň pušky, v pozadí je nejasná scéna chirurgické operace, podobná snovému obrazu.*

Jako u většiny předchozí tabulí byla předloha ilustrace k literárnímu dílu. Tentokrát jde o povídku *Wild Gees Flying* od spisovatele Hala Borlanda. Na originále byl muž Malcolm, který je zachycen v okamžiku, kdy se rozhoduje jít ve šlépějích svého otce, vesnického lékaře. Ten na původní ilustraci provádí za Malcolmovy asistence operaci slepého střeva muži, který mu před pár dny vyhrožoval smrtí. Malcolmův otec dva dny po operaci onoho muže umírá a zanechává po sobě starý lékařský kufřík a dvě pušky. Oproti originálu se překreslená kopie liší mladším provedením Malcolma a také odstraněním

několika objektů, jako je například stetoskop v kufříku nebo Malcolmova silueta v pozadí (Čermák, 2005).

Tato tabule vyvolává témata jako ambice stát se lékařem nebo také agresi – postřelení operovaného pacienta. Tabule je náročná tím, že zobrazuje v popředí zřetelně chlapce a pušku, zatímco v pozadí je operace ztvárněna snově, mlhavě. Převažují témata války, smrti nebo nemoci, ale přesto mívají konce příběhu pozitivní ladění (Čermák, 2005).

5.5 Skórovací systém – Škála sociální orientace (SOS)

Předlohou ke vzniku Škály sociální orientace, jejímiž autory jsou Petr Goldmann a Tereza Soukupová, byla Škála sociální kognice a objektivních vztahů (SCORS) od Westena. Při své praxi výše zmínění autoři zjistili, že jim Westenova škála nestačí, jelikož se opírala o nevyhovující definici empatie. Empatie byla definována jako *porozumění vcitěním*. Mnohem lépe to dle Goldmanna a Soukupové zachytil Rogers: „*Být empatický znamená vnímat vnitřní referenční rámec druhého člověka s přesností, emocionálními složkami a významy, které k němu patří, jako bych byl oním člověkem, avšak aniž bych kdy ztratil onu dimenzi „jako“*“ (Vymětal, 2004, in Goldmann, & Soukupová, 2009, str. 2).

Škála vychází z výše uvedené definice a zaměřuje se na sociální orientaci subjektu. Do vytváření sociální orientace může vstupovat několik proměnných, kterými jsou (Goldmann, & Soukupová, 2009, str. 2):

- vztah k sobě
- zralost osobnosti
- hodnotový systém
- očekávání od druhých lidí

Škála sociální orientace (SOS) je tvořena celkem ze šesti fází (Goldmann, & Soukupová, 2009, str. 2-3):

1. **Sociální percepce** – registrace podnětů, rozpoznání sociálního podnětu
2. **Sociální zaměření** – zájem o sociální objekt a aktivní zaměření na něj
3. **Sociální porozumění** – porozumění sociálnímu významu situace v jejím emočním a sociálním kontextu (porozumění verbálním i neverbální znakům komunikace)
4. **Vcitění** – emoční ztotožnění, vznik a prožívání shodných emocí s druhým
5. **Spolucitění** – podstoupení od vlastního prožitku a setrvání v emočním kontaktu se sebou i s druhým člověkem
6. **Sociální akt** – využití takto získané zkušenosti

Škála nemá dosud vytvořená kvantifikační měřítka pro jednotlivé fáze, slouží alespoň jako efektivní screening (v psychoterapii, v diagnostice nebo psychologickém poradenství). Dle předpokladu autorů by totiž osobnostně i psychicky zdravý jedinec měl při

popisu tabulí projít postupně všemi uvedenými fázemi. V případě, že subjekt některou fází přeskóčí nebo ustrne na nižší úrovni, může to značit nějaké problémy v mezilidských vztazích. Ty jsou příznačné pro nezralé, ale také disociální, neurotické nebo psychotické klienty nebo pacienty (Goldmann, & Soukupová, 2009).

U zdravého jedince by měl být průběh při popisu tabule následující: První zaznamenanou proměnnou je **sociální percepce** – což znamená, že jedinec rozpoznal, že má daný podnět sociální charakter. Po splnění této podmínky se jedinec může vědomě zaměřit na konkrétní **sociální objekt**. Až v této fázi může jedinec **porozumět sociálnímu významu** situace. Další fáze je **vcítění** do druhých osob, ideálně následovaná fází **spolucítění**. Spolucítění lze popsat jako empatii, při níž máme od druhého odstup, takže zůstáváme v kontaktu s druhým, ale také se sebou samým, abychom se nenechali pohltit vlastním vcítěním. K poslední fázi, kterou je **sociální akt** nemusí vůbec dojít, ale často se objevuje předčasně. Jde o realizovanou dovednost, která vychází ze zkušenosti (Goldmann, & Soukupová, 2009).

Kdybychom měli skórování popsat zcela prakticky, hodnotíme zvlášť každý příběh a hledáme v něm jednotlivé fáze. Jejich přítomnost – či naopak nepřítomnost – můžeme zaznačit znaménkem „+“ nebo „-“ popřípadě čísla „1“ nebo „0“. Dále můžeme zaznamenávat pořadí jednotlivých fází, a jestli dochází k jejich přeskokování nebo vynechání. My jsme zvolili číselné označování jednotlivých fází pro zjednodušení následného zpracování.

Tento skórovací systém jsme zvolili, protože dle našeho názoru nejlépe odpovídá obsahu a pojetí sociální zralosti uvedeném v teoretické části práce. Vnímání druhého jedince, schopnost vcítění se do něj a zároveň zachování určitého vnitřního odstupu, je důležitý prvek sociální zralosti (Greenberger, 1971, in Šimíčková-Čížková, 2004).

6 METODOLOGIE VÝZKUMU

V této kapitole se budeme zabývat designem výzkumu a popisem výzkumného souboru v několika podkapitolách.

6.1 Výzkumný design

Pro specifičnost tématu a malý vzorek v populaci se jevílo jako nejvhodnější zvolit kvalitativní přístup, který se snaží na zvolené téma pohlížet holisticky, což je důležité pro pochopení všech vlivů, které mohou ovlivňovat jedince v pozorovaném jednání (Ferjenčík, 2010).

6.2 Výzkumný soubor

Participantky byly vybírány metodou **prostého záměrného výběru**, aby dostatečně splňovaly výše uvedená kritéria (Miovský, 2006). Jelikož byla naše cílová skupina nezletilá, oslovovali jsme v první řadě rodiče participantek.

Výzkumný soubor je tvořen pěti dívkami s diagnózou Turnerův syndrom – mozaiková forma – ve věku 10-15 let. Věková kategorie byla zvolena s ohledem na četnost dostupného vzorku a také s ohledem na možnosti diagnostické metody. Při výběru vzorku jsme zvažili obvyklé sociální dovednosti a schopnost spolupráce dětí v daném věku. Děti ve věku 10-15 let se nám jevílo jako nejvhodnější věková skupina pro náš výzkum. Po konzultaci s odborníky v oboru a rešerši dostupných zdrojů jsme vyhodnotili, že by se našemu věkovému vzorku mělo vyhnout pro tento věk příznačné období lability, jelikož dívky s TS v tomto období ještě většinou spontánně nedospívají. Obávali jsme se toho, že by rozsáhlejší emoční a názorová labilita mohla ovlivnit výsledky výzkumu.

Typ Turnerova syndromu – karyotyp 45,X nebo mozaiková forma – pro nás nebyl primárně určujícím kritériem, přesto jsme vděční, že má náš soubor jednotnější podobu a dívky mají podobnou diagnózu.

Další podmínkou bylo, aby dívky neměly započatou estrogenovou léčbu. Vliv estrogeneru na sociální zralost sice není prokázán, vyhodnotili jsme jako správné eliminovat co největší množství možných zkreslujících faktorů. Průměrný věk při započetí estrogenové léčby je 15-17 let (Son, Lee, Yoon, & Choi, 2019), tudíž je nad hranici naší věkové kategorie. Původním záměrem bylo zkoumat dívky ve věku 8-16 let, což jsme vzhledem k výše uvedenému nakonec zavrhlí.

Níže uvádíme přehlednou tabulku respondentů, zachycující jejich anonymní označení, věk, navštěvovanou třídu a také počet sourozenců, pořadí narození a případná omezení kvůli diagnóze Turnerova syndromu. Zajímavé je, že žádná z dívek v našem souboru nemá mladšího sourozence.

Tabulka č. 2: Přehled participantů výzkumu

Kód participantek	Věk	Třída ZŠ	Počet sourozenců	Pořadí narození	Omezení v souvislosti s TS a jiné poznámky
P1	14	8	5	nejmladší	Roční odklad, celiakie, úlevy v matematice, delší čas na vypracování úkolů. Lehké projevy autismu (bez diagnózy).
P2	14	9	2	nejmladší	Ne. Ve škole to nikdo neví.
P3	12	6	0	jedináček	Ne.
P4	10	3	2	nejmladší	Ne.
P5	13	7	1	nejmladší	Podezření na autismus, od 6. třídy asistentka.

6.3 Metody tvorby dat

Jako metodu pro tvorbu potřebných dat jsme si zvolili Tematicko-apercepční test, který byl popsán v kapitole 5. Během administrace TAT probíhalo rovnou tzv. *inquiry* – dotazování se na sporné momenty (Svoboda et al., 2013), jelikož dívky často opomínaly některé podstatné části zadání, jako například emoce postav, nebo jak příběh skončí. Snažili jsme se, aby naše dotazování bylo, pokud možno, co nejstručnější a nenarušovalo kontinuitu vyprávění.

Samotné administraci TAT předcházelo krátké **poznávací interview**, které slouží jako dobrý nástroj k získání informací o druhém. Během tohoto typu interview je hlavním mluvčím dotazovaný subjekt, interviewující jen koordinuje druh sdělovaného obsahu (Ferjenčík, 2010). K tomu jsme zvolili **polostrukturovanou** formu interview, což znamená, že výzkumník vychází z předem připravených otázek. Výhodou tohoto typu interview je možnost přizpůsobení pořadí otázek nebo také rozvedení jednotlivých otázek dle reakcí participanta. V rámci polostrukturovaného interview se můžeme více doptávat a ponechat tak rozhovoru přirozenější ráz (Miovský, 2006).

Polostrukturovaným poznávacím interview jsme chtěli navodit příjemnou atmosféru a rozptýlit nervozitu a obavy dívek, které byly zpočátku patrné. Dívky jsme se hned zezáátku zeptali, zda jim můžeme tykat a nabídli jsme jim tykání také. Nechtěli jsme být zařazeni mezi „lékaře“, ke kterým dívky musí často docházet. Přišlo nám to také vhodné vzhledem k tomu, že jsme zjistili, že věkem odpovídáme věku jejich starších sourozenců. Ptali jsme se jich na základní informace o nich samých a snažili jsme se je navést ke spontánnímu vyprávění o svém životě, koníčcích apod., které by nás lépe uvedly do jejich životního kontextu. Interview jsme zahájili vždy před administrací TAT a pokračovali jsme v něm krátce (a často již spíše nestrukturovaně) také po skončení, abychom dívky po testování uvolnili a poskytli prostor pro ventilaci, případně ještě doplnili některé chybějící informace.

Nezbytným nástrojem při využívání výše uvedených metod bylo **molekulární pozorování**, které tvořilo doplňující, ale podstatný prvek po celou dobu kontaktu s participantkami. Pro tento typ pozorování je typické zaměření na určité segmenty jednání pozorovaného subjektu (Ferjenčík, 2010), což pro nás byly hlavně reakce při administraci TAT, ale neopomněli jsme ani další, pro danou dívku běžné, nápadnější projevy. Díky

pozorování jsme si mohli doplnit cenné informace o chování a reakcích participantek a lépe tak proniknout do jejich kontextů.

6.3.1 Proces tvorby dat

Jelikož jsme se každoročně již bezmála šest let účastnili Setkání dívek s Turnerovým syndromem pod záštitou společnosti **Orca Medical**, farmaceutické společnosti **ELI LILLY ČR, s.r.o.**, a také **Turnerklubu**, podařilo se nám navázat spolupráci s doc. MUDr. Jiřinou Zapletalovou, PhD., kterou jsme požádali o zprostředkování kontaktů na rodiče dívek v požadovaném věku. Abychom mohli rodiče kontaktovat, zaslali jsme žádost na schválení Etické komise FN OL a LF UP Olomouc, kterou jsme požádali o schválení výzkumu a podoby informovaného souhlasu.

Obdrželi jsme celkem 11 kontaktů na rodiče, které jsme opakovaně oslovili prostřednictvím emailu. Po první výzvě odpověděli tři rodiče a po opakovaných výzvách další tři. Zkoušeli jsme mimo jiné oslovovat osobnosti zabývající se Turnerovým syndromem i společnosti, které pořádají pravidelná setkání a lékařské kliniky z celé republiky, ale nesetkali jsme se s žádnou odezvou ani po opakovaných výzvách.

Podstatné pro nás bylo, aby se dívky zapojily do výzkumu zcela dobrovolně, bez nátlaku lékařských či jiných autorit, což vedlo nejspíše k tomu, že se z cíleného souboru ozvala jen polovina, z čehož se jeden domluvený kontakt na základě změny osobní situace nakonec vůbec neuskutečnil. Velmi nás potěšilo, že dívky po oslovení rodiči s účastí na výzkumu samy spontánně souhlasily a některé z nich se dle slov rodičů dokonce „nemohly dočkat“.

Rodičům jsme pro místo setkání nabídli hned několik možností. První z nich bylo přímo ve Fakultní nemocnici v Olomouci, kam dívky dochází na pravidelná lékařská vyšetření. Chtěli jsme spojit pravidelnou návštěvu s naším výzkumem, aby to měli rodiče „při jednom“. Další variantou bylo využití pracovních místností na Katedře psychologie FF UPOL nebo také využití kancelářský prostor v zaměstnání v Olomouci. V neposlední řadě jsme rodičům nabídli možnost konání rozhovoru přímo u nich doma, abychom zamezili případným obtížím s dojížděním. Možnost konání v místě bydliště nakonec využily 4 z 5 participantek a s jednou participantkou jsme se setkali v pracovní místnosti na Katedře psychologie FF UPOL.

