

Univerzita Palackého v Olomouci

Filozofická fakulta

Katedra psychologie

**SEBEPOJETÍ ADOLESCENTŮ S LEHKÝM MENTÁLNÍM  
POSTIŽENÍM**

**SELF-CONCEPT OF ADOLESCENTS WITH  
INTELLECTUAL DISABILITIES**



**BAKALÁŘSKÁ DIPLOMOVÁ PRÁCE**

Autorka: Ing. Jana Dusílková

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

Olomouc

2022

Místopřísežně prohlašuji, že jsem bakalářskou diplomovou prací na téma: „Sebepojetí adolescentů s lehkým mentálním postižením“ vypracovala samostatně pod odborným dohledem vedoucího diplomové práce a uvedla jsem všechny použité podklady a literaturu.

V Olomouci dne: \_\_\_\_\_

Podpis: \_\_\_\_\_

Ráda bych poděkovala panu doc. PhDr. Radku Obereignerů, PhD. za vstřícný přístup a odborné vedení mé bakalářské diplomové práce a také panu PhDr. Danielu Dostálovi, Ph.D. za rady a pomoc při statistickém zpracování získaných dat. Dále velmi děkuji všem studentům oslovených středních odborných učilišť za účast v mém výzkumu a za výjimečný zájem o můj výzkum.

# Obsah

ÚVOD.....	6
TEORETICKÁ ČÁST .....	8
<b>1. SEBEPOJETÍ.....</b>	<b>9</b>
1.1. DEFINICE SEBEPOJETÍ: .....	9
1.2. VÝVOJ SEBEPOJETÍ .....	11
<b>2. ADOLESCENCE.....</b>	<b>17</b>
2.1. VÝVOJ SEBEPOJETÍ V ADOLESCENCI .....	18
2.2. VÝZKUMY SEBEPOJETÍ V ADOLESCENCI.....	19
<b>3. MENTÁLNÍ POSTIŽENÍ .....</b>	<b>22</b>
3.1. DEFINICE MENTÁLNÍHO POSTIŽENÍ.....	22
3.2. LEHKÉ MENTÁLNÍ POSTIŽENÍ .....	23
3.3. ETIOLOGIE MENTÁLNÍHO POSTIŽENÍ.....	24
3.4. MENTÁLNÍ POSTIŽENÍ A STIGMA .....	24
3.5. VLIV PROSTŘEDÍ NA PSYCHICKÝ VÝVOJ DÍTĚTE S MENTÁLNÍM POSTIŽENÍM.....	25
3.6. PSYCHOTERAPIE OSOB S MENTÁLNÍM POSTIŽENÍM .....	29
3.7. VÝZKUM MENTÁLNÍHO POSTIŽENÍ.....	30
3.8. VÝZKUMY SEBEPOJETÍ LIDÍ S POSTIŽENÍM .....	31
<b>4. SEBEPOJETÍ ADOLESCENTŮ S MENTÁLNÍM POSTIŽENÍM.....</b>	<b>34</b>
4.1. VÝZKUMY SEBEPOJETÍ DĚTÍ A ADOLESCENTŮ S MENTÁLNÍM POSTIŽENÍM .....	34
VÝZKUMNÁ ČÁST .....	37
<b>5. VÝZKUMNÝ PROBLÉM A CÍLE PRÁCE.....</b>	<b>38</b>
<b>6. TYP VÝZKUMU A POUŽITÉ METODY.....</b>	<b>40</b>
6.1. DOTAZNÍK SEBEPOJETÍ DĚTÍ A ADOLESCENTŮ PIERS-HARRIS 2 .....	40
6.2. FORMULACE HYPOTÉZ.....	44
<b>7. VÝZKUMNÝ SOUBOR A SBĚR DAT.....</b>	<b>46</b>
7.1. ZÁKLADNÍ SOUBOR.....	46
7.2. VÝBĚROVÝ SOUBOR .....	47

7.3.	ÉTICKÉ HLEDISKO A OCHRANA SOUKROMÍ.....	48
<b>8.</b>	<b>PRÁCE S DATY A JEJÍ VÝSLEDKY .....</b>	<b>49</b>
8.1.	PRÁCE S DATY A JEJICH ANALÝZA .....	49
8.2.	DESKRIPTIVNÍ STATISTIKY.....	49
8.3.	OVĚŘENÍ PSYCHOMETRICKÝCH KVALIT METODY PHCSCS-2.....	53
8.4.	VÝSLEDKY OVĚŘENÍ PLATNOSTI STATISTICKÝCH HYPOTÉZ.....	53
<b>9.</b>	<b>DISKUZE .....</b>	<b>57</b>
<b>10.</b>	<b>ZÁVĚR.....</b>	<b>64</b>
<b>11.</b>	<b>SOUHRN.....</b>	<b>65</b>
<b>12.</b>	<b>CITOVANÁ LITERATURA .....</b>	<b>69</b>
<b>13.</b>	<b>PŘÍLOHY .....</b>	<b>76</b>

# Úvod

Tato práce se věnuje lidem s mentálním postižením, tedy specifické populaci, která se v minulosti potýkala s výraznou stigmatizací, nedostatkem teoretických poznatků a s omezeným přístupem k zdravotní, psychologické a psychoterapeutické péči. Ačkoliv se v posledních desetiletích výrazně proměnil přístup k začleňování těchto lidí, stigmatizace, nedostatek teoretických poznatků a omezený přístup k odborné péči do jisté míry stále trvá.

Tato práce má pomoci zmapovat, zda a jakým způsobem mentální postižení ovlivňuje pohled člověka s postižením sám na sebe, tedy jak postižení dopadá na jeho sebepojetí.

Práce se konkrétně zaměřuje na adolescenty s lehkým mentálním postižením. Klade si tedy za úkol zjistit, zda nemají mladí lidé s lehkým mentálním postižením výrazně nižší sebepojetí oproti jejich vrstevníkům v běžné populaci a má tak pomoci zjistit, zda nemají tyto lidé zvýšenou potřebu odborné péče zaměřené na jejich duševní zdraví.

Důvodem, proč jsem si zvolila toto téma jsou má zjištění z práce s lidmi s mentálním postižením na pozici pracovnice v sociálních službách a sociální pracovnice týkající se výrazně snížené dostupnosti lékařské péče a zjištění, že lidé s mentálním postižením mohou být ohroženou skupinou v oblasti některých psychiatrických onemocnění, jelikož se častěji potýkají se sociální izolací vlivem snížené samostatnosti a omezených schopností formulovat, co je trápí a vyhledat samostatně lékařskou péči. Tyto poznatky chci patřičně ověřit a zjistit, zda se sebepojetí osob s postižením mezi adolescenty odlišuje od běžné populace.

Práce je rozdělena na teoretickou a empirickou část. V teoretické části práce se zabývám jednotlivými proměnnými zkoumanými ve výzkumné části – tedy sebepojetím, adolescencí a mentálním postižením. Blíže se zaměřuji

na proměnnou mentální postižení. V teoretické části je kladen důraz na představení dosud uskutečněných výzkumů na obdobné téma. V praktické části pak podrobněji přibližují výzkumný problém a k němu stanovené hypotézy pro naplnění cíle. Poté popisují aplikovanou metodiku, průběh šetření a nakonec představují výsledky ověření hypotéz a vyjadřují se k výsledkům výzkumu a naplnění cíle práce.