Naším původním záměrem bylo co nejvíce sjednotit prostředí, ve kterém bude samotná výzkumná práce probíhat, abychom eliminovali možné nežádoucí vlivy. Nakonec se ukázalo domácí prostředí jako daleko lepší varianta, jelikož byly dívky klidnější, jistější a spontánnější a po rozhovoru s dívkami si chtěli často popovídat ještě i rodiče. Sběr dat probíhal od začátku ledna 2020 do první poloviny února 2020.

Nesmíme opomenout systém odměňování participantek. Při domlouvání detailů setkání jsme požádali rodiče, aby nám prozradili, co mají participantky rády, a co by je potěšilo. Jednalo se převážně o sladkosti, takže jsme po skončení administrace TAT participantky vždy odměnili příslušnou „dobrotou“, jako poděkování za jejich snahu a účast na výzkumu. Byl to jen malý dílek, který může ovšem třeba i do budoucna přispět k pozitivní zkušenosti s testováním.

6.3.2 Fixace dat

Naše data jsme fixovali dvěma způsoby. Informace, získané prostřednictvím interview, jsme stručně zaznamenávali na **záznamový arch**. Ten byl přizpůsoben i pro poznámky z pozorování v průběhu administrace TAT. Použili jsme metodu tužka-papír, která je pro tento typ fixace typická (Miovský, 2006).

Druhým způsobem bylo pořizování **audiozáznamu** při administraci TAT na digitální záznamník, takže jsme se mohli soustředit na odpovědi dívek a na jejich reakce. To patří mezi nesporné výhody této formy fixace – zůstáváme v kontaktu s participanty a přitom nám „nic neuteče“. Záznamník jsme umístili tak, aby při administraci nijak nepřekážel a zároveň aby zůstal zvukový záznam dostatečně kvalitní (Miovský, 2006). Na začátek nahrávání byly dívky předem upozorněny. Ukázka záznamového archu je zveřejněna v Příloze č. 1.

Získané audiozáznamy z administrace TAT jsme nejprve doslovně přepsali, abychom mohli data dále zpracovávat. Přepis dat do textové podoby se nazývá **transkripce**, v našem případě jsme se snažili v co největší míře o **doslovnou transkripci**, aby byly v textu patrné pomlky nebo komentáře participantek. Tento přepis je velmi užitečný pro hlubší analýzu dat (Hendl, 2008), kterou v tomto výzkumu přímo nevyužíváme, ale může nám posloužit při dalším zkoumání. Ukázku transkripce a skórování TAT naleznete v Příloze č. 2.

6.4 Metody analýzy dat

Pro analyzování dat získaných prostřednictvím TAT jsme zvolili **Škálu sociální orientace (SOS)**, která nejlépe hodnotí to, co je naším cílem – tedy sociální zralost či sociální orientaci (Goldmann, & Soukupová, 2009). Přepsané popisy tabulí nebylo potřeba dále stylisticky upravovat, jelikož to nebylo pro náš výzkum podstatné. Upravili jsme pouze vizuální podobu přepisů, abychom měli prostor pro zápis hodnot k jednotlivým kategoriím, jelikož jsme je chtěli skórovat pro nás bližší formou **tužka-papír**.

Jednotlivé hodnoty škály jsme přepsali do tabulek v programu Microsoft Office Excel 2016, ve kterém jsme je dále zpracovávali pomocí základních funkcí programu. Spočítali jsme sumy a průměry všech tabulí, škál, i jednotlivců ke vzájemnému porovnání a interpretování.

Důležité prvky z pozorování a polostrukturovaného interview ode všech participantek jsme si ve zkratce zaznamenali do přehledné tabulky, ke které jsme se vraceli v průběhu analyzování dat, obzvláště při hledání širších souvislostí a příčin „nedostatků“.

6.5 Etické aspekty

Před získáním kontaktů jsme zaslali žádost na Etickou komisi FN OL a LF UP Olomouc, pro schválení **informovaného souhlasu** a předání emailových adres rodičů dívek v příslušném věku. Na základě schválení Etickou komisí jsme pokračovali samotným oslovováním rodičů prostřednictvím hromadného emailu se skrytými kopiemi, čímž jsme chtěli zamezit nevyžádanému šíření jejich adres.

Rodiče byli již při emailovém oslovení předem informováni o povaze výzkumu a o používané metodě. Byli ubezpečeni o anonymitě nahrávaných, zpracovávaných a zveřejňovaných dat. Před započítím administrace jsme rodičům předložili informovaný souhlas a dali prostor, abychom si vyjasnili nezbytnosti, případně aby mohli od výzkumu odstoupit. Byli poučeni o tom, že bude rozhovor s jejich dcerou nahráván a nahrávka bude anonymně uchovávána po dobu nezbytně nutnou ke zpracování dat.

Před samotnou administrací testu byli o anonymitě ubezpečeny také participantky, které jsme předem upozornili na pořizování audiozáznamu a požádali jsme je o souhlas s nahráváním a se zapisováním poznámek během polostrukturovaného interview a administrace TAT. Zmínili jsme samozřejmě i možnost kdykoliv od výzkumu odstoupit.

Znění informovaného souhlasu je uvedeno v Příloze č. 3.

Pro zachování anonymity označujeme participanty výzkumu v této práci písmenem **P** a následně příslušným číslem **1-5**. Výsledné označení participantů je tedy P1, P2,...P5.

7 VÝSLEDKY VÝZKUMU

Hlavní náplní této kapitoly je popis získaných a analyzovaných dat. Nejprve se zaměříme na celkové hledisko administrace TAT a poté postupně na přehled výsledných hodnot u jednotlivých tabulí, participantů i na porovnání jednotlivých fází Škály sociální orientace (SOS).

7.1 Čas administrace a počet slov

Na začátek si dovolíme uvést „technické“ náležitosti, mezi něž patří doba trvání administrace TAT (bez poznávacího interview), která se pohybovala od 11 do 21 minut, jak je patrné z Tabulky č. 3. Průměrný čas jednoho rozhovoru je cca 16 minut a na jednu tabuli tak připadají průměrně **dvě minuty**. V tabulce uvádíme pro lepší orientaci věk participantek, který může být dále také hodnotícím kritériem.

Za zmínku stojí nejvyšší a nejnižší průměrná hodnota délky jednoho příběhu. Tvorba příběhu se všemi náležitostmi za necelou minutu a půl se zdá skoro nemožná, zato čas 2 minuty a 38 sekund slibuje barvitější příběh. V potaz je ovšem nutno brát také tempo řeči nebo možnou prodlevu před samotným popisem tabule.

Doba trvání poznávacího polostrukturovaného interview není zaznamenána, jelikož se nenahrávala, ale hlavně by bylo téměř nemožné spolehlivě ohraničit, co ještě patří do výzkumného procesu, a co je již součástí lidského setkání.

Tabulka č. 3: Čas administrace TAT

KÓD	Věk	Čas administrace	Průměrný čas na 1 tabuli
P1	14	19m 20s	2 min 25s
P2	14	11m 15s	1 min 24s
P3	12	11m	1min 22s
P4	10	18 min 15 s	2min 17s
P5	13	21m	2min 38s
Průměr	13	16 min 10 s	2 min 1s

Dalším důležitým prvkem je počet slov u jednotlivých příběhů. Jelikož byl náš přepis dat skutečně doslovný, započítali jsme do počtu slov také *inquiry* (bez našich otázek) a některé opakování slov nebo opravy, jelikož je považujeme za součást procesu tvorby příběhu. Průměrný počet slov participantek u jednotlivých tabulí se pohyboval mezi 50-163 slovy, jednotlivé tabule pak byly popsány průměrně 61-128 slovy. Celkový průměrný počet je **96 slov** na jednotlivce a jednu tabuli.

Při zpracování dat v této tabulce jsme se rozhodli spočítat hodnoty kvartilů (čtvrtin), podle kterých jsme tabulku pro větší přehlednost naformátovali. **Červeným písmem** jsou označené hodnoty, které spadají do čtvrtého kvartilu (tzn. počet slov je vyšší než hodnota Q3), **modrým písmem** naopak hodnoty patřící do prvního kvartilu (počet slov je menší než hodnota Q1). Ostatní černě zbarvené hodnoty se pohybují okolo mediánu a spadají do druhého a třetího kvartilu. Hraniční hodnoty kvartilů zobrazuje Tabulka č. 4 a celkový počet slov je uveden v Tabulce č. 5.

Tabulka č. 4: Kvartily

Min	28
Q1	53,5
Medián	73
Q3	137,5
Max	224

Tabulka č. 5: Počet slov (včetně *inquiry*)

KÓD	Tab 1	Tab 2	Tab 3BM	Tab 4	Tab 5	Tab 6BM	Tab 7GF	Tab 8BM	Průměr jednotlivce
P1	80	150	107	194	209	149	224	188	163
P2	44	153	86	92	118	142	190	180	126
P3	68	54	33	55	45	52	64	28	50
P4	60	60	38	93	73	63	101	136	78
P5	51	73	51	48	52	73	59	85	62
Průměr tabule	61	98	63	96	99	96	128	123	96

7.2 Výsledky u jednotlivých tabulí

V této podkapitole se podíváme podrobněji na výsledky participantek u jednotlivých tabulí. Pro každou tabuli Tematicko-apercepčního testu máme vlastní tabulku s přehledem jednotlivých získaných skóre a jejich součtů, které krátce vysvětlíme. Předestíráme, že skóre jsou spíše pomyslné, ale využijeme toto označení pro jednodušší popis výsledků.

Dle náležitostí uvedených při popisu metody, by měl zralý jedinec postupně projít všechny fáze Škály sociální zralosti. To v ideálním případě znamená (číselně vyjádřeno), že testovaný subjekt dosáhne u každé tabule pomyslného skóre, jehož maximální hodnota je **6**, podle šesti příslušných škál. Výsledky jednotlivých participantek jsou uvedeny v řádcích.

Kdybychom hodnotili celkovou „úspěšnost výskytu jednotlivých fází SOS, bude maximální možná dosažitelná hodnota rovna počtu participantů. V našem případě je to celkem **pět** participantek.

Součet všech čísel v tabuli pak dává dohromady výsledný skór. Za předpokladu, že všechny participantky projdou u dané tabule všemi fázemi Škály sociální orientace, se bude celková výsledná hodnota rovnat číslu **30**, které je pro nás zároveň „ideálem“ (= počet participantek x šest fází SOS; $5 \times 6 = 30$).

Pro připomenutí vyjmenujeme znovu jednotlivé fáze SOS a jejich označení):

1. Sociální percepce (Spe)
2. Sociální zaměření (SZ)
3. Sociální porozumění (Spo)
4. Vcítění (V)
5. Spolucítění (Sc)
6. Sociální akt (SA)

Zkratky jednotlivých fází jsou uvedeny ve sloupcích tabulek a číslo před zkratkou vyjadřuje číslo příslušné tabule TAT.

Tabule 1

Při administraci této tabule jsme předpokládali nižší skóre, způsobené počáteční nervozitou a zácvikem. Dvě participantky měly obtíže při tvorbě příběhu, jelikož nemohly rozpoznat housle. Protože nevěděly, jak v příběhu pokračovat, povzbudili jsme je, ať řeknou

to, co si myslí, že daný objekt je. P4 popsala, že jde o nůžky a P5 mluvila o pásku na kalhotách. Obzvláště v případě P5 jsme si naším „zásahem“ velmi jistí, protože rozmýšlení nad tím, co chlapcův předmět ve skutečnosti je, participantku viditelně znervózňovalo a šeptem si pro sebe objasňovala možné pokračování příběhu, ačkoliv se u popisu předmětu několikrát zarazila.

I přes tyto nepřesnosti všechny dívky rozpoznaly, že je na tabuli chlapec, který si neví rady s nějakým předmětem – houslemi. Ve většině případů popisovaly smutek nebo neúspěch.

Třetí fáze – sociálního porozumění – dosáhly jen dvě participantky – P1 a P3, které prošly u této tabule i všemi dalšími fázemi. Zbylé tři participantky většinou skončily příběh u nejistoty nebo popisem emocí, které ovšem vyhovovaly pouze pro první dvě fáze SOS.

Oproti tomu P1 a P3 rozpracovaly příběh i s využitím zkušenosti chlapce, například P3: „*Takže kluk asi začal hrát na housle a... (...) ...neví asi, jak má dál pokračovat, jestli ho to vůbec baví... a... pak to asi začne zkoušet a zkoušet pořád dokola, až mu to zase bude a všechno skončí dobře.*“

P1 v příběhu mluvila o tom, že chlapec rozbil housle a je smutný, jelikož neví, zda půjdou spravit a bojí se reakce rodičů. Příběh dopadne „dobrou zprávou“, jelikož se rodiče sice zlobí, ale housle jdou opravit.

Celkový pomyslný skór Tabule 1 je roven číslu **18**.

Tabulka č. 6: Výsledky Škály sociální orientace u Tabule 1

Fáze škály SOS	1Spe	1SZ	1Spo	1V	1Sc	1SA	SUMA
KÓD							
P1	1	1	1	1	1	1	6
P2	1	1	0	0	0	0	2
P3	1	1	1	1	1	1	6
P4	1	1	0	0	0	0	2
P5	1	1	0	0	0	0	2
SUMA	5	5	2	2	2	2	18

Tabule 2

Výsledky Tabule 2 pro nás byly mírně překvapující, jelikož celkový skóre – **14** – byl ještě nižší než u předchozí tabule.

Můžeme si povšimnout, že pouze P1 správně rozpoznala všechny postavy na tabuli a dosáhla první fáze sociální percepce. Úspěšně postupně prošla všemi fázemi, čímž dosáhla nejvyššího možného skóre 6. Rozpracovala obsáhlý příběh o lásce mladé dívky k muži, který orá na poli. Dívka se nakonec z nešťastné lásky rozstala a rodiče orajícího muže nakonec svolili se svatbou.