# TEORETICKÁ ČÁST



# 1. Sebepojetí

## 1.1. Definice sebepojetí:

Definice sebepojetí a přístupů k sebepojetí je velké množství, já zde uvádím jen několik vybraných pro téma nejrelevantnějších.

Psychologický slovník definuje sebepojetí jako „*představu o sobě, to, jak jedinec vidí sám sebe*“ (Hartl & Hartlová, 2015, str. 524).

Pojem Hartlovi odlišují od pojmu sebeúcta, který má dle autorů k sebepojetí blízko. Rozdílem mezi sebepojetím a sebeúctou je zde pak zdůraznění poznávací složky u sebepojetí, která má hodnotící a popisnou dimenzi (Hartl & Hartlová, 2015).

Psychologie na sebepojetí dle Blatného pohlíží ze tří hledisek: „*z hlediska procesu formování sebepojetí, z hlediska sebepojetí jako produktu procesu sebeuvědomění člověka a z hlediska funkcí sebepojetí v psychické regulaci chování*“ (Blatný & kolektiv, 2010).

Tyrlík sebepojetí charakterizuje za pomoci mentálních reprezentací jakožto mentální reprezentaci vlastního já nebo některých jeho aspektů (Tyrlík, 1996).

U sebepojetí dle Vymětala rozlišujeme jeho **strukturu a dynamiku**. Strukturou máme na mysli stabilní souhrn osobnostních charakteristik, které se mohou vyvíjet a integrovat, jsou vědomé či je snadné je uvědomění zpřístupnit. Naproti tomu dynamika sebepojetí je proces změny, tedy změna osobnosti člověka a spočívá v tom, že sebepojetí se postupně vytváří a proměňuje na základě zkušeností se sebou samým a s okolním světem. Základní důvěra ve svět a sebepojetí se vytváří díky zkušenostem, které člověk nabývá už od útlého věku, pro harmonický vývoj a vnitřní stabilitu jsou pak obzvláště důležité ty nabyté v prvních letech života (Vymětal, 2004).

Thorová (2015, str. 286), ztotožňuje pojmy identita (identity) a sebepojetí (self-concept), Tyrlík a Macek (2010) uvádí, že pojem sebepojetí (self-concept) je často používán jako označení celé jáské zkušenosti, pojem identita (identity) je dle autorů používán ve velkém množství významů.

Sami autoři Tyrlík a Macek pojmu sebepojetí (self-concept) rozumí jako konstrukt zahrnujícímu představy, myšlenky i z nich vyplývající soudy, které má člověk sám o sobě. Označuje především kognitivní obsah vztahovaný k vlastnímu já vázaný určitým sebehodnocením (Tyrlík & Macek, 2010, str. 6).

Pojmu identita pak Tyrlík a Macek (Tyrlík & Macek, 2010) rozumí jako psychologickému konstrukt, který označuje specifickou kvalitu sebereflexe generující pocity, představy a myšlenky pro člověka důležité v určitém sociálním a kulturním kontextu.

Dle Macka, Šulové a Konečné se identita liší od sebepojetí tím, že konstrukt identita dle nich slouží k postižení komplexnosti a určitého přesahu jáské zkušenosti (2009).

### **Aspekty sebepojetí**

Jak dále uvádí Blatný a Plháková (2003, citováno v Obereignerů & kolektiv, 2017), na sebepojetí lze pohlížet ze tří aspektů: z aspektu kognitivního, afektivního a konativního. Aspekt kognitivní se týká obsahu sebepojetí a jeho organizace, aspekt afektivní pak zahrnuje emocionální vztah k sobě, tedy sebehodnocení, a konativní aspekt, který zahrnuje motivační funkci sebepojetí, uplatňovaný v seberegulaci chování .

Moderní výzkumy přispěly k fenoménu lidského já novými pohledy. Sebeipojetí již není vnímáno jako konzistentní jednolitý globální dojem ze sebe, ale jako složitá vnitřně organizovaná struktura mentálních reprezentací Já. V současnosti panuje pohled na sebepojetí jakožto na multifacetovou hierarchicky uspořádanou kognitivní strukturu utvářenou v procesu interakce

jedince s prostředím. Funguje jakožto nástroj psychické regulace chování a slouží jako nástroj orientace a stabilizace činnosti (Konečná, 2010).

Pohled těchto moderních výzkumů na sebepojetí, a sice, že sebepojetí je vnímáno jakožto multifacetová kognitivní struktura utvářená v procesu interakce jedince s prostředím, přijímám jako výchozí předpoklad pro můj výzkum a dále v práci z něho vycházím.

## **1.2. Vývoj sebepojetí**

Stručná charakteristika vývoje sebepojetí v jednotlivých životních etapách člověka od narození po adolescenci je pro můj výzkum významná z důvodu, že se zabývám sebepojetím adolescentů a dále z důvodu, že sebepojetí jedinců s mentálním postižením může nést prvky sebepojetí dětí, které ještě nevstoupily do adolescence. Proto je důležité charakterizovat vývoj sebepojetí v adolescenci, ale i v předchozích obdobích života.

Sebepojetí, které Thorová (2015) ztotožňuje s identitou, je soubor názorů jedince na sebe sama. Dříve se předpokládalo, že se vyvíjí náhle v období adolescence, dnes je platné tvrzení, že jeho vývoj je postupný už od dětství. Do sebepojetí neboli identity Thorová řadí též sexuální orientaci, profesní zaměření či osobní světonázor.

Vývoj psychických vlastností a funkcí včetně vývoje sebepojetí jedince je závislý na více či méně významných faktorech. Psychický vývoj jako takový pak závisí na specifické interakci dispozic vrozených a vlivů prostředí (Vágnerová M. , 2012) .

Ačkoliv vliv vrozených faktorů je na sebepojetí nepopiratelný, já se v této práci zaměřuji více na vlivy prostředí, protože prostředí, ve kterém se adolescent pohybuje, má přímý a okamžitý dopad na jeho sebepojetí. Lidé s mentálním postižením se pohybují v dnešních podmínkách v hodně různých prostředích,

může se jednat o běžné rodinné zázemí či ústavní výchovu a dopad na utváření jeho sebepojetí může být v závislosti na tomto faktoru velmi významný.

Prostředí, ve kterém dítě vyrůstá, může jeho psychický vývoj jako takový velmi významně ovlivnit. Setkává se s ním v rámci interakcí s lidmi, s neživými objekty či se symboly. Všechny složky prostředí stimulují a modifikují psychický vývoj včetně vývoje sebepojetí jedince, některé více, některé méně významným způsobem. Kognitivní vývoj ovlivňuje zejména materiální prostředí, ve kterém se dítě pohybuje a jeho stabilita, strukturovanost a předvídatelnost, psychický vývoj je závislý na sociálních či sociokulturních faktorech. Rozvoj sociálně podmíněných zkušeností, socializace, se odehrává v určitém sociálním kontextu v rámci interakcí s dalšími lidmi. Význam sociálního učení je nejvíce zřetelný na případech dětí, které vyrůstaly mimo běžné rodinné zázemí (Vágnerová M. , Vývojová psychologie , 2012).