Oproti tomu P4 nenaplnila posuzovací kritéria ani u jedné z fází, nezmínila konkrétně ani žádnou z postav. Pro lepší ilustraci uvedu její verzi příběhu: „*To je... Sklízí pole? A... Sklidí to a je konec?*“ (Co se dělo předtím?) „*Vyrostlo jim to, co budou sklízet (...)*“

Ostatní participantky většinou vynechaly při tvorbě příběhu jednu z vyobrazených postav – ve dvou případech to byl orající muž a v jednom dívka v popředí, dle slov P2: „*(...) Ta mám pocit, že s tím nemá tak nic společného, s celým tím obrázkem, že je tam tak jako navíc (...)*“

Podobný „nijaký“ závěr zmiňovala o celém příběhu i P3, která hovořila o tom, že příběh nemá jak dopadnout, jelikož si jde každý po svém a postavy spolu nesouvisí. U jejího příběhu byla zaznamenána pouze fáze sociální zaměření.

Tabulka č. 7: Výsledky Škály sociální orientace u Tabule 2

Fáze škály SOS	2Spe	2SZ	2Spo	2V	2Sc	2SA	SUMA
KÓD							
P1	1	1	1	1	1	1	6
P2	0	1	1	1	1	0	4
P3	0	1	0	0	0	0	1
P4	0	0	0	0	0	0	0
P5	0	1	0	1	0	1	3
SUMA	1	4	2	3	2	2	14

Tabule 3BM

S porozuměním této tabuli neměly participantky takové obtíže, jako se dvěma předchozími, což můžeme usuzovat z celkového skóre tabule, které je **24**. Převažovala témata, že osobě na obrázku (zmiňována jako dívka i chlapec), se něco stalo, je smutná, nebo jí někdo ublížil, také, že je jí špatně nebo jí něco bolí. Ve dvou případech jsou zmiňovány pocity viny. Ve čtyřech případech měl příběh pozitivní zakončení.

Skóry jednotlivců jsou u této tabule vcelku vyrovnané, všech fází dosáhla P2, tři participantky nedošly do 5. fáze spolucitění a dvě z nich přeskočily až na poslední fázi sociálního aktu.

Participantky P1 a P4 měly nejnižší skór, jelikož u nich byly zaznamenány jen čtyři fáze SOS. P4 se „zastavila“ u čtvrté fáze, P1 vynechala třetí a čtvrtou a přeskočila rovnou na šestou. Zajímavostí je, že P1 do příběhu použila jméno svého staršího bratra a P4 se po dovyprávění příběhu „radila“ se svými plyšáky, zda příběh řekla správně.

Tabulka č. 8: Výsledky Škály sociální orientace u Tabule 3BM

Fáze škály SOS	3Spe	3SZ	3Spo	3V	3Sc	3SA	SUMA
KÓD							
P1	1	1	1	0	0	1	4
P2	1	1	1	1	1	1	6
P3	1	1	1	1	1	0	5
P4	1	1	1	1	0	0	4
P5	1	1	1	1	0	1	5
SUMA	5	5	5	4	2	3	24

Tabule 4

Při popisu této tabule nebyl problém s rozpoznáním postav, ani s hlavním sociálním tématem a jeho porozuměním. Všechny participantky se dostaly bez problémů až ke třetí fázi SOS. Hlavní motivy příběhu byly u jednotlivých participantek překvapivě odlišné – v případě P5 mělo jít o „přebrání holky“, které muže rozzlobilo, a žena se jej snažila uklidnit. Podobně tomu bylo u P3, která mluvila taktéž o našťavaném muži a strachující se ženě.

P4 uvedla jako motiv konfliktu vzájemné nenaslouchání. Nutno podotknout, že se na začátku tvorby příběhu P4 opět nahlas radila s plyšáky, na což byla následně upozorněna.

P2 popisovala dominanci muže a ženu, která ho obskakuje, přičemž vykreslila zajímavou situaci: „(...) *A paní se na jednu stranu cítí dobře, protože vypadá jako zaopatřeně, že si myslím, že je to díky němu, ale... na druhou stranu ví, že je v tom vztahu jako podřadná. (...)*“ Dále uvádí, že spolu pár asi vyrazí někam ven.

Plného počtu na SOS dosáhla jen P1, jež vyprávěla o vnímavé ženě, která rozpoznala trápení svého manžela. Popisovala, že se muž na obrázku pohádal s kolegou v práci ohledně splnění nějakého úkolu, což manželka vyzorovala, a svému muži s úkolem pomohla.

Nejnižší skóre (3) obdržela P4, u které jsme v příběhu nezaznamenali fázi vcítění, spolucítění ani sociálního aktu. S fází vcítění měla obtíže také P2, která v příběhu nevyužila žádné získané řešení situace, a jejíž skóre dosáhlo hodnoty 4. Shodný výsledek měla i P3, která ovšem neskórovala v posledních dvou fázích. Fází spolucítění ovšem přeskočila také P5, jejíž skóre je 5 pomyslných „bodů“.

Výsledný skór celé Tabule 4 je **22**.

Tabulka č. 9: Výsledky Škály sociální orientace u Tabule 4

Fáze škály SOS	4Spe	4SZ	4Spo	4V	4Sc	4SA	SUMA
KÓD							
P1	1	1	1	1	1	1	6
P2	1	1	1	0	1	0	4
P3	1	1	1	1	0	0	4
P4	1	1	1	0	0	0	3
P5	1	1	1	1	0	1	5
SUMA	5	5	5	3	2	2	22

Tabule 5

Při popisu této tabule převažoval základní motiv, že vyobrazená žena něco zaslechla a tak jde zkontrolovat situaci. Ve dvou případech (P2 a P3) byl zmíněný strach ženy nebo zvědavost, protože většinou předem nevěděla, co se v místnosti děje.

Odlišný scénář zvolily zbylé tři participantky. V příběhu P4 se ženě připalovaly řízky v kuchyni. Hlavním motivem příběhu P5 byla iniciativa holčičky, která uklidila, čímž překvapila svoji maminku a dostala pochvalu. P1 vyprávěla o babičce, která hlídá vnoučata a přijede návštěva. Vnoučata, poslaná do vedlejšího pokoje, rozbijí lampu. Zde je úsměvný

moment, a tím je popisovaný přístup „babičky Madly“ k celé situaci: „...a tak vnoučata měly sice trošičku průšvih, ale moc ne. A Madla si nakonec říkala, že ten kábl aji jí zavazel a tak se to opravilo tak, aby ten kábl nebyl jakoby uprostřed nebo nebyl tak aby zavazel.“

Důležité je zmínit, že je tato tabule jednou ze dvou nejlépe „skórujících“ tabulí - celková dosažená hodnota je **25**.

Můžeme si povšimnout, že dokonce tři participantky (P1, P2 a P5) prošly postupně všemi fázemi Škály sociální orientace a dokázaly v tabuli i v sobě zaznamenat potřebné sociální naladění. K dosažení plného počtu chyběla participantce P3 fáze spolucítění.

Nejnižší skór (2) jsme zaznamenali u P4. Dovolím si uvést znění jejího příběhu k této tabuli:

„Jo. Tak na tohle asi přijdu rychle. Ehm. Babička slyšela něco v kuchyni, tak se tam šla podívat...Ale... nikdo tam nebyl. Nebo... Šla vařit a pálí se jí řízky? Řízek a bramborová kaše jsou moje nejoblíbenější jídlo. A potom boloňské špagety. (Jak se ta babička cítí?) Bojí se, že shoří... Teda že vyhoří. (Jak to dopadlo?) Uhasila to a všechno bylo v pořádku. Všichni si dali... Udělala nové řízky a všichni si báječně pochutnali na večeři nebo na obědě. Spíš na obědě.“

V polovině příběhu přeskočila P2 k vyprávění o tom, co ráda jí a musela být vrácena zpět k testování. Po skončení příběhu volně navázala na další povídání, takže bylo těžké rozlišit, co ještě patří k popisu tabule, a co už patří k nesouvisejícímu rozhovoru.

Tabulka č. 10: Výsledky Škály sociální orientace u Tabule 5

Fáze škály SOS	5Spe	5SZ	5Spo	5V	5Sc	5SA	SUMA
KÓD							
P1	1	1	1	1	1	1	6
P2	1	1	1	1	1	1	6
P3	1	1	1	1	0	1	5
P4	1	0	0	0	0	1	2
P5	1	1	1	1	1	1	6
SUMA	5	4	4	4	3	5	25

Tabule 6BM

Náladu této tabule vystihly všechny participantky správně, ačkoliv ne všechny interpretace vystačily na bodové ohodnocení. Ve třech příbězích bylo zmíněno téma hádání a následného usmíření. Participantka P4 mluvila o smrti manžela vyobrazené ženy a vyobrazený muž na obrázku ji přichází utěšit.

P1 (která při popisu tabule obsáhla všechny fáze SOS) rozpracovala komplikovaný příběh o verbování vojáků, kterému chce žena Celestýna uchránit svého syna. Vše vrcholí, když je žena neprávem obviněna z krádeže. Pro názornější ukázkou barvitého interpretování tabule uvádím část popisu participantkou P1:

„...Ale Míla viděl, jak to bylo. A protože nechtěl, aby Celestýna šla do vězení a tak, tak nakonec tam Míla přišel a šel hájit svou matku Celestýnu. Jenomže verbíři nakonec Mílu viděli no a... Míla musel jít na vojnu. A měl jít 24. prosince...“

V Tabulce č. 11 můžeme ale vidět také nulovou výslednou hodnotu, kterou získala P3. Její příběh: *„Hmm... Asi se pohádali nebo si řekli něco škaredýho a teďka ten muž se jí chce omluvit, to tak vypadá a... potom to asi všechno dobře dopadne. (...)“*, neposkytoval příliš možností prosociálního jednání, které by šlo skórovat podle zadaných kritérií Škály sociální orientace.

Celkový výsledný skór Tabule 6BM je **19**.

Tabulka č. 11: Výsledky Škály sociální orientace u Tabule 6BM

Fáze škály SOS	6Spe	6SZ	6Spo	6V	6Sc	6SA	SUMA
KÓD							
P1	1	1	1	1	1	1	6
P2	1	1	0	1	1	1	5
P3	0	0	0	0	0	0	0
P4	1	0	1	1	0	0	3
P5	1	1	1	1	0	1	5
SUMA	4	3	3	4	2	3	19

Tabule 7GF

V případě této tabule se interpretace dívek také lišily. U P4 se objevilo téma mateřství, protože identifikovala panenku jako miminko, které se holčička učí správně držet, ale nejdříve neposlouchá rady babičky. P5 popsala panenku jako fretku a celé ladění příběhu bylo odlišné než u ostatních dívek – hlavním předmětem příběhu byly knihy, které dcera nechtěla půjčit své matce.

P3 označuje ženu na obrázku jako bezmocnou, protože s ní odmítá dívka komunikovat. Dívka na obrázku se zase nudí a chce být někde jinde. Zakončení příběhu P3 neuvedla. Podobné téma se objevilo i u P2, která celou situaci zasadila do domácího prostředí matky a dcery, která se nechce učit. Ani matku ani dceru, dle slov P2, situace netěší:

„(...) Mamka taky... by chtěla určitě dělat něco jiného, ale dělá to v zájmu té dcery, aby... aby jako... mohla... aby byla lepší ve škole nebo v celkově jako ve vzdělání. A... co bylo předtím... no asi... asi... četla nebo.. a už jí četla ta paní, tu holčičku to tak nějak nebaví... a co si myslím, že následuje, myslím si, že se dost pohádají a holčička se... za chvíli odejde. (...)“

Na prvním místě P2 opakovaně zmiňovala, že hlavním motivem vyobrazené ženy je zájem její dcery, pro kterou to celé dělá.

Téma školy neminulo ani příběh P1, která mluvila o rozhovoru matky s dcerou. Dcera přichází ze školy se špatnou známkou, ale překvapivě nedostává vynadáno, jelikož je to jedna špatná známka z mnoha dobrých a navíc z náročného učiva. Celý příběh je zakončen pozitivně.

Celkové skóre tabule je **22**, jednotlivá skóre dívek se liší jen mírně. Všemi fázemi SOS prošla pouze P2. Participantka P4 neuvedla v příběhu odpovídající emoce, takže neuspěla ve čtvrté fázi. V příbězích P1 a P5 nebylo zmíněno sociální porozumění, a pak každá z dívek nedosáhla na splnění ještě jedné z následujících fází. Nejnižší skóre získala P3, která popsala pouze první tři fáze.

Tabulka č. 12: Výsledky Škály sociální orientace u Tabule 7GF

Fáze škály SOS	7Spe	7SZ	7Spo	7V	7Sc	7SA	SUMA
KÓD							
P1	1	1	0	1	1	0	4
P2	1	1	1	1	1	1	6
P3	1	1	1	0	0	0	3
P4	1	1	1	0	1	1	5
P5	1	1	0	1	0	1	4
SUMA	5	5	3	3	3	3	22

Tabule 8BM

Na začátek bychom chtěli zmínit, že osmá tabule patří ke dvěma nejlépe skórujícím tabulím a její výsledná hodnota je **25** z celkového možného skóre 30. Tři participantky – P1, P2, a P4, skórovaly úspěšně ve všech šesti fázích SOS. P5 měla skóre 5, kvůli chybějící poslední fázi a nejnižší hodnotu - 2, získala P3.

Participantky většinou tato tabule zaskočila, např. P5 si před samotným popisem šeptem pro sebe předříkávala příběh, aby získala jistotu. Nakonec bylo hlavním tématem příběhu operace muže, kterému se udělalo špatně. Podobně jednoznačný příběh vyprávěla i P1, která navázala na příběh z tabule 6BM a využila stejné postavy – operovaný muž je naverbovaný voják, vracející se z vojny s kulkou v těle. Chlapec v popředí je, stejně jako u P5, syn operovaného muže.

P4 si nebyla od samotného začátku jistá záměrem postav v pozadí:

„Co, nuž? Proč ho zabíjejí. Nebo léčí? Nebo jsou to doktoři? A proč se on tady takhle tváří? Měli ho snad nejdřív uspat ne? (smích) To je nějaký divný tadytadle, já už jsem na operaci byla. Tady ten (v popředí) je smutný a bojí se o něho, tady toho to hrozně bolí a... Ti dva fakt nevím. Ti ho za každou cenu nevím jestli zavraždit nebo vyléčit... No, to já fakt nepoznám. A na něčem tam leží. Fakt nějaké divné toleto. (...)"

Nakonec P4 uvedla dvě varianty konců příběhu – jeden s vyléčením a jeden s pohřbem.

Námětem v příběhu P3 bylo „něco, co neměl chlapec v popředí vidět“. Postavy ani situace v pozadí nebyla vůbec zmíněná.

Zajímavý popis sdělila P2, která vyhodnotila ležící postavu jako mrtvé tělo, do kterého dva muži úmyslně řežou. Postavu v popředí popsala jako ženu, která působí tak trochu „navíc“, a která je vedoucí těch dvou mužů, má na svědomí celou situaci v pozadí a má z ní radost. Na závěr vyjádřila P2 přání, aby šla žena do vězení, ačkoliv by sebou nejspíše „stáhla ty dva pány“.

Tabulka č. 13: Výsledky Škály sociální orientace u Tabule 8BM

Fáze škály SOS	8Spe	8SZ	8Spo	8V	8Sc	8SA	SUMA
KÓD							
P1	1	1	1	1	1	1	6
P2	1	1	1	1	1	1	6
P3	0	1	0	1	0	0	2
P4	1	1	1	1	1	1	6
P5	1	1	1	1	1	0	5
SUMA	4	5	4	5	4	3	25

7.3 Porovnání celkových výsledků

V této kapitole se zaměříme na přehledné porovnání celkových dat a součtů skóre jak mezi participanty, tak mezi škálami.

Nesmíme ovšem opomenout zmínit důležité doprovodné metody, kterými bylo poznávací polostrukturované interview a molekulární pozorování a jejich vyhodnocení. Souhrnných výsledků z těchto metod nelze v našem případě dosáhnout, uvedeme ale pár, z našeho pohledu podstatných, vypořizovaných prvků.

Na začátku setkání byly dívky pochopitelně nervózní, ale během interview se atmosféra většinou uvolnila. K opravdu znatelnému uvolnění došlo většinou až při administraci druhé tabule TAT, jelikož už participantky zjistily, o co půjde, a opadla z nich nejistota. Po skončení administrace se žádná z dívek nechtěla na nic doptat a ubezpečily nás, že v nich nezůstal po testování žádný negativní pocit nebo otevřené téma.

Všechny participantky bez problémů povídaly o svých zájmech a koníčcích, které byly velmi rozmanité, od téměř profesionálních sportovních zaměření, přes hudební kroužky až po zcela originální zájmy. Za zmínku stojí určitě vyrábění nebo třeba navrhování šatů pro panenky u P4, nebo uklízení a kreslení jednoduchých tvarů u P5.

U P1 jsme se dostaly ke speciálnímu koníčku, které P1 nazývá „promítání“. Název prý odvodila od starého přístroje na promítání diapozitivů - *promítačky*. „Promítáním“ označuje rychlé kmitavé pohyby rukou nebo prstů, kterými většinou „muchlá“ klíčenku. U toho si často nad obrázkovými knihami, odbornými atlasy zvířat nebo encyklopediemi vytváří vlastní příběhy o zobrazených zvířatech. Projev „promítání“ se objevoval také během popisu tabulí. Důležité je v tomto případě zmínit, že P1 měla roční odklad od nástupu do první třídy a byla u ní zvažována diagnóza lehkého autismu (nediagnostikována).

Podobné rychlé kmitavé pohyby rukou jsme zaznamenali také u P5, u které je také podezření na autismus, a které od 6. třídy pomáhá ve škole asistentka. Participantka P5 si před některou z tabulí pro sebe šeptem předříkala příběh nebo jeho část (za doprovodu rychlých pohybů prstů o sebe), než jej řekla nahlas.

Vrátíme-li se ke speciálním zájmům, patří sem určitě závodní hraní golfu (už pět let) a celkové sportovní zaměření participantky P2, což bylo patrné z množství medailí a pohárů, které byly v pokoji. P2 uvedla, že od 5 let hrála tenis, kterému se nyní věnuje jako koníčku. Ve škole prospívá i přes sportovní vytížení na výbornou, v čemž chce nadále

pokračovat – prioritu přiřadila, dle vlastních slov, studiu: „...*chci, aby mě golf živil, ale nezahlodím kvůli tomu školu.*“

Většina z dívek byla u administrace testů velice soustředěných, výjimku tvořila P4, která odbíhala od tématu a povídala si s plyšáky i během administrace tabulí (na což byla upozorněna), a dle našeho úsudku také P3, která jakoby ztratila přibližně v polovině testování zájem o aktivní spolupráci a – neodborně vyjádřeno – „nechtělo se jí už přemýšlet“. Administrace TAT s participantkou P3 probíhala v pracovní místnosti Katedry psychologie FF UPOL jako s jedinou z celého souboru. Jelikož to bylo ráno v den pololetních prázdnin, nechtěli jsme participantku s maminkou příliš zdržovat, a zapomněli jsme se doptat na možnou příčinu poklesu zájmu.

Zato u participantky P4 jsme strávili velkou dobu spontánním rozhovorem po administraci – participantka v průběhu povídání sama vyjádřila obavu, jestli toho řekla k tabulím dost, a jestli to bylo správně. Po celou dobu vykazovala velký zájem, který přecházel chvílemi až do roztěkanosti. Někdy si správnost své odpovědi během administrace ověřovala pohledem u výzkumníka, nebo slovně u nejoblíbenější plyšové hračky, o které někdy začala v prostoru mezi tabulemi hovořit. Jelikož nebyl plyšák po většinu testování příliš rušivým elementem, dovolili jsme P4, aby si ho, pro větší jistotu, nechala vedle sebe, mimo zorné pole.

7.3.1 Porovnání výsledků participantek

V Tabulce č. 14 nalezneme souhrnný přehled, jak dívky skórovaly u jednotlivých tabulí. Pro lepší pochopení uvedeme krátkou legendu ke skórum:

- **Nejvyšší možný skór dívky u jedné tabule: 6.**
 - Škála sociální orientace má šest fází a každou fázi hodnotíme buď číslem 0, nebo číslem 1. Součet hodnot všech fází dává výsledek.
- **Nejlepší celkový možný výsledek dívky: 48.**
 - U každé tabule lze skórovat hodnotou 6, záleží tedy na počtu tabulí. Celkový skór získáme jednoduchým výpočtem: počet tabulí krát nejvyšší možný skór u jedné tabule, v našem případě po dosazení $8 \times 6 = 48$.

- **Nejvyšší možná hodnota skóre jedné tabule TAT: 30.**
 - Počet dívek x ideální skóre, v našem případě 5x6=30.

Nejvyšší možné hodnoty považujeme za ideální případ, ke kterému bychom se chtěli přiblížit, a který můžeme použít jako malé vodítko při interpretaci, přičemž klademe důraz na sousloví „malé vodítko“. Červeně jsou označena čísla se dvěma nejvyššími hodnotami (5, 6) a modře čísla se dvěma nejnižšími hodnotami (0, 1).

Tabulka č. 14: Výsledné skóre účastnic u jednotlivých tabulí

KÓD	Tab 1	Tab 2	Tab 3BM	Tab 4	Tab 5	Tab 6BM	Tab 7GF	Tab 8BM	Průměr	SUMA
P1	6	6	4	6	6	6	4	6	5,5	44
P2	2	4	6	4	6	5	6	6	4,9	39
P3	6	1	5	4	5	0	3	2	3,3	26
P4	2	0	4	3	2	3	5	6	3,1	25
P5	2	3	5	5	6	5	4	5	4,4	35
Průměr	X	X	X	X	X	X	X	X	4,2	33,8

Pozn.: Pro větší přehlednost nejsou uvedeny průměrné skóre jednotlivých tabulí.

Z tabulky č. 14 je patrné, že nejlépe ze všech účastnic skórovala P1, která u šesti tabulí prošla všemi fázemi SOS, a od ideálního skóre ji dělily pomyslné 4 body. Její průměrný skór je 5,5.

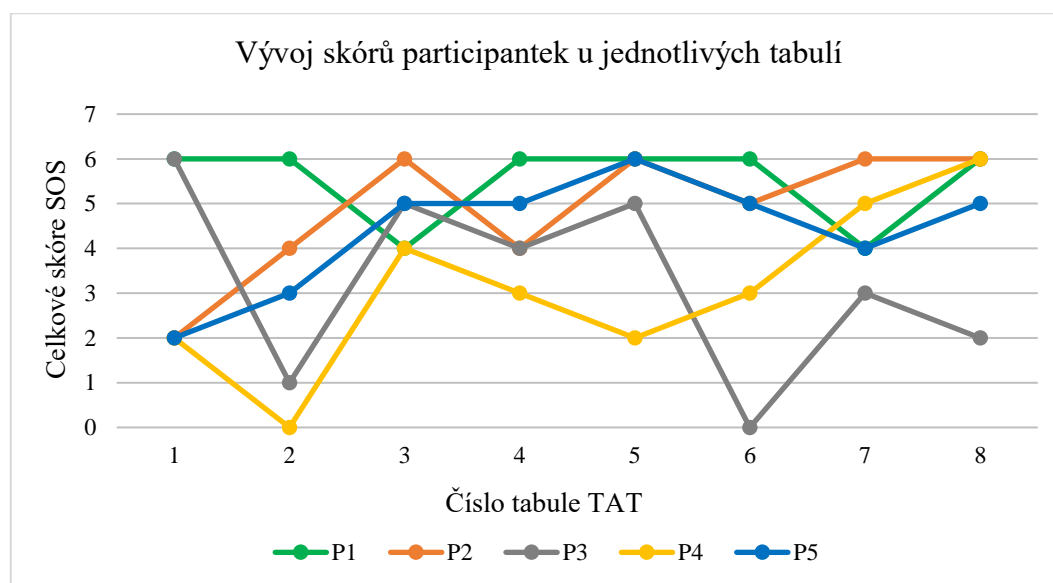
Velmi dobře skórovala také P2 s celkovým výsledkem 39, a průměrným skóre necelých 5, která popsala všechny fáze SOS u čtyř tabulí TAT a v ostatních případech, až na první tabuli, skórovala v lepší polovině. V závěsu je P5 s výsledkem 35, která skórovala plným počtem jen u páté tabule, ale u ostatních dosahovala taktéž spíše druhé poloviny SOS. Její průměrné skóre činí 4,4.

Podobné skóre získaly P3 a P4. Účastnice P3 skórovala o jedno více, a to 26 a P4 skórovala 25. Obě dívky měly alespoň u jedné z tabulí plný počet „bodů“, ovšem průměrně se jejich skóre pohybovalo okolo 3.

Z celkového pohledu je průměrný skór všech dívek 4,2, což bychom mohli interpretovat tak, že jsou dívky schopné projít alespoň čtyřmi fázemi SOS. Průměr všech součtů skóre je pak 33,8, což jsou zhruba tři čtvrtiny celkového možného skóre.

Níže, v Grafu č. 1, můžete vidět přehled vývoje celkového skóre participantek u jednotlivých tabulí. Na grafu můžeme také názorněji pozorovat celkové „zralejší“ skórování nebo občasné propady (například P3 u Tabule 6BM). U žádné participantky se také nestalo, že by u žádné z tabulí neprošla při tvorbě příběhu všemi fázemi SOS – každé z dívek se to povedlo alespoň jednou.

Graf č. 1: Vývoj skórá participantek u jednotlivých tabulí



Protože jsme se v rozhovoru ptali participantek i na jejich sourozence, v Tabulce č. 15 uvedeme pro ilustraci porovnání počtu sourozenců, průměrného počtu slov a celkového výsledku jednotlivých participantek.

Z tabulky není na první pohled patrné, jestli má počet sourozenců skutečně nějaký vliv na výsledky, jelikož se touto problematikou v naší práci nezabýváme. Příběhy dívek s větším počtem sourozenců (dva a více) použily při tvorbě příběhů více slov. Zároveň konkrétně P5 měla sice nižší průměrný počet slov, zato lepší celkové skóre než P4 a P3. Zde je ovšem namísto namítnou, že je P4 starší než obě další dívky.

P2 dosáhla druhého nejvyššího výsledku jak v průměrném počtu slov, tak v celkovém hodnocení, přičemž sourozenci P2 jsou o několik let starší a žijí každý ve své domácnosti, tudíž je P2 v podstatě jedináček. Vzhledem k tomu, že P2 chodí do deváté třídy a má vyšší studijní cíle, je tento výsledek odpovídající.

Abychom mohli hledat souvislosti mezi počtem sourozenců a sociální zralostí dívek, bylo by potřeba začít nový výzkumný proces s použitím jiných metod.

Tabulka č. 15: Porovnání výsledných hodnot a počtu sourozenců

KÓD	Věk	Počet sourozenců	Průměrný počet slov	Celkové skóre
P1	14	5	163	44
P2	14	2	126	39
P3	12	0	50	26
P4	10	2	78	25
P5	13	1	62	35

7.3.2 Porovnání tabulí TAT

Když se podíváme na níže uvedenou Tabulku č. 16, nelze si nevšimnout odlišností mezi výsledky jednotlivých tabulí Tematicko-apercepčního testu. Rozhodli jsme se proto tyto výsledky taktéž krátce zmínit.

Dle jednotlivých skóre dívky nejlépe sociálně vystihly Tabuli 5 a Tabuli 8BM, u kterých nasbíraly celkové skóre 25. Tabule 5 zachycovala paní, nahlížející do dveří a tabule 8BM scénu snového obrazu a v pozadí probíhající operaci slepého střeva.

Jen o jeden menší skór – 24 – získala Tabule 3BM, na které je schoulená postava u gauče. Za touto tabulí se umístily se shodným skórem, čítajícím 22, Tabule 4 a Tabule 7GF.