### **Sebepojetí v kojeneckém věku**

Vztah k sobě se dle Vágnerové vytváří už od počátku života, základem jsou zkušenosti z raného dětství a zřejmě už prenatálního vývoje. Dle Sterna (Stern, 1992 in Vágnerová M. , 2012) nastává mezi 3. a 6. měsícem fáze základního uvědomování sebe sama, kdy dítě začíná odlišovat projevy vlastní od projevů jiných lidí a začíná diferencovat pocity zapříčiněné vlastní aktivitou či vlastním tělem od pocitů vyvolaných druhou osobou. Od 6. měsíce si pak dítě začíná uvědomovat vlastní tělo a jeho aktivity a začíná chápat efekty různých aktivit. Starší kojenci pak začínají vnímat své citové prožitky jako součást sebe.

Macek, Šulová a Konečná (2009) uvádí, že je všeobecně přijato, že se základ zkušenosti s vlastním já konstituuje již v raném dětství.

Thorová (2015) udává, že i v současnosti probíhá diskuze nad tím, zda se uvědomování si vlastní osoby vyvíjí kontinuálně od narození pomocí

rozpoznávání vlastního těla, či zda začíná sebeuvědomování až ve chvíli, kdy dítě správně užívá slovo „já“.

Názory, že novorozenci nerozlišují mezi vlastní osobou a okolím a neuvědomují si oddělení vlastní mysli a vlastního těla od ostatních, jsou spíše staršího data, v současnosti převládají názory, že i novorozenci již mají uvědomění o rozdílu mezi vlastním tělem a cizím světem. To je zřetelné například na hledacím reflexu, který je o mnoho slabší a méně častý při dotyku vlastní ruky na obličej než při doteku někoho druhého (Thorová, 2015).

Vývoj sebepojetí je spojen s dosažením několika důležitých mezníků, které podmiňují jeho další rozvoj. Prvním je pochopení existence vlastní bytosti, která se liší od okolního prostředí, základní orientace v blízkém prostředí a pochopení stability okolního světa, vytvoření základních vztahů k prostředí, které jsou též stabilní a posilování pocitu jistoty směrem k vlastní existenci i k vnějšímu světu (Vágnerová M. , 2005, str. 117).

Spitz rozlišuje tři vývojová stadia v rámci interakce matka-dítě: preobjektální (od třetího měsíce věku), stadium předběžného objektu, ve kterém dítě reaguje uvědomělým úsměvem na lidskou tvář a kromě vnitřních stimulů začíná reagovat i na ty vnější. Po tomto stadiu následuje třetí, stadium objektních vztahů, ve kterém kojeneček prožívá nejprve úzkost z druhých osob a poté separační úzkost. V této době se rýsuje pocit odlišení sebe sama od okolního prostředí (Spitz, 1965 v Sebeпоjetí dětí a adolescentů v kontextu školy , 2009).

### **Sebeпоjetí a batole**

V batolecím věku ještě sebepojetí není koherentní, jedná se spíše o útržkovité neucelené představy o sobě. Je často černobílé, vlastnosti jsou často posuzovány v hodnotícím úhlu pohledu jako dobré nebo špatné, bývá nerealisticky pozitivní (Harter, 1998 in Vágnerová M., 2005, str. 165).

Mezi druhým a třetím rokem věku se prvně objevuje explicitní forma sebehodnocení jakožto nová kvalita vztahu k sobě samému (Sebepojetí dětí a adolescentů v kontextu školy, 2009).

Sebehodnocení rozumíme jako výsledku srovnávání sebe s normou, kterou dítěti reprezentuje konkrétní očekávání osoby, která mu poskytuje pocit bezpečí, což je často pečující osoba. Od očekávání této osoby se sebehodnocení odvíjí ještě v několika dalších letech. Dle výzkumu Kotáskové se sebehodnocení ještě čtyřletých dětí přímo odvíjí od hodnocení matky (Kotásková v Sebepojetí dětí a dospívajících v kontextu školy - kolektiv autorů, 2009).

V dalších letech se pak tato závislost na matčině názoru rozvolňuje a na jeho úkor se stávají podstatnějšími názory dalších osob. Konkrétní soudy od druhých osob nejsou ještě integrovány do koherentního celku, protože na to děti v tomto věku ještě nemají mentální kapacitu (kolektiv autorů, 2009).

To, jak podstatné sebehodnocení je, ilustruje Röhr. Dle něho nedostatečný pocit vlastní hodnoty může v člověku způsobit pocit, že je nešťastný, v krajních případech to může vést až k úzkostným poruchám, depresím či chorobným závislostem (Röhr, 2013).

### **Sebepojetí v předškolním věku**

Myšlení dětí v předškolním věku je konkrétní, děti podobně jako lidé s postižením postrádají schopnost abstraktního myšlení, což se promítá i do jejich definic sebe sama, při kterých vyjmenovávají konkrétní charakteristiky, osobní preference nebo schopnosti. Popis vlastní osoby ve věku 3 let bývá shrnut několika zřetelnými atributy, jako například: „*Jsem holčička, jsem hodná, někdy zlobivá, umím říct anglicky ,tygr‘.*“ (Thorová, 2015).

Pro sebepojetí předškolních dětí je též typické nadměrné sebevědomí, které je zapříčiněno přetrvávajícím pocitem všemoci, zatím nevyvinutými

schopnostmi abstraktního porovnávání či prozatím chybějícím hodnotícím systémem (Thorová, 2015).

Oproti předchozímu vývojovému období nastává značný posun v struktuře a stabilitě sebepojetí. Též se v předškolním věku zlepšuje porozumění psychologickým charakteristikám (kolektiv autorů, 2009).

Dalším významným rysem vývoje sebepojetí v předškolním věku je utváření pohlavní a rodové identity na základě pozorovaných rozdílů mezi chlapci a děvčaty, muži a ženami (kolektiv autorů, 2009).

### **Sebepojetí školáka**

Ve školním věku bývá typická nekritická akceptace názorů, postojů a hodnocení druhých lidí. Názory ostatních, zejména pak významných blízkých lidí dítě přijímá jako danost, od věku 7 let začíná uvažovat o tom, co si o něm druzí myslí. Projevy druhých nemáme na mysli pouze slovní hodnocení a vyslovené názory, ale i emoční přijetí a rozumové hodnocení (Vágnerová M. , 2005).

Děti jsou již v tomto věku běžně schopné komplexnějšího a diferencovanějšího hodnocení vlastní osoby díky rozvinutější schopnosti introspekce a dosavadní úrovni myšlení. Od věku 8 let již děti začínají být schopny k ovlivňování svého chování využívat sebereflexi. Výzkumy dokazují, že před sedmým, osmým rokem to možné dosud nebývá (Thorová, 2015).

Využit introspekci k plánování vlastního chování a aktivit jsou děti běžně schopny až v adolescenci (Thorová, 2015).

U školáků je typickým prostředkem potvrzení vlastní hodnoty výkon. Ve školním věku již dítěti nestačí aktivitu splnit, svůj výkon posuzuje podle určité normy. Tou mohou být výsledky ostatních či standard určený dospělými. Na identitu jedince mají tak skrze hodnocení výkonu vliv autority i vrstevníci.

Jako vlivnější se pak ukazuje názor celé skupiny před názorem blízkého kamaráda jednotlivce (Vágnerová M. , 2005).