Tabule 6BM, vyobrazující rozhovor muže a starší ženy, dosáhla skóre 19, za níž se o jeden chybějící skór zařadila Tabule 1 (18). Poloviční možné skóre, a zároveň nejnižší celkové skóre má Tabule 2, a to 14.

Zaměříme-li se na modré hodnoty v tabulce, je patrné, že u Tabule 6BM skórovala jedna z dívek celkovou hodnotou nula na Škále sociální zralosti a u Tabule 2 skórovala jedna dívka hodnotou jedna a druhá dívka hodnotou nula. Jedna z dívek ovšem u totožné tabule dosáhla naopak plného počtu bodů.

Průměrný výsledek jedné tabule je přibližně 21, což jsou zhruba dvě třetiny celkového možného skóre tabule.

Tabulka č. 16: Výsledné součty jednotlivých tabulí TAT

KÓD	Tab 1	Tab 2	Tab 3BM	Tab 4	Tab 5	Tab 6BM	Tab 7GF	Tab 8BM	Průměr
P1	6	6	4	6	6	6	4	6	X
P2	2	4	6	4	6	5	6	6	X
P3	6	1	5	4	5	0	3	2	X
P4	2	0	4	3	2	3	5	6	X
P5	2	3	5	5	6	5	4	5	X
SUMA	18	14	24	22	25	19	22	25	21,1

Pozn.: Pro větší přehlednost nejsou uvedeny průměrné skóry dívek.

7.3.3 Porovnání výsledků jednotlivých fází Škály sociální orientace

Připadalo nám přínosné uvést i porovnání celkového výskytu jednotlivých fází Škály sociální orientace, přičemž musíme při pozdější interpretaci pamatovat také na to, že na sebe některé fáze bezprostředně navazují a nemohou být skórovány bez přítomnosti fáze předchozí. Důležité je také připomenout, že maximální celkový možný skór škály odpovídá počtu tabulí, takže je nejvyšší hodnota v našem případě rovna číslu **8**. Nejvyšší možné skóre jednotlivých participantů je, jak bylo popsáno výše, celkem **48**.

Tabulka č. 17: Celkový výskyt jednotlivých fází Škály sociální orientace

KÓD	Sociální percepce (SPe)	Sociální zaměření (SZ)	Sociální porozumění (SPo)	Vcítění (V)	Spolucítění (Sc)	Sociální akt (SA)	Průměr	SUMA
P1	8	8	7	7	7	7	7,3	44
P2	7	8	6	6	7	5	6,5	39
P3	5	7	5	5	2	2	4,3	26
P4	7	5	5	3	2	3	4,2	25
P5	7	8	5	7	2	6	5,8	35
Průměr	6,8	7,2	5,6	5,6	4	4,6	5,6	33,8

Jak je patrné z tabulky, nejčastěji participanté skórovali ve 2. fázi Škály sociální orientace, kterou je Sociální zaměření, a jejíž průměrná hodnota činí 7,2. Znamená to, že se dívky dokázaly často aktivně zaměřit na sociální objekt na dané tabuli. S podobnou

úspěšností se setkává první fáze – Sociální percepce, která by měla být úplnou prioritou při popisu tabule. Průměrný skór první škály je 6,8.

K dosažení třetí fáze bylo zapotřebí projít fází druhou. Sociální porozumění skóruje s průměrnou hodnotou 5,6, stejně jako čtvrtá fáze Vcítění. Ta je zase naopak podmínkou pro dosažení páté fáze, která v našem pomyslném žebříčku zaujímá až poslední příčku s průměrnou hodnotou 4. Fází Spolucítění jen o něco málo převýšilo průměrné skóre poslední, šesté fáze, kterou je Sociální akt. Průměrný skór této fáze je 4,6.

Podíváme-li se na souhrnné výsledky, škály se vyskytly v průměru výskytu u **5,6** tabulí a průměrné skóre jedné dívky nabývá **33,8** pomyslných bodů ze 48 možných.

8 ODPOVĚDI NA VÝZKUMNÉ OTÁZKY

Tato kapitola je zde samostatně uvedena pro lepší přehlednost a klade si za cíl zodpovědět postupně všechny výzkumné otázky.

VO1: Jsou dívky s Turnerovým syndromem ve věku 10-15 let adekvátně sociálně zralé?

Pohlédneme-li pouze na číselné výsledky, mohli bychom na první výzkumnou otázku odpovědět jednoduše „ano“, jelikož celkové i průměrné skóre participantek spadají do lepší poloviny možných výsledků a podle průměrného skóre participantky u jedné tabule jsou dívky schopné projít až čtyřmi fázemi škály sociální orientace. Jako protipól ovšem stojí za to zvážit právě celkové výsledky Škály sociální orientace a uvědomit si, které z fází skórovaly nejméně. Byly to poslední dvě – Spolucítění a Sociální akt, které vyžadují více empatie a „námahy“ směrem k druhému člověku.

Tato výzkumná otázka je povahy holistické, tudíž nelze vycházet pouze z čísel, ale je nutno přihlídnout k celkovému zjištěnému kontextu dívek a jejich chování. Během administrace TAT jsme ve dvou případech pozorovali znaky nezralého stereotypního chování, které ovšem nemělo na výsledky nejspíše žádný vliv, jelikož zmíněné participantky skórovaly nad 35 bodů. Oproti tomu můžeme zmínit participantku, která neměla žádné viditelné „nezralé“ projevy, ani jiné komplikace v anamnéze a přitom byl její celkový skór nejnižší. Pravdou je, že jsme měli vyšší očekávání, co se týče podoby příběhů nebo třeba počtu slov obzvláště od dívek ve vyšším věku, což se úplně nepotvrdilo ve všech případech.

Vzhledem k tomu, že nejsou k dispozici standardizované normy a nepracovali jsme s kontrolní skupinou, mohou být výsledky dívek způsobené také dílem náhody. V tomto případě musíme uznat, že je problematika sociální zralosti otázkou tak komplexní, že si na ni netroufáme dát jednoznačnou odpověď. Pro další šetření bychom doporučovali výzkumnou otázku přeformulovat a použít více metod k získání dat.

VO2: Jaké pozorujeme hlavní rozdíly mezi dívkami?

Nejmarkantnější rozdíly byly pozorovány v délce trvání administrace TAT a ve stylu vyprávění příběhů. Některé příběhy měly téměř formu literárního díla, zatímco jiné zněly jako strohý popis bez hlubšího zamyšlení.

Velké rozdíly vnímáme také v přístupu dívek ke zpracování „zadaného úkolu“, kterému každá zřejmě přisoudila jinou důležitost. I přes nabídnuté tykání (které nevyužily všechny dívky) jsme se snažili o sice odlehčené, ale přesto profesionální jednání, které se ne vždy setkalo s námi očekávanou reakcí, kterou bylo např. povídání s plyšáky, dětské „vychloubání“, nespolupráce, nebo naopak viditelná snaha správně vymyslet podobu příběhu.

Při opakovaném procházení získaných materiálů jsme si uvědomili ještě jeden výrazný rozdíl, který nám zřejmě v předchozích interpretacích unikal, a tím je náš osobní pocit ze setkání. Ve třech setkáních jsme, nehledě na skutečný věk, pracovali s participantkami spíše jako s dětmi, jelikož tomu odpovídalo jejich chování. Pouze u dvou participantek jsme měli dojem spolupráce „na úrovni“, které odpovídá jejich věk.

VO3: Jaké mohou být příčiny rozdílů či nedostatečného skóre u dívek?

U žádné z dívek jsme nepozorovali celkově „nedostatečné“ skóre, ale zaměříme se na možné příčiny rozdílného skóre u dívek.

Jednou z hlavních vnitřních příčin je v první řadě doajista věk dívek a hned vzápětí prostředí, ve kterém byly dívky testované (domácí prostředí vs. pracovní místnost). Jako možný faktor může působit mimo jiné počet sourozenců a vzájemné vztahy, které přispívají k rozvoji socializace, ale které nebyly předmětem zkoumání této práce. I tak stojí za zmínku.

Další příčinou rozdílů ve výřečnosti a otevřenosti dívek může být faktor výzkumníka, protože se nám s každou dívkou povedlo navázat jinou úroveň vztahu, tím pádem se mohly dívky chovat jinak, než je pro ně obvyklé. Mohly se více „předvádět“ nebo být naopak uzavřenější, ačkoliv to nebylo na první pohled patrné.

Namísto je přiznat, že je tato výzkumná otázka vcelku nevhodně formulovaná vzhledem k typu výzkumu a povaze dat, takže nelze úplně dobře zodpovědět.

9 DISKUZE

Výzkumným problémem naší práce byla nedostatečně popsaná sociální zralosti u dívek s Turnerovým syndromem v České populaci a chybějící výzkumy v této oblasti. Právě popis sociální zralosti u dívek s TS ve specifikovaném věku 10-15 let jsme si zvolili jako cíl naší práce s použitím kvalitativního designu a projektivní metody Tematicko-apercepčního testu. K jeho vyhodnocení jsme využili nový skórovací systém dle Goldmanna a Soukupové, kterým je Škála sociální orientace (2009). Pro lepší nahlédnutí do životního kontextu dívek jsme použili poznávací interview, které bylo vedené jako polostrukturovaný rozhovor a hlavně během administrace TAT také molekulární pozorování.

Když přikročíme k našim výsledkům, hned se nabízí první téma ke zvážení. Jako obvyklá doba administrace TAT při použití sady deseti tabulí se uvádí 50 minut, to znamená 5 minut na jeden příběh. Průměrný počet slov se má pohybovat okolo 300 slov na každý příběh (Svoboda et al., 2013). Dle tohoto obecného měřítka by měly naše rozhovory trvat cca 40 minut, čehož jsme nedosáhli ani u jedné z participantek, stejně tak jako jsme ani u jedné nedosáhli průměrného počtu slov. Nesmíme ale zapomínat na to, že participantky jsou děti, a není zřejmé, jaký věk měla populace, podle které byly určovány výše uvedené průměrné hodnoty.

Pravdou ovšem zůstává, že i přes školní věk participantek byla naše očekávání na verbální dovednosti dívek větší, než se ve skutečnosti ukázalo. Mnoho zahraničních autorů popisuje dívky s TS jako průměrně až nadprůměrně verbálně nadané (Hall, 2006; Skuse et al., 1997), tudíž jsme předpokládali, že budou popisy tabulí delší a rozvítější a celkové skóre nebude „pouhých“ 96 – čili třetinové, oproti očekávanému průměru. Participantky ovšem dokázaly vytvořit barvitý příběh, i když měly ani ne „poloviční“ průměrný počet slov a přitom reflektovaly všechny fáze Škály sociální orientace.

V této části je namístě zmínit možné vlivy na výsledky participantek. V první řadě jde určitě o vliv prostředí. Přivádí nás k tomu nejen výsledky participantky, která byla testovaná mimo domácí prostředí, ale také celkový pocit ze setkání jak s dívkami, tak třeba s jejich rodiči. Zachování příjemného dojmu z testování je podstatné nejen pro všechny budoucí výzkumy, kterých se dívky ještě zúčastní.

Byť jsme to v předchozích kapitolách nezmínili, svou roli může hrát i denní doba. Kvůli školní docházce jsme se s většinou dívek setkali odpoledne po skončení vyučování. Pouze u dívky, testované v pracovní místnosti, byla administrace provedena hned ráno, mezi 8-9 hodinou a to v pátek, v den pololetních prázdnin. Po výzkumném sezení měla dívka slíbené nakupování, což nejspíše mohlo hrát také svou roli.

Naším původním záměrem bylo využít co nejvíce „standardizované“ a hlavně jednotné výzkumné prostředí – právě abychom zamezili případným nežádoucím vlivům. Nakonec se nám to, naštěstí pro nás, „nepovedlo“, což ovšem přispívá ke kvalitě výzkumu, protože využití přirozeného prostředí přineslo mnoho cenných pozorování i osobních zkušeností a poznatků. Tuto myšlenku bychom rádi podpořili citací Miovského, který se vyjadřuje k aplikování kvalitativního výzkumu:

„...nesnažíme se prvoplánově eliminovat různé vlivy, s nimiž jsme nepočítali a které narušují a mění výzkumnou situaci (...). Snažíme se tyto vlivy zaznamenávat, porozumět jejich významu a mechanismu působení. Až ve druhé řadě se je však případně snažíme upozadit, působí-li příliš destruktivně.“ (2006, str. 72).

Tímto způsobem jsme pracovali například se situací s plyšovými hračkami v průběhu administrace TAT u jedné z participantek, kterou jsme po chvíli pozorování a vyhodnocení situace požádali, aby je kvůli přílišnému rušivému efektu odložila ze svého dohledu. Po nějakou dobu ovšem i tato situace sloužila k ilustraci chování dívky.

Dále bychom se chtěli vrátit ke zvolené věkové kategorii, která se zdála zpočátku konzistentní, ale po provedení výzkumu bychom zvolenou kategorii mírně upravili. Děti v původním zvoleném věkovém rozpětí už za sebou sice mají nějakou dobu školní docházky, která jim pomáhá rozvíjet sociální dovednosti a vztah k autoritám a podobně (Vágnerová, 2012), ale přece jen je rozdíl mezi dívkou ve třetí třídě a dívkami na druhém stupni. To mohlo také ovlivnit celkové výsledky a je potřeba to zdůraznit.

Kdyby se nám povedlo pro výzkum oslovit více participantek v původním věkovém rozpětí 10-15 let, pravděpodobně by se výraznější odlišnosti mezi prvním a druhým stupněm buď skryly, nebo ukázaly v plném světle. Takhle se lze jen domnívat a litovat „neúspěchu“ při oslovování.

Jako nové kritérium pro věk výzkumného souboru bychom navrhovali vybírat dívky navštěvující některou třídu na druhém stupni. Věkové rozpětí se sice o tolik výrazně neliší (11/12-15 let), ovšem mentalita žáků na druhém stupni už je na jiné úrovni a žáci mají mimo

jiné více rozvinuté abstraktní myšlení (Vágnerová, 2012). Tímto „školním“ ohraničením bychom eliminovali nejednoznačnosti u dívek, které měly roční odklad školní docházky. Úplně jinou, ale ne nelogickou možností je zvolit nový výzkumný soubor z prvního stupně ZŠ, který má zase svoje společná specifika.

Jedním z možných řešení by bylo zvolení jiných strategií při oslovování participantů, aby zároveň zůstala účast ve výzkumu dobrovolná a ne vynucená lékaři nebo rodiči. Z hlediska specifčnosti zvoleného tématu práce a výzkumného souboru a zároveň zachování dobrovolnosti v účasti na výzkumu považujeme náš soubor jako dostačující.

Přejdeme-li k diskuzi našich výsledků za použití TAT a skórovacího systému Škály sociální orientace, shledáváme řadu výhod i nedostatků. Jako výhodu považujeme právě použití projektivní metody, která ve své podstatě neposkytuje subjektům prostor ke zkreslování skutečných výsledků a ovlivňování testu, jak zmiňoval například Lečbých (2016). Výzkum u dívek s Turnerovým syndromem za použití TAT se nám dosud nepodařilo najít, můžeme tak považovat naše snažení za originální možná dokonce v národním měřítku.

Mezi nevýhody ovšem patří absence standardizace testu a skórovacího systému a tím pádem absence norem, se kterými bychom mohli naše data porovnávat. Zvažovali jsme využití používanějšího skórovacího systému SCORS od Westena, ale nakonec jsme o něj upustili, jelikož jsme se chtěli držet definice sociální zralosti, kterou lépe reflektoval skórovací systém SOS. Toto rozhodnutí zpětně nehodnotíme jako špatné, ale rozhodně by výzkumné části prospělo hodnocení příběhů také pomocí systému SCORS, který už má alespoň nějaké normy rozlišující patologické a zdravé chování a bere v potaz i odlišnou zralost některých složek osobnosti (Goldmann, & Soukupová, 2007). Případně využít jiné neprojektivní metody k sebeposouzení nebo získání alespoň základního profilu jednotlivých dívek, se kterým by bylo možno data z TAT porovnat.

Využití nového skórovacího systému SOS je do jisté míry předností i nevýhodou. Při vyhodnocování jsme postupovali spíše intuitivně, jelikož byly jako podklady dostupné pouze dva zdroje, které zpracovávání skóre vůbec nezmiňovaly. Vytvořili jsme si ve své podstatě vlastní skórovací systém, který jsme se pokusili vyhodnotit. Dovolujeme si alespoň drobně ocenit toto řešení, které nevycházelo z chybného úsudku o povaze číselných dat. Nejen kvůli malému množství podpůrných dat ke škále SOS je možné, že jsme skórovací systém celkově chybně pochopili a neaplikovali jej tak, jak byl původně určen, tzn. nejspíše

pouze ke screeningu a popisu sociální orientace (Goldmann, & Soukupová, 2009). V této chvíli si ovšem netroufáme tvrdit ani jednu z variant.

Jelikož jsme neměli s administrací TAT žádné předchozí zkušenosti, nepovažujeme naše výsledky za natolik odborné, aby měly skutečnou vypovídající hodnotu, nejen kvůli nepříliš dostatečnému souboru, ale i kvůli možným chybám či neprofesionálnímu jednání během administrace. Troufáme si tvrdit, že tato práce může dobře posloužit alespoň jako pilotní studie k dalším výzkumným projektům na toto téma nebo jako možné vodítko při vyhodnocování skórovacího systému SOS.

Mezi slabé stránky výzkumu patří nepřesně formulované výzkumné otázky, vzhledem k použité metodě, na což jsme narazili při pokusu o interpretaci získaných dat. Jejich celková nekonzistence je nejspíše způsobena nedostatečnou praxí, jelikož skórování tak mnohoznačných dat vyžadují především velkou zkušenost, interpretační schopnosti a také vědomosti výzkumníka či psychologa. Samotný výzkumník pak přispívá k další nejednotnosti, jelikož při vyhodnocování postupuje dle subjektivního úsudku (Svoboda et al., 2013). Stejně tak jsme postupovali i my. I přes výše zmíněné nedostatky si nemyslíme, že bychom měli špatně formulovaný cíl výzkumu.

Pro povahu výsledných dat by stála za zvážení změna výzkumného designu z kvalitativního na kvantitativní nebo smíšený model, který by dokázal zachytit jak hloubku kvalitativní povahy tématu, tak adekvátně kvantifikovat získaná data k ověření stanovené hypotézy. Zmíníme jednu variaci smíšeného modelu dle Pattona (1940, in Hendl, 2008, str. 285): Smíšená forma – naturalistický (kvalitativní) plán, kvantitativní data a statistická analýza. K tomu bychom ovšem museli zvolit větší rozsah výzkumného souboru, což se prozatím jeví jako kámen úrazu.

Kdybychom shrnuli nedostatky, zmínili bychom málo použitých metod k dostatečnému popisu současné sociální zralosti dívek, nepřesně formulované výzkumné otázky a malý soubor, čili nemožnost použití lépe vyhovujícího smíšeného designu výzkumu.

Za silné stránky naší výzkumné práce považujeme flexibilitu výzkumníka v jednání s rodiči, cestování do místa bydliště jednotlivých participantů a v neposlední řadě také předem domluvenou „odměnu na míru“ pro účastnice. Mezi silné stránky patří také již zmiňované zaměření práce, které je nejspíše prvním průkopníkem zkoumání dívek s TS

pomocí TAT v České republice. S tím se pojí alespoň malý přínos do pole dosud získaných informací a poznatků o projevech dívek s TS, které má v některých oblastech stále bílá místa.

V neposlední řadě pozitivně hodnotíme porovnávání výsledných dat hned z několika možných úhlů (porovnávání participantek, tabulí a jednotlivých fází škály mezi sebou,...), přičemž jsme použili i data ze „sekundárních“ metod, kterými bylo polostrukturované interview a molekulární pozorování. Neopomněli jsme přihlédnout také k možným vnějším faktorům, kterými je vliv počtu sourozenců na celkové výsledky jedinců.

Závěrem diskuze se sluší upřímně vyjádřit vděk za možnost projít celým výzkumným procesem a na vlastní kůži vyzkoušet nelehkou roli výzkumníka, která nám přinesla mnoho velmi cenných zkušeností, ačkoliv výsledky výzkumu nedopadly úplně podle našeho očekávání. V budoucnu bychom se rádi dále věnovali tématu Turnerova syndromu a jeho psychickým aspektům v různých oblastech života dívek či žen v České populaci, a tak pomohli přispět ke zvýšení kvality jejich života.

10 ZÁVĚR

V této práci jsme se zabývali popisem sociální zralosti u dívek s Turnerovým syndromem ve věku 10-15 let. Dospěli jsme k závěru, že je otázka přiměřené sociální zralosti zkoumaných dívek příliš komplexní na to, abychom byli schopni dát prostřednictvím zde použitých metod jednoznačnou a definitivní odpověď. Sociální zralost považujeme za velmi specifický a především značně individuální fenomén, tudíž jsme od jeho popisu upustili, jelikož by to bylo značně neprofesionální. Podstatnou příčinou byl nedostatek datového materiálu, který by k popisu zralosti pomohl, proto k dalšímu zkoumání v této oblasti doporučujeme použití více metod nebo metody s populačními normami.

Z dosažených výsledků jsme shledali, že se od sebe zkoumané dívky liší především množstvím použitých slov pro tvorbu příběhu, stylem příběhu a v neposlední řadě také v celkovém přístupu k zadanému úkolu. Během administrace jsme u některých dívek pozorovali nezralé projevy chování jako je vyrušování a povídání si s hračkami nebo rychlé „tření“ rukou a prstů o sebe, které ovšem neměly znatelný vliv na výsledky. Až zpětně jsme si uvědomili, že se některé dívky projevovaly „děštěji“, než odpovídalo jejich skutečnému věku.

Jedním z vnějších zdrojů rozdílů mezi dívkami bylo zvolené výzkumné prostředí, přičemž domácí prostředí pomohlo celkové atmosféře i lepšímu porozumění kontextu dívek. K jádru rozdílů jsme se nedostali vzhledem k povaze našich dat a k faktu, že byla daná výzkumná otázka nepřesně formulovaná. Za zajímavé považujeme porovnání celkových výsledků dívek s počtem sourozenců, které by stály za další prozkoumání v samostatné práci.

Pro některé nedostatky shledáváme tuto práci jako pilotní studii k dalším výzkumům v této oblasti, která je rozsáhlá, ale ne neprobádatelná. Doporučujeme se opřít o větší výzkumný soubor a zvolit jiné strategie při volbě používaných metod k získání potřebných dat, celkově tedy dobře promyslet výzkumný design.

11 SOUHRN

V naší bakalářské práci jsme se zabývali tématem sociální zralosti u dívek s Turnerovým syndromem. Turnerův syndrom je vrozená chromozomální vada, vyskytující se u 1 z 2000 až 2500 narozených dívek (Cui et al., 2018). V České republice se za rok narodí průměrně 20 až 25 holčiček s Turnerovým syndromem, který vzniká během buněčného dělení pohlavních buněk buď ve fázi mitózy, nebo až během dalšího meiotického dělení. Na základě toho rozlišujeme výsledný karyotyp dívky s Turnerovým syndromem – jestli jde o „čistý“ Turnerův syndrom s označením 45,X nebo chromozomální mozaiku, která nemá tolik typických příznaků syndromu. Karyotyp chromozomální mozaiky označujeme dle typu různými „variacemi 46,XX“ (Zapletalová et al., 2003).

Typickými znaky Turnerova syndromu je porucha růstu. Průměrná výška dívek se pohybuje v rozpětí 140-150cm, přičemž samozřejmě záleží také na genetických predispozicích (Albertsson-Wikland, & Ranke, 1995). Dalším častým příznakem je gonadální dysgeneze, která znamená úplnou nebo částečnou sterilitu (Johnson, 2000), *pterygia colli* – kožní řasa na krku, širší „mužský“ hrudník, *cubitus valgus* – zvláštní postavení lokte, otoky v prenatálním stadiu, srdeční a ledvinové abnormality aj. (Albertsson-Wikland, & Ranke, 1995; Brdička, & Didden, 2015).

V rámci psychických projevů je ovlivněna hlavně vizuálně-prostorová představivost a matematické dovednosti dívek; zato mohou dívky vynikat ve verbálním projevu (Rovet, & Ireland, 1994). Typická je častější nepozornost, slabá koncentrace a problémy se začleněním do kolektivu, které jsou spojeny s celkovým pomalejším dozráváním dívek (Tager-Flusberg, 1999). Výskyt všech uvedených komplikací je ovšem velmi individuální a v mnoha případech se dívka s TS nijak výrazně neliší od svých vrstevnic (Rovet, & Ireland, 1994).

Sociální zralost je výsledkem procesu, který trvá celý život (Osladilová et al., 1986). Sociálně zralý člověk nemá problém s navazováním vztahů, dokáže adekvátně reagovat v různých sociálních situacích a reflektovat také své pocity a pohnutky. Zároveň zralý člověk nepřidává svým chováním starosti svému okolí (Dombeck, 2007, in Obereignerů et al., 2016). Sociální zralost je celkovou reakcí a chováním jedince v prostředí, které zároveň odpovídají obecným společenským normám (Hartl, & Hartlová, 2015; Macek, 2003).

V každém z věkových stadií můžeme očekávat jiné vývojové úkoly a jinou úroveň zralosti jedince (Vágnerová, 2012).

Dívky s Turnerovým syndromem mají sice potíže se socializací, v pozdějším věku (adolescence, raná dospělost) se ovšem tyto rozdíly stírají a dívky se postupně plně začleňují do sociálního života (Wolstencroft et al., 2019). Některé uzavírají manželství a vychovávají děti (Albertsson-Wikland, & Ranke, 1995).

Pro diagnostiku sociální zralosti existují metody z řad projektivních testů, posuzovacích škál a inventářů nebo testů sociální inteligence. Většina z nich ovšem nemá standardizaci pro českou populaci nebo jsou cizojazyčné.

Chybějící přesnější popis sociální zralosti u dívek s Turnerovým syndromem byl základním výzkumným problémem práce, od něhož jsme odvodili naše výzkumné otázky. Snažili jsme se zodpovědět, jestli jsou dívky adekvátně sociálně zralé, jaké jsou mezi nimi případné rozdíly a co může být jejich příčinou. Podařilo se nám sice zodpovědět všechny otázky, ale některé pouze částečně, jelikož nebyly vhodně formulované. Také jsme předem nepočítali s náročností interpretace sociální zralosti, pro niž byla naše data ve výsledku nedostatečná.

Výzkumný soubor tvořilo pět dívek ve věku 10-15 let s diagnózou chromozomální mozaika Turnerova syndromu, které jsme získaly prostým záměrným výběrem skrze kontakty na jejich rodiče. Dívkám jsme administrovali Tematicko-apercepční test, který patří mezi projektivní metody s řadou výhod pro popis sociální zralosti (Obereignerů et al., 2016). Zvolili jsme sadu osmi tabulí osvědčených pro používání s dětmi a adolescenty (Teglasi, 1993, in Botorová 2015). Pomocnými nástroji bylo polostrukturované interview a molekulární pozorování, díky kterým jsme si alespoň částečně doplnili životní kontexty dívek.

Z administrace TAT jsme pořizovali audiozáznam na digitální záznamník, který jsme následně přepsali do textové podoby pro další zpracování. Jako podklad ke strukturovanému interview a pro pozorování zvláštností během testování dívek jsme používali záznamový arch a metodu tužka-papír, díky které jsme byli více v kontaktu s dívkami (Miovský, 2006). Pro setkání jsme využili ve čtyřech domácích prostředí a v jednom případě pracovní místnost Katedry psychologie FF UPOL. Při všech výzkumných sezeních byla dodržena potřebná etická pravidla, které zahrnují podpis informovaného souhlasu před započítím výzkumu.