Díky neustále přítomné možnosti porovnávání vlastního výkonu s výkony ostatních ve školním kolektivu se dítě učí akceptovat vlastní chyby, uvědomovat si své slabé stránky a integrovat je do sebepojetí. Dítě se učí též udržet si sebeúctu i přes dílčí selhání, kterých se ve škole dopouští (Thorová, 2015).

Text o vývoji sebepojetí v období adolescence řadím dále pod kapitolu 2 - Adolescence.



## 2. Adolescence

Adolescenci chápeme jako období dospívání, dle Psychologického slovníku „období mezi pubescencí, které se vyděluje jako samostatná fáze, a ranou dospělostí“ (Hartl & Hartlová, 2015, str. 18).

Krejčířová uvádí, že adolescence je období navazující na období pubescence ve věkovém rozmezí zhruba mezi 15. a 22. rokem života. Jedinec v této době dosahuje plné reprodukční zralosti, dokončuje se tělesný růst a mění se postavení jedince ve společnosti. V této době též dosahuje člověk zpravidla hlubších erotických vztahů a zásadně se mění jeho sebepojetí (Langmeier & Krejčířová, Vývojová psychologie, 2006).

Jedním z úkolů je v adolescenci též formování jasného pocitu vlastní identity. Patří sem hodnocení vlastního vzhledu, povědomí o tom, kým jsem, kam patřím a kam směřuji, znalost vlastních možností i mezí a přijetí nedostatků, i těch spojených se zdravotním postižením a jejich integrace do celkového sebepojetí (Langmeier & Krejčířová, Vývojová psychologie, 2006).

Jak uvádí Macek, v období adolescence se často setkáváme se současným prožíváním pozitivních i negativních pocitů ohledně vlastního života a vlastního já. Pozitivní i negativní emoce pak prožívají intenzivněji ženy než muži. To může souviset se změnami během puberty či s představou o ženském a mužském stereotypním chování. Pozitivní sebehodnocení a sebeprosazení je spojováno spíše s tradičním pojetím mužské role, u tradiční ženské role se s tímto nesetkáme (Macek, 2003).

Tradiční pohled na vývojovou psychologii považuje za hlavní vývojový úkol období adolescence hledání identity (Erikson, 1968 in Tyrlík & Macek, 2010, str. 37).

Tento pohled prochází v současnosti určitou revizí, dospívající je ale i dnes viděn jako hledající bytost prožívající své sebeuvědomování (Tyrlik & Macek, 2010).

## **2.1. Vývoj sebepojetí v adolescenci**

Ve věku adolescence jsou lidé běžně schopni přemýšlet v abstraktních pojmech (Thorová, 2015).

Adolescence je období, kdy člověk usiluje o nové sebevymezení a o integraci jednotlivých složek své identity. Vytváří se též nové pojetí identity, adolescent se snaží realizovat představu o tom, kým by chtěl být (Vágnerová M., 2005).

Thorová uvádí 4 stavy identity dle kanadského psychologa Jamese Marcii, se kterými se v průběhu psychosociálního vývoje dospívajících a dospělých setkáváme. Zmíněné čtyři formy identity jsou následující (Marcia, 1966 in Thorová, 2015):

- Přejatá, nevlastní, uzavřená identita
- Difuzní, rozptýlená identita
- Odložená identita, odložení identity
- Dosažení autentické identity.

Na první úrovni identity – přejatá, uzavřená identita člověk nekriticky přijímá názory druhých, jedinec přebírá názory druhých nekriticky, nekoriguje je svými zkušenostmi. Fáze difuzní identity je nejméně komplexní, je pro ni charakteristická povrchnost a zmatečnost názorů. Člověk v této fázi nijak více nepřemýšlí o své identitě, nezkoumá své sebepojetí. Naopak třetí fázi, odloženou identitou, rozumíme fázi, kdy identita prochází krizí, člověk se potýká s konfliktem mezi názory autorit a názory vlastními, hledá alternativní postoje, potýká se s nejistotami a s úzkostmi, až dojde do čtvrté fáze, kterou je dosažení autentické identity. Člověk prožije a překoná rozpory, váhání, projde krizí

a vymezí si vlastní identitu bez ohledu na názory a postoje rodičů či jiných autorit. Taková autentická dospělá identita je integrovaná, stabilní, značí se sebedpřijetím a vědomím vlastní hodnoty (Marcia, 1966 in Thorová, 2015).

Poměrně výstižně ilustrují vlastní pohled adolescentů na sebe sama v proměnlivých podmínkách adolescence citace dvou chlapců (Vágnerová M. , 2005, str. 403): chlapec, 15 let „*považuje tenhle rok za divnej, špatně se učí a myslí na blbosti, neví, co si má o sobě myslet*“ a chlapec, 15 let, : „*Snažím se sám sebe přemáhat a dělat i to, co se mi nechce. Chtěl bych něco dokázat, ale zatím přesně nevím, co by to mělo být.*“

Ve věku dospívání jedinec zpracovává názory ostatních i svoje poznatky na vlastní osobu odlišným způsobem než mladší děti. Ačkoliv mladší děti chápou jednotlivé části osobnosti jako nezávislé jednotky, adolescent je již integruje jako součást komplexního sebezpojetí (Vágnerová M. , 2005).

Sebezpojetí tvoří obsahy, kam patří i charakteristiky, které si jedinec přisuzuje ve vztahu k druhým. Můžou to být psychické, fyzické či behaviorální charakteristiky a hodnotící soudy, které si o sobě jedinec vytváří. V dnešní době adolescenti vyrůstají v těsném kontaktu s informačními technologiemi. Ty vytváří další specifický prostor pro vypořádávání s představami o vlastním já. Internet představuje anonymní prostředí s nepřítomností fyzického těla, umožňuje nám vytvářet ve virtuálním světě něco, s čím se nemusíme jednoznačně identifikovat (Tyrlík & Macek, 2010).

## **2.2. Výzkumy sebezpojetí v adolescenci**

Z výzkumu prováděného s adolescenty z dvou generací vyplývá, že většina adolescentů v devadesátých letech i na začátku nového tisíciletí vyjadřovala spokojenost se svým životem a stejně tak považovala svůj život za dostatečně smysluplný. Mezigenerační rozdíl byl patrný u hodnocení výhledu

do budoucnosti u dívek. Mladší dívky uváděly, že vidí svou budoucnost pozitivněji než dívky v devadesátých letech (Macek, 2003).

Výzkum v devadesátých letech též ukázal, že čeští adolescenti jsou poměrně svérázným souborem. Jejich celkový profil výpovědí a hodnocení konkrétních aspektů životní situace a sebe samých je srovnatelný s profily výpovědí adolescentů z Maďarska, i zde lze ale najít určité odlišnosti. Výrazné specifikum českého souboru je celkově nejnižší hodnocení životní spokojenosti. Pokud ale oddělíme aktuální životní spokojenost od celkového přijetí životní reality a pozitivního postoje k životu, pak zde čeští adolescenti skórují naopak nejvýše ze všech (Macek, 2003).

Považuji za podstatné zde uvést též koncept sebevědomí.

Stejně jako sebepojetí, lze sebevědomí definovat množstvím definic, které se od sebe více či méně odlišují. Sebevědomí i sebepojetí jsou hypotetické konstrukty vytvořené za účelem shrnutí určitých funkcí lidského chování, univerzální jednotná definice zde ale chybí (Butler & Gasson, 2005).

Autoři se často shodují, že sebevědomí zahrnuje hodnotící perspektivu pohledu na sebe sama (Butler & Green, 1998).