Pro vyhodnocení Tematicko-apercepčního testu jsme zvolili Škálu sociální orientace od Goldmanna a Soukupové, která je tvořena šesti fázemi. Zralý jedinec by měl všechny tyto fáze projít. Jsou to: Sociální percepce, Sociální zaměření, Sociální porozumění, Vcítění, Spolucítění a Sociální akt (Goldmann, & Soukupová, 2009). U dívek jsme hodnotili, zda se daná fáze sociální orientace v příběhu vyskytuje nebo nikoliv, a podle toho získávaly dívky „skóre“ u každé z tabulí. Skóry jsme následně zpracovávali podle několika kritérií a porovnávali jsme výsledky dívek mezi sebou, „úspěšnost“ výskytu jednotlivých fází Škály sociální zralosti, a také celkové výsledky jednotlivých tabulí TAT. Pro zajímavost jsme uvedli porovnání průměrného počtu slov příběhu s počtem sourozenců a věkem dívek, ale tvorba konkrétního závěru z tohoto porovnání je spíše otázkou jiné výzkumné práce.

Ze získaných výsledků vyplynulo, že dívky průměrně skórovaly v lepší polovině všech možných výsledků, a že v několika případech prošly u tabulí všemi fázemi sociální orientace. Průměrně by dívky reflektovaly čtyři z šesti fází, přičemž poslední dvě vynechané jsou více zaměřené na empatii a jednání směrem k člověku. Mezi dívkami byly patrné rozdíly v celkovém skóre, ani jedna ale neskončila v „horší polovině“. Co se týče samotných tabulí TAT, větší obtíže dělaly dívkám při skórování pouze dvě, přičemž průměrné skóre jedné tabule byly přibližně dvě třetiny možného výsledku.

Hlavním rozdílem mezi dívkami byl jejich přístup k testování, přičemž se některé z dívek chovaly na svůj věk nevyspěle. Dalším rozdílem byl počet slov a barvitost příběhu. Na vše uvedené mělo dozajista vliv prostředí a také faktor výzkumníka.

V diskuzi jsme narazili na několik výraznějších nedostatků práce, kterými je malý výzkumný soubor pro kvantifikaci dat, nesprávně formulované výzkumné otázky a nepřesně zvolená metoda, jejíž povaha dat neumožňuje kýženou hloubkovou interpretaci. Z důvodu chybějících výzkumů na téma sociální zralosti u české populace dívek s Turnerovým syndromem jsme nemohli naše výsledky porovnat s jinými výzkumnými daty. Vzhledem k uvedeným nedostatkům práce ji považujeme spíše za pilotní studii k dalším výzkumům na dané téma. Doporučujeme vhodně zvolit výzkumný design, využít více metod nebo více skórovacích systémů při používání TAT, případně zvolit jinou věkovou kategorii výzkumného souboru.

LITERATURA

1. Asociace rodičů a přátel zdravotně postižených dětí v ČR, z. s. TURNERKLUB. (nedat.). Získáno z <http://www.turnerklub.cz/>.
2. Albertsson-Wikland, K., & Ranke, M. B. (Eds.). (1995). *Turner syndrome in a life span perspective: research and clinical aspects: proceedings of the 4th International Symposium on Turner Syndrome, Gothenburg, Sweden, 18-21 May, 1995*. Amsterdam: Elsevier.
3. Barr, M. L. (1966). The sex chromosomes in evolution and in medicine. *Canadian Medical Association Journal*, 95(22), 1137–1148. Získáno 23. ledna 2020 z <https://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&AuthType=ip,url,uid&db=mdc&AN=4224254&lang=cs&site=eds-live>
4. Batch, J. (2002). Turner syndrome in childhood and adolescence. *Best Practice and Research: Clinical Endocrinology and Metabolism*, 16(3), 465–482. <https://doi.org/10.1053/beem.2002.0217>
5. Botorová, L. (2015). *Užití tematicko apercpečního testu k posouzení sociálních vztahů u dětí s ADHD* (Rigorózní práce). Získáno 20. března 2020 z <https://theses.cz/id/fuwHQd/>
6. Brdička, R., & Didden, W. ([2015]). *Genetika v klinické praxi* (Vol. II). Praha: Galén.
7. Cakirpaloglu, P. (2012). *Úvod do psychologie osobnosti*. Praha: Grada Publishing.
8. Cui, X., Cui, Y., Shi, L., Luan, J., Zhou, X., & Han, J. (2018). A basic understanding of Turner syndrome: Incidence, complications, diagnosis, and treatment. *Intractable & rare diseases research*, 7(4), 223–228. doi: 10.5582/irdr.2017.01056
9. Čermák, I. (2005). Podnětové charakteristiky tabulí Tematicko apercpečního testu. In Čermák, I., & Ženatý, J. (Eds.), *Rorschach a projektivní metody. Ročenka České společnosti pro Rorschacha a projektivní metody*. Brno: Nakladatelství MSD a Česká společnost pro Rorschacha a projektivní metody.
10. Čermák, I., & Fikarová, T. (2012). *Tematicko-aperpeční test: interpretační perspektivy*. Nové Zámky: Psychoprof.
11. Dyk, V., & Justl, V. (1958). *Krysař*. Praha: Československý spisovatel.
12. Ferjenčík, J. (2010). *Úvod do metodologie psychologického výzkumu: jak zkoumat lidskou duši* (2. vyd.). Praha: Portál.

13. Goldmann, P., & Soukupová, T. (2007). Zjišťování objektivních vztahů v tématicko-apercepčním testu. In Ženaty J., Čermák I., & Telerovský R. (Eds.), *Rorschach a projektivní metody. Ročenka České společnosti pro Rorschacha a projektivní metody*. Praha: IPVZ.
14. Goldmann, P., & Soukupová, T. (2009). Zjišťování sociální orientace pomocí TAT. In Heller, D., Mertin, V., & Sobotková, I. (Eds.). *Psychologické dny 2008: Já & my a oni*. Brno: FSpS MU Brno a ČMPS. Získáno 18. 2. 2020 z <https://docplayer.cz/4186718-Zjistovani-socialni-orientace-pomoci-tat.html>
15. Gravholt, C. H., Juul, S., Naeraa, R. W., & Hansen, J. (1996). Prenatal and postnatal prevalence of Turner's syndrome: a registry study. *BMJ (Clinical research ed.)*, 312(7022), 16–21. doi:10.1136/bmj.312.7022.16
16. Gravholt, C., & Stochholm, K. (2006). *The epidemiology of Turner syndrome. International Congress Series. 1298*, 139-145. doi: 10.1016/j.ics.2006.06.009
17. Hall, L. L. (2006). *Turner Syndrome*. <https://doi.org/10.1038/npg.els.0005688>
18. Hartl, P., & Hartlová, H. (2015). *Psychologický slovník* (3. vyd.). Praha: Portál.
19. Hendl, J. (2008). *Kvalitativní výzkum: základní teorie, metody a aplikace* (2. vyd.). Praha: Portál.
20. Hong, D., Scaletta Kent, J., & Kesler, S. (2009). *Cognitive profile of Turner syndrome. Developmental Disabilities Research Reviews*, 15(4), 270–278. <https://doi.org/10.1002/ddrr.79>
21. Jelínek, J. (2003). *Biologie a fyziologie člověka a úvod do studia obecné genetiky*. Olomouc: Nakladatelství Olomouc.
22. Johnson, M. D. (2000). *Human biology: concepts and current issues*. San Francisco: Benjamin Cummings.
23. Jung, C. G. (1998). *Osobnost a přenos*. Brno: Nakladatelství Tomáše Janečka.
24. Kohoutek, R. (2000). *Základy psychologie osobnosti*. Brno: CERM.
25. Langmeier, J., & Krejčířová, D. (2006). *Vývojová psychologie*. Praha: Grada.
26. Lebl, J., & Zapletalová, J. (2015). *Turnerův syndrom* (4. vyd.). Praha: Maxdorf.
27. Lečbych, M. (2016). *Rorschachova metoda: integrativní přístup k interpretaci* (2. vyd.). Praha: Grada.
28. Love, P. G., & Guthrie, V. L. (1999). Kegan's Orders of Consciousness. *New Directions for Student Services*, 1999(88), 65–76. doi:10.1002/ss.8806
29. Macek, P. (2003). *Adolescence* (2. vyd.). Praha: Portál.

30. Massa, G., Verlinde, F., De Schepper, J., Thomas, M., Bourguignon, J. P., Craen, M., ... Belgian Study Group for Paediatric Endocrinology (2005). Trends in age at diagnosis of Turner syndrome. *Archives of disease in childhood*, 90(3), 267–268. doi:10.1136/adc.2004.049817
31. Matějček, Z., & Langmeier, J. (1986). *Počátky našeho duševního života*. Praha: Panorama.
32. Miovský, M. (2006). *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu*. Praha: Grada Publishing.
33. Murray, H. A. (1943). *Thematic apperception test: Manual*. Harvard University Press.
34. Najbrtová, K., Šípek, J., Loneková, K., & Čáp, D. (2017). *Projektivní metody v psychologické diagnostice*. Praha: Portál.
35. Nakonečný, M. (1995). *Lexikon psychologie*. Praha: Vodnář.
36. Nakonečný, M. (2009). *Psychologie osobnosti*. Praha: Academia.
37. Nakonečný, M. (2009). *Sociální psychologie*. Praha: Academia.
38. Nussbaum, R. L., McInnes, R. R., Willard, H. F., Hamosh, A., Thompson, M. W., & Thompson, J. S. (2016). *Thompson & Thompson genetics in medicine* (Eighth edition). Philadelphia, PA: Elsevier.
39. Obereignerů, R., Čáp, D., & Krausová, V. (2016). *Vybrané ukazatele sociální zralosti osobnosti v projektivních psychodiagnostických metodách*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci.
40. Osladilová, D., Homola, M., Jochmanová, A., & Papica, J. (1986). *Základy psychologie pro učitelské studium na FF*. Olomouc: Rektorát Univerzity Palackého.
41. Rovet, J., & Ireland, L. (1994). Behavioral phenotype in children with Turner syndrome. *Journal of Pediatric Psychology*, 19(6), 779–790. doi: 10.1093/jpepsy/19.6.779
42. Skuse, D. H., James, R. S., Bishop, D. V., Coppin, B., Dalton, P., Aamodt-Leeper, G., ... Jacobs, P. A. (1997). Evidence from Turner's syndrome of an imprinted X-linked locus affecting cognitive function. *Nature*, 387(6634), 705–708. Dostupné 23. ledna 2020 z <https://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&AuthType=ip,url,uid&db=mdc&AN=9192895&lang=cs&site=eds-live>
43. Snustad, D. P., & Simmons, M. J. (2017). *Genetika*. Brno: Masarykova univerzita.

44. Svoboda, M., Humpolíček, P., & Šnorek, V. (2013). *Psychodiagnostika dospělých*. Praha: Portál.
45. Svoboda, M., Krejčířová, D., & Vágnerová, M. (2015). *Psychodiagnostika dětí a dospívajících* (3. vyd.). Praha: Portál.
46. Šimíčková-Čížková, J. (2004). *Přehled sociální psychologie* (2. vyd.). V Olomouci: Univerzita Palackého.
47. Šípek, J. (2000). *Projektivní metody*. Praha: ISV.
48. Tager-Flusberg, H. (1999). *Neurodevelopmental disorders*. Cambridge, MA: The MIT Press. Získáno 4. února 2020 z <https://books.google.cz/books?id=PiDcmJ8VrGIC&printsec=frontcover&hl=cs#v=onepage&q&f=false>
49. Teglasi, H. (2010). *Essentials of Tat and other storytelling assessments* (2. vyd.). Hoboken, NJ: John Wiley & Sons.
50. Thompson, J. S., & Thompson, M. W. (1988). *Klinická genetika*. Martin: Osveta.
51. Thorová, K. (2015). *Vývojová psychologie: proměny lidské psychiky od početí po smrt*. Praha: Portál.
52. ÚZIS ČR. *MKN-10: Mezinárodní statistická klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů: desátá revize*. (2019). Praha: ÚZIS ČR. Získáno 7. ledna 2020 z <http://www.uzis.cz/katalog/klasifikace/mkn>
53. Vágnerová, M. (2012). *Vývojová psychologie: dětství a dospívání*. Praha: Univerzita Karlova v Praze, nakladatelství Karolinum.
54. Verhulst, F. C., & Ende, J. van der. (2006). *Assessment scales in child and adolescent psychiatry*. Boca Raton, FL: CRC Press.
55. *Vrozené vady u narozených: ČR 2000*. (2001). Praha: Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR. Získáno 12. listopadu 2019 z <https://www.uzis.cz/katalog/zdravotnicka-statistika/vrozene-vady-narozenyh>
56. *Vrozené vady u narozených: ČR 2001*. (2002). Praha: Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR. Získáno 12. listopadu 2019 z <https://www.uzis.cz/katalog/zdravotnicka-statistika/vrozene-vady-narozenyh>
57. *Vrozené vady u narozených: ČR 2002*. (2003). Praha: Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR. Získáno 12. listopadu 2019 z <https://www.uzis.cz/katalog/zdravotnicka-statistika/vrozene-vady-narozenyh>

58. *Vrozené vady u narozených: ČR 2003.* (2005). Praha: Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR. Získáno 12. listopadu 2019 z <https://www.uzis.cz/katalog/zdravotnicka-statistika/vrozene-vady-narozenych>
59. *Vrozené vady u narozených: ČR 2004.* (2006). Praha: Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR. Získáno 12. listopadu 2019 z <https://www.uzis.cz/katalog/zdravotnicka-statistika/vrozene-vady-narozenych>
60. *Vrozené vady u narozených: ČR 2005.* (2008). Praha: Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR. Získáno 12. listopadu 2019 z <https://www.uzis.cz/katalog/zdravotnicka-statistika/vrozene-vady-narozenych>
61. *Vrozené vady u narozených: ČR 2006.* (2008). Praha: Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR. Získáno 12. listopadu 2019 z <https://www.uzis.cz/katalog/zdravotnicka-statistika/vrozene-vady-narozenych>
62. *Vrozené vady u narozených: ČR 2007.* (2009). Praha: Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR. Získáno 12. listopadu 2019 z <https://www.uzis.cz/katalog/zdravotnicka-statistika/vrozene-vady-narozenych>
63. *Vrozené vady u narozených: ČR 2008.* (2010). Praha: Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR. Získáno 12. listopadu 2019 z <https://www.uzis.cz/katalog/zdravotnicka-statistika/vrozene-vady-narozenych>
64. *Vrozené vady u narozených: ČR 2009.* (2011). Praha: Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR. Získáno 12. listopadu 2019 z <https://www.uzis.cz/katalog/zdravotnicka-statistika/vrozene-vady-narozenych>
65. *Vrozené vady u narozených: ČR 2010.* (2012). Praha: Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR. Získáno 12. listopadu 2019 z <https://www.uzis.cz/katalog/zdravotnicka-statistika/vrozene-vady-narozenych>
66. *Vrozené vady u narozených: ČR 2011.* (2013). Praha: Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR. Získáno 12. listopadu 2019 z <https://www.uzis.cz/katalog/zdravotnicka-statistika/vrozene-vady-narozenych>
67. *Vrozené vady u narozených: ČR 2012.* (2015). Praha: Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR. Získáno 12. listopadu 2019 z <https://www.uzis.cz/katalog/zdravotnicka-statistika/vrozene-vady-narozenych>
68. *Vrozené vady u narozených: ČR 2013–2014.* (2017). Praha: Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR. Získáno 12. listopadu 2019 z <https://www.uzis.cz/katalog/zdravotnicka-statistika/vrozene-vady-narozenych>

69. *Vrozené vady u narozených: ČR 2015*. (2017). Praha: Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR. Získáno 12. listopadu 2019 z <https://www.uzis.cz/katalog/zdravotnicka-statistika/vrozene-vady-narozenych>
70. Wolstencroft, J., Mandy, W., & Skuse, D. (2019). Experiences of social interaction in young women with Turner syndrome: a qualitative study. *Child: Care, Health and Development*. doi:10.1111/cch.12710
71. Zapletalová, J., Lebl, J., Šnajderová, M., Dařílková, N., Šantavá, A., & Vrtěl, R. (2003). *Turnerův syndrom*. Praha: Galén.

ABSTRAKT DIPLOMOVÉ PRÁCE

Název práce: Sociální zralost u dívek s Turnerovým syndromem

Autor práce: Terezie Burianová

Vedoucí práce: PhDr. Roman Procházka, Ph.D.

Počet stran a znaků: 98; 162 908

Počet příloh: 4

Počet titulů použité literatury: 71

Abstrakt:

Bakalářská práce se zabývá popisem sociální zralosti u dívek s Turnerovým syndromem ve věku 10-15 let. V teoretické části samostatně charakterizujeme Turnerův syndrom a sociální zralost, kterou blíže specifikujeme pro vybranou zkoumanou kategorii. V práci jsme zvolili kvalitativní design výzkumu a jako metodu k získání dat Tematicko-apercepční test, pro jehož vyhodnocení jsme použili Škálu sociální orientace od Goldmanna a Soukupové (2009). Doplňující data jsme získali pomocí poznávacího polostrukturovaného interview a molekulárního pozorování. Hlavním cílem byl popis a hodnocení sociální zralosti u výzkumného souboru tvořeného pěti dívkami a pojmenování hlavních rozdílů mezi výsledky dívek a jejich možné příčiny. Pro individuální a velice komplexní povahu výzkumného problému jsme odstoupili od hodnocení adekvátní zralosti participantek a pokusili jsme se alespoň interpretovat rozdíly mezi dívkami. Mezi ty patří rozdílná schopnost tvorby příběhu a individuální nezralé projevy, které ovšem neměly zásadní vliv na celkovou úspěšnost dívek. Jelikož má naše práce některé podstatné nedostatky, považujeme ji spíše za pilotní studii k navazujícím výzkumům.

Klíčová slova: Turnerův syndrom; sociální zralost; Škála sociální orientace (SOS); Tematicko-apercepční test (TAT); školní věk

ABSTRACT OF THESIS

Title: The social maturity of girls with Turner's syndrome

Author: Terezie Burianová

Supervisor: PhDr. Roman Procházka, Ph.D.

Number of pages and characters: 98; 162 908

Number of appendices: 4

Number of references: 71

Abstract:

The bachelor thesis deals with the description of social maturity in girls with Turner syndrome aged 10-15 years. In the theoretical part, we characterize Turner syndrome and social maturity, which we specify in more detail for the chosen category. In this work, we chose a qualitative research design and as a method for obtaining data, we applied the Thematic Apperception Test evaluated by the Social Orientation Scale by Goldmann and Soukupová (2009). Additional data were obtained through a semi-structured interview and molecular observation. The main aim was to describe and evaluate social maturity in the research group consisting of five girls and to identify the main differences between the girls' results and their possible causes. Due to the individual and very complex nature of the research problem, we withdrew from the evaluation of the adequate maturity of the participants and at least tried to interpret the differences between girls. These include different storytelling and individual immature expressions, which, however, did not have a major impact on the overall success of girls. As our work has some significant shortcomings, we consider it to be a pilot study for follow-up research.

Key words: Turner syndrome; social maturity; Social orientation scale (SOS); Thematic apperception test (TAT); school-age

PŘÍLOHY

Seznam příloh:

1. Záznamový arch
2. Ukázka skórování přepsaných dat
3. Informovaný souhlas
4. Zajímavost: Dokumentární pořad Diagnóza: Turnerův syndrom

PŘÍLOHA 1: ZÁZNAMOVÝ ARCH PRO POLOSTRUKTUROVANÉ INTERVIEW A POZNÁMKY BĚHEM ADMINISTRACE TAT

Datum:

Kód:

PODKLAD ROZHOVOR

Jméno:

Věk:

Třída ZŠ:

Nějaké omezení kvůli TS?

Sourozenci:

Kamarádky:

Koníčky:

Čím by chtěla být:

Udalo se v posledním měsíci něco zvláštního / důležitého?

TABULE dle Teglasi

Zadávací formule: Budu Ti ukazovat nějaké obrázky a Tvojm úkolem bude vymyslet ke každému obrázku nějaký příběh. Řekni, co předcházelo scéně na obrázku, co se na něm děje právě v tuto chvíli, co jednotlivé postavy cítí a co si myslí a jak příběh dopadne. Řekni celý příběh tak, aby měl začátek, střed a konec. Rozumíš zadání?

1

2

3BM

4

5

6BM

7GF

8BM

PŘÍLOHA 2: UKÁZKA SKÓROVÁNÍ PŘEPSANÝCH DAT

Tabule 1 – obtíže rozpoznat housle

Takže... chlapeček... jo... chlapeček... (*ticho*) vyráběl... (*ticho*) Takže chlapeček vyráběl... (*obtíže, nervozita, zopakovaná část instrukce.*)

Šeptem: Co to je? – zkouší si šeptem předříkat příběh – povzbuzena, ať řekne úplně, co chce.

Chlapeček... chlapeček... jedna holčička... dala chlapečkovi... takže... (neví, co je na obrázku). (*Nad čím teďka přemýšlíš?*) Co to je? (*A co bys řekla, že to je?*) Nevim? Pásek? (*Připomíná Ti to pásek?*) Jo. (*Tak pásek. Co tam vidíš, když pásek, tak pásek.*) Jedna holčička dala chlapečkovi pásek, chlapeček se na něj dívá, myslí si, jestli si ho má dát na kalhoty nebo ne,... A nakonec to dopadlo tak, že si ho tam dal na ty kalhoty. (*Jak se cítí?*) Jakože přemýšlí. Rozmyšleně se cítí, že prostě přemýšlí, co s tím má dělat.

Tabule 1	Spe	1
	SZ	1
	Spo	0
	V	0
	Sc	0
	SA	0

Tabule 2

(*Ticho, rozmyšlí*). Nějaká paní dala paní knížky. A... teď jde... Jedna paní... Jedna paní... Jedna paní má... Jedna paní dala slečně knížku, teď se chystá domů a... přemýšlí jestli... A přemýšlí teď nad tou paní, proč jí dala ty knížky... Náladu má (*dívka*), že přemýšlí, třeba nad tou paní a nakonec to dopadlo tak, že si ty knížky přečetla. (*A ta paní, co dala slečně ty knížky, se nějak cítí?*) No šťastně, se cítí, že jí dala knížky. (*A proč?*) Protože je chtěla někomu předat a předala je nakonec.

Tabule 2	Spe	0
	SZ	1
	Spo	0
	V	1
	Sc	0
	SA	1

Tabule 3BM – nadšená, že mluví, osvěžená, jistější

Takže. Chlapec se pohádal se svojí maminkou, ta mu řekla, ať jde do pokoje... Teď tam brečí a myslí si, že... že... se měl...že se neměl... myslí si, že se neměl s maminkou hádat. A nakonec to dopadlo tak, že cítí se smutně, že brečí a nakonec se s maminkou usmířili.

Tabule 3BM	Spe	1
	SZ	1
	Spo	1
	V	1
	Sc	0
	SA	1

Tabule 4

Jeden chlap chtěl mužovi sebrat holku, teď... Teď se na něj chystá, jakože mu chce vynadat a cítí se rozzlobeně. Nakonec to dopadlo tak, že ho žena utěšila a... A že už se s tím chlapem nikdy neviděli. (*No a ta žena, ta se cítí jak?*) Ta se cítí... smutně... že... ji chtěl přebrat nějaký chlap.

Tabule 4	Spe	1
	SZ	1
	Spo	1
	V	1
	Sc	0
	SA	1

Tabule 5

Jedna malá holčička si řekla, řekla, že to mamince uklidí, tak to.. tak... tak ta m uklidila, teď přišla paní, vchá... teď paní vchází do dveří a cítí se překvapeně, že jí... uklidila... A... A... ta holčička se cítí šťastně a nakonec to dopadlo tak, že ji maminka pochválila. (*A na tom obrázku... To je ta maminka nebo paní?*) To je ta maminka.

Tabule 5	Spe	1
	SZ	1
	Spo	1
	V	1
	Sc	1
	SA	1

Tabule 6BM

Manžel s... Syn se pohádal s babičkou... Babička se cítí... Rozzlobeně... A syn teď za ní přichází, aby se omluvil... (*šeptá si pokračování příběhu*). (*A proč se spolu pohádali?*) No protože... on... chtěl jít...do hospody a... syn chtěl jít do hospody a babička nechtěla... aby šel do hospody... A... (*Jak to dopadlo?*) No že... Nakonec... teda syn na to pivo nešel a s maminkou se usmířili. (*A jak se tady cítí ta... maminka nebo babička?*) Cítí se nazlobeně, že chtěl jí... že ji nechtěl poslechnout. (*A ten syn?*) Ten syn se cítí provinile, že ji nechtěl poslechnout.

Tabule 6BM	Spe	1
	SZ	1
	Spo	1
	V	1
	Sc	0
	SA	1

Tabule 7GF

(*Ticho, přemýšlí, prohlíží si dlouho obrázek.*) Dcera půjčila knížku svojí mamince. Maminka si ji čte a... Dcerka chová fretku. A maminka se cítí šťastně a dcera... je... na sebe nazlobená, že jí ty knížky dala... (*A proč?*) Protože... Je... Protože... Maminka to po ní chtěla, aby jí ty knížky dala

Tabule 7GF	Spe	1
	SZ	1
	Spo	0
	V	1
	Sc	0
	SA	1

a ona jí je musela dát. A dopadlo to tak, že maminka ty knížky dceři vrátila. (*A teda, dcera se cítí...?*) Rozzlobeně.

Tabule 8BM

Pán dostal... (*Pro sebe co to tam je, tam řezou nějaký tělo*). Takže... (*pro sebe si předřikává příběh*). Pánovi se udělalo špatně, lékaři zjistili, že se to musí operovat, takže ho teď operujou a... A ten muž se cítí... Smutně, že není se svojí ženou, že ho musí operovat... A doktoři se cítijou taky smutně, protože by mohl umřít. A sou ve stresu a... Ten kluk se... cítí... přemýšlí, proč se tatínkovi udělalo tak špatně. A dopadlo to tak, že to tatínek přežil. A že... Byl dál se svojí maminkou a se svojí dcerou, tatínek se... všichni se cítili šťastně.

Tabule 8BM	Spe	1
	SZ	1
	Spo	1
	V	1
	Sc	1
	SA	0

PŘÍLOHA 3: INFORMOVANÝ SOUHLAS

Informovaný souhlas s účastí na výzkumu v rámci diplomové práce

Název práce: Sociální zralost u dívek s Turnerovým syndromem

Autor práce: Terezie Burianová

Vedoucí práce: PhDr. Mgr. Roman Procházka, Ph.D.

Termín realizace:

Místo realizace:

Prohlašuji, že jsem byl/a seznámen/a s podmínkami účasti na výzkumu za použití Tematicko-apercepčního testu v rámci bakalářské diplomové práce s názvem „Sociální zralost u dívek s Turnerovým syndromem“.

Svým podpisem stvrzuji, že se jej má dcera chce dobrovolně zúčastnit, a že byla informována o všech náležitostech výzkumu a o možnosti kdykoliv z výzkumu vystoupit.

Zároveň souhlasím s pořizováním a následným zpracováním audiozáznamu z výzkumného sezení a jeho uchovávání po dobu nezbytně nutnou. V případě zájmu mám právo požádat o nahlédnutí do zpracovávaných materiálů a v případě nesouhlasu požádat o odstranění údajů.

Beru na vědomí, že údaje poskytnuté pro účely tohoto výzkumu budou anonymizovány kódy nebo smyšlenými jmény a nebudou použity jinak než k interpretaci výsledku v rámci diplomové práce.

Dne: V:

Jméno a příjmení:

Podpis zákonného zástupce:

Podpis výzkumníka:

Ústní vysvětlení dítěti podala dne:

PŘÍLOHA 4: DOKUMENTÁRNÍ POŘAD O ŽIVOTĚ S TURNEROVÝM SYNDROMEM

Haertlová, R. (Postproducent), & Šimůnek, V. (Režisér). (2004). Diagnóza: Turnerův syndrom [Dokumentární pořad]. HERAFILM a Česká televize. Získáno 13. prosince 2019 z <http://www.ceskatelevize.cz/porady/1095946610-diagnoza/104-turneruv-syndrom/video/>