Jak uvádí Emler, jedinci s nižším sebevědomím se častěji potýkají s depresí, s potížemi ve formování a udržení sociálních vztahů. Dívky s nižším sebevědomím častěji otěhotní během puberty a trpí častěji poruchami příjmu potravy. Muži pak mají více zkušeností s nezaměstnaností než muži s vyšším sebevědomím (Emler, 2001).

Celkově se dá dle Emlera říci, že lidé s nízkým sebevědomím se sebou zachází hůře a mohou i přitahovat horší zacházení ostatních, nedá se ale říct, že by se k ostatním chovali hůře než lidé s vyšším sebevědomím (Emler, 2001).

Autoři holandské studie se zabývali přímým a reflektovaným sebehodnocením mezi adolescenty. Přímým sebehodnocením zde máme na mysli to, co si člověk myslí sám o sobě, reflektovaným pak to, co si z jeho pohledu

o něm myslí okolí, zde pak především vrstevníci. Závěry studie mimo jiné ukazují, že významnější roli hraje reflektované sebehodnocení u adolescentů, s obecně nižším sebehodnocením než u adolescentů s vyšším sebehodnocením. Lze tedy říci, že dle tohoto výzkumu je pro adolescenty významnější pohled ostatních, pokud je jejich sebehodnocení nižší. Pohled ostatních (tedy reflektované sebepojetí) je významnější na úkor přímého u mladších adolescentů než u starších (Crujisen, Peters, & Zoetendaal, 2019).

Že se sebepojetí v adolescenci významně proměňuje, potvrdil i čínský výzkum vývoje sebepojetí od dětství do adolescence. Ukazuje, že během adolescence se sebepojetí stává s vývojem abstraktního myšlení abstraktnějším (Shu-ping, 2020).

### 3. Mentální postižení

Jelikož hlavním impulzem k výzkumu sebepojetí adolescentů s lehkým mentálním postižením je potřeba mapovat sebepojetí osob s mentálním postižením ve srovnání s jejich vrstevníky z běžné populace pro další zjištění potřeby psychologické péče o osoby s mentálním postižením, kapitole Mentální postižení věnuji z teoretické části největší prostor.

#### 3.1. Definice mentálního postižení

Postižení definujeme jako *„jakoukoliv poruchu, duševní nebo tělesnou, dočasnou, dlouhodobou nebo trvalou, která jedinci brání účinně se přizpůsobit běžným nárokům života“* (Hartl & Hartlová, 2015, str. 442).

Zdravotním postižením pak rozumíme *„dlouhodobý nebo trvalý stav, který nelze léčbou zcela odstranit, lze však nepříznivý dopad zmírnit soustavou promyšlených opatření“* (Hartl & Hartlová, 2015, str. 442).

Mentální postižení neboli mentální retardace bylo dříve též nazýváno oligofrenie či slabomyslnost. Dle Krejčířové se jedná o *„závažné postižení vývoje rozumových schopností prenatální, perinatální nebo časně postnatální etiologie“* (Říčan, Krejčířová, & kolektiv, Dětská klinická psychologie, 2020, str. 195).

V současnosti je mentální postižení v 10. revizi Mezinárodní klasifikace nemocí vymezeno kategorií F70 – F79. Jsou zde vymezena pásma lehká mentální retardace, středně těžká mentální retardace, těžká mentální retardace, hluboká mentální retardace, jiná mentální retardace, nspecifikovaná mentální retardace. Pásmo, do kterého jedinec svým postižením spadá se pak stanovuje na základě posouzení struktury inteligence a schopností adaptability, inteligenčním kvocientem a mírou zvládnutí obvyklých sociálně-kulturních nároků. Kromě stupně postižení ještě Mezinárodní klasifikace nemocí rozlišuje i postižené chování – afekty vzteku, sebepoškozování či jiné. Starší terminologie též rozlišuje

mentální retardaci na eretický či torpidní typ (Valenta, Michalík , Lečbych, & kolektiv, Mentální postižení, 2018).

Naproti tomu DSM-5 řadí mentální postižení pod pojem porucha intelektu (intellectual disability) mezi neurovývojové poruchy společně s poruchami komunikace, poruchou autistického spektra, ADHD a specifickými poruchami učení. DSM-5 rozlišuje stupně závažnosti poruchy intelektu na mírnou, středně těžkou, těžkou a hlubokou (Valenta, Michalík , Lečbych, & kolektiv, Mentální postižení, 2018).

S mentálním postižením může být zaměňováno několik lehčích poruch intelektového vývoje, jako je opožděný psychický vývoj, opožděný psychický vývoj při psychické deprivaci, disharmonický vývoj či zanedbaný vývoj. Zanedbaný vývoj je vývojové opoždění, které je způsobeno nedostatečnou rodičovskou péčí. Nejde o vrozené postižení, jde o sociální poškození vývoje rozumových schopností (Pugnerová & Kvitová, Přehled poruch psychického vývoje, 2016)

Prevalence mentálního postižení se uvádí ve výši 3% v populaci. 85% případů pak tvoří jedinci spadající do pásma lehké mentální retardace (Hosák, Hrdlička, Libiger, & kolektiv, 2015).

### **3.2. Lehké mentální postižení**

IQ jedince s lehkým mentálním postižením spadá do pásma 50 – 69 IQ, což u dospělých osob odpovídá mentálnímu věku 9 – 12 let. Jedinci s lehkým mentálním postižením mívají obtíže při školní výuce, jsou ale často schopni práce, udržení sociálních vztahů a přispívání k životu společnosti (WHO, 2022).

Je třeba mít v patrnosti, že pásma retardace jsou vytvořena umělým členěním, nejsou tedy úplně přesná, slouží pouze jako orientační vodítka. Hlavním klíčem pro určení pásma je úroveň zvládnutí životních nároků jedince (Říčan, Krejčířová , & kolektiv, Dětská klinická psychologie, 2020).

Na rozdíl od ostatních pásem mentálního postižení, diagnóza lehkého mentálního postižení bývá stanovena až v předškolním věku či po nástupu do školy. Dříve bývá dosahování základních vývojových mezníků opožděno jen nevýrazně, mentální postižení se často projeví, až když dítě dostává náročnější úkoly. Ovlivněna bývá schopnost abstraktního myšlení a logického usuzování, myšlení jedince s lehkou mentální retardací bývá stereotypní a nepružné, paměť bývá mechanická (Říčan, Krejčířová, & kolektiv, 2020).

### **3.3. Etiologie mentálního postižení**

Etiologie mentálního postižení není jednotná. Nejčastěji mentální postižení zapříčiní organické postižení centrální nervové soustavy v prenatálním či perinatálním období či genetická porucha nebo projev metabolické vady. Specifickým případem je pak lehké mentální postižení, to může být extrémní variací normálního rozložení intelektových schopností v populaci. U poloviny jedinců spadajících do pásma lehkého mentálního postižení ale zůstává příčina nejasná (Říčan, Krejčířová, & kolektiv, Dětská klinická psychologie, 2020).

### **3.4. Mentální postižení a stigma**

S mentálním postižením se i v dnešní době pojí značné stigma, které též výrazně ovlivňuje člověka s postižením v mnohých aspektech života. Se stigmatizací se lidé s postižením setkávají již v dětství na základních školách, mají běžně omezený přístup k lékařské péči. Stigma může též působit jako bariéra včasného vyhledání péče odborníka a může tak být důvodem, proč lidé s postižením často setrvávají v osamocení bez vyhledání speciální péče. Lidé s postižením se dožívají průměrně o 13 let méně v případě mužů a o 20 let nižšího věku než lidé v běžné populaci. I zde autoři chorvatské studie stigmatu spojeného s mentálním postižením uvádí stigma jako faktor hrající významnou roli (Lim, Hankir, & Zaman, 2021).



Jak udává Langmaier, s pocitem sociální stigmatizace a následně s dobrovolnou izolací od okolí se může setkat nejen daný člověk s mentálním postižením, ale i členové jeho rodiny. Formální sociální opora, jako jsou školy, státní sociální podpora, zdravotnické služby a další organizace, je navíc v našich podmínkách často nedostatečná, lidé s postižením i jejich příbuzní se často dostávají do stavu chronického stresu (Langmeier, Balcar, & Špitz, 2000, str. 355).

### **3.5. Vliv prostředí na psychický vývoj dítěte s mentálním postižením**

#### **Vliv primární rodiny na psychický vývoj dítěte s mentálním postižením**

Mentální postižení ovlivňuje dítě v celém jeho socializačním procesu, vliv je obzvláště patrný v raném věku, kdy dítě obtížněji vyvolává reakce rodičů. Děti s mentálním postižením mají opožděný první úsměv i vokalizaci, později rozlišují matku od okolí. Navázání kontaktu s dítětem je pro rodiče obtížnější, vyžaduje více úsilí. To rodiče více aktivizuje ve snaze zapojit dítě do hry a podpořit jeho vývoj. Tato snaha je i více vědomá než u rodičů dětí bez mentálního postižení. Ačkoliv bývají rodiče aktivnější ve snaze podpořit vývoj dítěte a intenzivněji děti učí, prožívají méně radosti při hře s dítětem. Často též méně podporují vlastní iniciativu dítěte a méně interpretují jeho spontánní chování, což má na dítě jasný dopad. Vlivem absence interpretace spontánního chování dítě často postrádá porozumění vlastním akcím a neumí je pak užít v sociálním kontextu. Mentálně postižené děti pak například často méně užívají gesta, což zase znesnadňuje porozumění jejich komunikaci (Říčan, Krejčířová, & kolektiv, 2006).

Stejně jako vývoj kognitivních funkcí je i vývoj socializačních procesů dítěte opožděn. Mezi matkou a dítětem bývá silná vazba, matka je na dítě silně emočně vázána s pocitem, že dítě ani v budoucnu nebude samostatné, což působí

značnou překážku v socializaci a začleňování dítěte do společnosti (Pugnerová & Kvitová, Přehled poruch psychického vývoje, 2016).

Velký význam na optimální vývoj dítěte má též očekávání rodičů do budoucnosti, které bývá často u dítěte s mentálním postižením nepřiměřeně snížené vlivem snížené reaktivity dítěte, která v matce může vyvolat pocit, že ji dítě ignoruje či odmítá nebo například vlivem projevů, které jsou u dítěte vnímány jako problémové chování, ačkoliv by u dětí bez postižení ve stejném vývojovém věku byly vnímány jako naprosto běžné (Říčan, Krejčířová, & kolektiv, 2006).

Sociální interakce, například způsob, jakým s dítětem komunikujeme, mají nesporný dopad na jeho vývoj kognitivních funkcí. To dokazuje i terénní experiment, ve kterém matky s tříletými dětmi navštívili přírodovědné muzeum. Polovina matek mluvila při prohlídce s dětmi přirozeně, druhá polovina matek nezahajovala s dětmi diskuse, pouze stroze reagovala na jejich komentáře. Za týden byly děti tázány na otázky týkající se objektů, které v muzeu viděly a rozdílly byly dramatické. Děti si pamatovaly pouze ty objekty, o kterých mluvily s matkami, a i ty si děti z první skupiny pamatovaly výrazně lépe (Papalia & Olds, 1992).

Děti s mentálním postižením mají často silnější potřebu citové jistoty a bezpečí. Citová jistota bývá zajištěna především vztahem s blízkým člověkem, eventuálně stabilitou prostředí, ve kterém žijí. Důležitost těchto faktorů bývá vyšší než u dětí bez postižení, jelikož slouží jako zdroj bezpečí, které je narušeno obtížnějším porozuměním okolnímu světu a jeho požadavkům (Vágnerová M. M., 2011).

Potřeba emoční podpory často vyjadřovaná infantilitou přetrvává i v době puberty. Typické pubertální odpoutávání od primární rodiny běžně nenastává, a i v tomto věku přetrvává fixace na rodinu (Vágnerová M. M., 2011).

## **Role primární rodiny při včasné identifikaci postižení**

Ačkoliv mentální postižení ovlivňuje jedince po celý jeho život, jak již bylo řečeno, vhodným přístupem k dítěti je možné ho podpořit v samostatnosti a podpořit jeho vývoj tak, aby se co nejvíce blížil vývoji běžnému. V tom hraje roli i včasné odhalení mentálního postižení či jiného důvodu opožděného vývoje. I zde sehrává často klíčovou roli primární rodina (Allen & Marotz, 2002)

Včasná intervence může snížit negativní dopad na další oblasti vývoje dítěte. K tomu slouží screeningové programy, které jsou sestaveny tak, aby zjistily, u kterých jedinců může být riziko vzniku vývojových problémů. Ne vždy je ale rozhodnutí, zda se jedná o závažné opoždění, jednoduché. Vývoj dítěte například může mít matoucí vývojový profil. Ačkoliv v určitých oblastech dítě vykazuje známky vývojových problémů, v ostatních ohledech může spadat vývoj do normy. Schopnosti dítěte se též mohou různě v čase měnit a výkon může kolísat, stejně jako se stále mění podmínky a prostředí, kde se dítě nalézá (Allen & Marotz, 2002).

## **Vliv ústavu a komunity na psychický vývoj dítěte s mentálním postižením:**

Ačkoliv osoby s mentálním postižením jsou v určitých oblastech spíše opomíjenou skupinou, v posledních letech dochází v péči o ně k výrazným změnám. Ty nejvýraznější se týkají deinstitutionalizace, tedy snahy začlenit tuto skupinu do co možná nejvíce přirozeného prostředí mimo ústavní péči. Přejít do přirozeného prostředí pro ně přináší daleko vyšší kvalitu života, ale též nové a větší nároky a výzvy, k jejichž překonání často nemusí mít dostatečné zdroje. Tato životní změna též různě dopadá na přidružené psychické poruchy či maladaptivní poruchy osob s mentálním postižením. Poskytovatelé služeb často zastávají názor, že přemístění klientů z ústavů do komunity vede k redukci poruch, jiní odborníci však namítají, že po přestěhování do přirozenějšího

prostředí naopak část souboru začala potíže vykazovat, aniž by ve skupině došlo ke snížení frekvence psychických problémů. Důležité nejen při takových změnách je dbát na individuální potřeby těchto lidí (Tulcová & Vančura, 2010).

### **Vliv individuálního přístupu na psychiku osob s mentálním postižením**

Vedle trendu deinstitucionalizace procházel a do jisté míry ještě prochází obor práce s lidmi s mentálním postižením dalšími změnami, jako je změna názvosloví a posun v začleňování osob s mentálním postižením směrem k integraci a inkluzi. S tím je spojen i posun v přístupu k lidem s postižením (Schalock, Luckasson, & Tassé, 2021).

Jako vhodný přístup zajišťující právě respekt k individuálním potřebám a mezioborovou spolupráci se ukazuje přístup zaměřený na člověka (Doody & Keenan, 2021).

Význam individuálního přístupu zaměřeného na člověka k lidem s mentálním postižením vyzdvihuje i švédská studie zabývající se péčí o osoby s postižením. Studie věnuje pozornost lidem s kombinovaným postižením – s hlubokou mentální retardací a s tělesným postižením. Jedná se tedy o osoby, se kterými není možná verbální komunikace a které jsou plně závislé na péči druhých. Výzkum využívá polostrukturované rozhovory s pečujícími personálem, tedy se zdravotními sestrami, s psychoterapeuty a s vedoucími pracovníky. Ze závěrů vyplývá, že kvalita zdravotní péče o lidi s těžkým kombinovaným postižením se přímo odvíjí od přístupu pečujících osob, ať už jsou to zdravotní sestry, terapeuti či jiní pracovníci. Je zde klíčové, aby byl personál vnímavý k individuálním potřebám osob s kombinovaným postižením, tím spíše, že jsou velmi omezeny v možnosti je vyjádřit. Významná je též spolupráce mezi těmito pracovníky (Matérne & Holmefur, 2022).

### 3.6. Psychoterapie osob s mentálním postižením

Jak uvádí Langmeier, donedávna bývali lidé s mentálním postižením vylučováni z terapeutických programů a děje se tak i dnes, jelikož platil explicitní či alespoň implicitní předpoklad, že mentální postižení je kontraindikací užití psychoterapeutických programů, a to z důvodů, že lidé s mentálním postižením nejsou schopni náhledu a není možné u nich docílit výraznější změny základního stavu a z důvodu, že by terapii ve skupině mohli výrazně narušovat. Langmeier tyto důvody úplně nepopírá, ale uvádí, že jsou platné u těžších stupňů mentálního postižení. Uvádí, že i lidé s mentálním postižením jsou schopni se učit a vyvíjet a těžit z psychoterapie, je ale třeba vhodně volit terapeutický postup, aby tak tito lidé mohli vhodně využít své schopnosti ke kompenzaci mentálního postižení (Langmeier, Balcar, & Špitz, 2000, str. 352).

Jako vhodné terapeutické postupy Langmeier uvádí individuální techniky nácvikového typu, techniky operantního zpevnování a další techniky pro posilování sociálního chování i odnaučení nežádoucích projevů pro snadnější začlenění do okolní společnosti. Dále pak herní terapii s přístupem zaměřeným na klienta, u které je možné stanovení mnohých cílů, jako je odstranění emočních bloků ve vývoji, podpora specifického adaptivního chování a redukce maladaptivního chování či zlepšení sebepojetí člověka (Langmeier, Balcar, & Špitz, 2000).

Krejčířová pak jako nejčastější typ psychoterapie dětí s mentální retardací či kombinovaným postižením uvádí behaviorální terapii či behaviorální modifikaci, jejíž cílem je vytvoření nových, žádoucích vzorců chování či redukce maladaptivního či poruchového chování, jako může být například stereotypie, agresivní projevy či sebepoškozování (Říčan, Krejčířová, & kolektiv, 2006).

Lidé s mentálním či tělesným postižením jsou dle Krejčířové osobnostně zranitelnější a často musí obstát nárokům okolí, které převyšují jejich možnosti. Často proto trpí emočními poruchami, jako jsou úzkostné poruchy či deprese

či adaptačními obtížemi. Ačkoliv se Krejčířová shoduje s Langmeierem na tom, že donedávna byla mentální retardace uváděna jako kontraindikace k psychoterapeutickým postupům, v současnosti se dle ní vytváří specifické terapeutické techniky a postupy, jako je například vztahová terapie či terapie objímáním, které jsou vhodné pro lidi s mentálním postižením. Dále se pracuje na úpravě tradičních psychoterapeutických metod všech hlavních terapeutických směrů, aby byly použitelné i pro lidi s těžšími stupni mentální retardace (Říčan, Krejčířová, & kolektiv, 2006).

### **3.7. Výzkum mentálního postižení**

Ačkoliv význam výzkumu vývoje dětí s postižením je jednoznačný, jsou v něm doposud značné mezery, což je mimo jiné způsobeno překážkami, které při něm vznikají. Děti s postižením mají často více než jeden druh znevýhodnění, což znesnadňuje výzkum dopadu jednoho konkrétního druhu znevýhodnění na psychický vývoj. Na druhou stranu výzkum dopadu více diagnóz či znevýhodnění na vývoj jednoho dítěte může vést ke vzniku nových hypotéz. Kombinace více druhů znevýhodnění není ale jedinou překážkou ve výzkumu. I v případě, že má dítě jen jedno znevýhodnění, je výzkum jeho dopadů na dětský vývoj komplikovaný. Dopad konkrétního znevýhodnění na psychický vývoj může být a často je u každého dítěte velmi rozdílný, jelikož se hodně liší podmínky, ve kterých se děti vyvíjejí (Slater & Bremner, 2007).

Výzkum též může znesnadňovat transformace, kterou procházel a do jisté míry ještě prochází přístup k lidem s mentálním postižením. Jednak mluvíme o názvosloví, které už je v anglicky mluvících zemích ustáleno, dále pak o posunu v začleňování těchto osob směrem k integraci a inkluzi a o s tím spojeném posunu v přístupu k lidem s postižením (Schalock, Luckasson, & Tassé, 2021).

### 3.8. Výzkumy sebedojetí lidí s postižením

V teorii i výzkumu bývá pozitivní sebehodnocení často spojováno s vyššími akademickými výsledky, negativní sebehodnocení pak bývá dáváno do souvislosti s nižšími schopnostmi a selháním. Ačkoliv je kauzalita ve vztahu mezi inteligencí a sebedojetím nejasná, víme, že děti s nižším sebehodnocením často podceňují své schopnosti, předpokládají budoucí neúspěch a mají tendenci se dříve vzdávat. Předpokládá se spíše, že inteligence ovlivňuje sebehodnocení (Konečná, 2010).

Röhr (2017) ale upozorňuje na to, že vysoká inteligence neznamena nutně předpoklad vysoké sebeúcty. Lidem s vysokou inteligencí se běžně dostává více chvály a uznání než lidem s průměrnou či nižší inteligencí. To ale dle Röhra neznamena, že lidé s vyšší inteligencí mají nutně stabilní pocit vlastní hodnoty.

Zajímavá je též otázka vztahu mezi sebedojetím a viditelným či okem nepostřehnutelným postižením. Ačkoliv některé studie ukazují na nižší sebedojetí lidí s viditelným postižením, jiné (především novější) studie poukazují na skryté problémy, které může působit postižení bez viditelných známek postižení.

Výzkum uskutečněný v Hongkongu za využití dotazníku sebedojetí pro čínské dospělé osoby s fyzickým postižením uvádí, že dospělí jedinci s fyzickým postižením mají nižší sebedojetí než dospělí jedinci bez fyzického postižení. Z výsledků též vyplývá, že vlivem stigmatizace a znevýhodněné pozice ve společnosti mají nižší sebedojetí jedinci, jejichž postižení je vidět, než jedinci bez viditelných známek postižení (Tam, Chan, Lam, & Lam, 2003).

Dle Davisové je třeba věnovat pozornost i postižením a psychickým nemocem, které nejsou viditelné, protože lidé s neviditelným postižením či onemocněním mohou často pocíťovat pocity studu, stigmatizace či frustrace (Davis, 2005).

Tématu dopadu viditelnosti postižení na sebepojetí jedince se věnovala studie uskutečněná v roce 2019 v Izraeli, která si pokládala za cíl zhodnotit vliv typu postižení a jeho viditelnosti na sebepojetí a body-image jedince. Autoři uvádějí, že dle dosavadních výzkumů ovlivňují viditelné známky postižení, jak okolí na jedince pohlíží, což pak v negativním směru dopadá na jeho pocity a myšlenky. Dosavadní výzkumy jsou dle autorů více soustředěny na dopad viditelného postižení na sebepojetí a body-image jedince. Samotný výzkum ale ukazuje na odlišné výsledky a naopak upozorňuje na přehlížení osob s méně viditelnými typy postižení a onemocnění oproti lidem s postižením, které je okem viditelné (Shpigelman & HaGani, 2019).

Autoři izraelské studie shromažďovali data formou dotazníků v kvantitativním typu výzkumu od vzorku 119 dobrovolníků s různými typy postižení. Data poté analyzovali za využití Pearsonovy korelace, ANOVA a modelů mnohočetné lineární regrese. Došli k závěrům, že typ postižení a jeho viditelnost významně ovlivňuje vývoj buď pozitivního nebo negativního sebepojetí, dále, že lidé s typem postižení či onemocnění, které není na první pohled zřejmé, si naopak mohou vyvinout negativnější pohled na sebe sama než lidé s viditelnými známkami postižení. Autoři výzkumu též zdůrazňují potřebu přizpůsobit zdravotnické služby lidem s postižením a potřebu důkladnějšího seznámení zdravotního personálu se specifickými potřebami osob s postižením, a to obzvláště těch osob, které mají postižení bez viditelných známek (Shpigelman & HaGani, 2019).

Z výsledků jiné studie pak vyplývá, že lidé s postižením, které není viditelné, mohou zažívat více problémů s duševním zdravím než lidé s postižením, které je viditelné. Důvodem je to, že lidé s viditelnými známkami postižení mají výraznější pocit soudržnosti s lidmi s postižením, což přispívá jejich duševnímu zdraví. Autoři neodhalili žádný pozitivní dopad skrývání



postižení či psychiatrického onemocnění na sebevědomí jedince (Nario-Redmont, Noel, & Fern, 2012).

K tématu přispívá i výzkum z roku 2007, který porovnává vliv fyzického a mentálního postižení na sebepojetí jedince. Autoři uvádí, že díky nemožnosti skrýt viditelné známky fyzického postižení, se lidé s viditelnými známkami jejich postižení běžně setkávají s reakcemi okolí, které jejich postižení vzbuzuje a jsou tak nuceni se často s těmito reakcemi vyrovnávat. Naproti tomu lidé s mentálním postižením, které není na první pohled zřejmé, mohou snadněji postižení skrývat a nemusí tak být se svým stavem tak vyrovnáni, což může mít různé negativní dopady na jejich psychické zdraví (Pachankis, 2007).

## **4. Sebepojetí adolescentů s mentálním postižením**

Dle Pugnerové sebehodnocení jedinců s mentálním postižením většinou neodpovídá realitě, bývá emocionálně podmíněné a často nekritické. Projevuje se zde názorová závislost na druhých lidech, názory lidí v okolí jsou často přijímány bez jakékoliv korekce a kritiky (Pugnerová & Kvintová, 2016).

Stejně tak dle Valenty bývá sebepojetí osob s mentálním postižením nerealistické a závislé na hodnocení jejich chování druhými. Je to ale typičtější pro osoby se závažnější formou postižení, než je lehké mentální postižení (Valenta, Michalík, Lečbych, & kolektiv, 2012).

Dle Obereignerů (Obereignerů & kolektiv, Sebepojetí dětí a adolescentů, 2017) se většina dosavadních studií mentální retardace soustředila na pásmo lehké mentální retardace.

### **4.1. Výzkumy sebepojetí dětí a adolescentů s mentálním postižením**

V této kapitole uvádím stručné představení výzkumů sebepojetí dětí a adolescentů s mentálním postižením a některých jejich závěrů.

Některé uvedené studie jsou již staršího data či jsou provedeny v odlišných podmínkách než v českých, a výsledky se tak mohou odlišovat od situace u nás. Též se všechny studie nezabývají srovnáním sebepojetí adolescentů s mentálním postižením se sebepojetím adolescentů z běžné populace. Studie se zabývají rozdíly v sebepojetí mezi pohlavími, rozdíly sebepojetí adolescentů vyrůstajících v běžném rodinném prostředí a v ústavech či vlivem úspěchu a neúspěchu na sebepojetí. Uvádím je i tak záměrně, protože se jeví jako nejrelevantnější k danému tématu. To svědčí tomu, že je téma dosud poměrně málo probádané, což je i důvodem, proč se jím zabývám.

Dvě studie Fritha a Wynna ze sedmdesátých let (Frith, 1973 a L. Wynn, 1975) se zaměřovaly na srovnání sebepojetí chlapců a dívek s mentálním postižením. Obě nezávisle na sobě došly k závěru, že chlapci dosahovali výrazně vyšších skóre než dívky. Wynn dále ve své studii z roku 1975 potvrdil, že děti s mentálním postižením žijící v běžném prostředí mají vyšší sebepojetí než děti s mentálním postižením žijící v ústavech (Frith, 1973 a L. Wynn, 1975 citováno v Obereignerů & kolektiv, 2017).

Beck, Roblee a Hanson se ve své studii zabývali rozdílem mezi sebepojetím dětí z běžné populace a mezi sebepojetím dětí vyžadujících zvláštní podmínky během vzdělávání. K těmto účelům byl dotazník Piers-Harris administrován skupině 47 dětí s emočními poruchami, s poruchami učení a dětem s lehkou mentální retardací a skupině 47 dětí navštěvující běžnou školu. Studie neodhalila významné rozdíly v sebepojetí mezi těmito dvěma skupinami dětí (Beck, Roblee, & Hanson, 1982).

Studie Candace J. Varvil (Varvil, 1974) zkoumala dopady zážitku úspěchu a neúspěchu na sebepojetí dětí s mentálním postižením za pomoci administrace dotazníku sebepojetí Piers-Harris skupině 30 dětí rozdělených na dvě experimentální a jednu kontrolní skupinu. Ani zde nebyl zjištěn významný rozdíl mezi skupinami.

Během studie sebevědomí a chování dívek s Turnerovým syndromem E. McCauley, J.L. Ross, H. Kushnera a G. Cutlera (1995) byl administrován dotazník Piers-Harris dívkám s Turnerovým syndromem, tedy chromozomální anomálií, která způsobuje narušení neverbální inteligence při zachování verbálních schopností. Autoři zjistili, že dívky s Turnerovým syndromem dosahovaly v dotazníku nižších skóre než kontrolní skupina. Výraznější rozdíl mezi sebepojetím dívek s Turnerovým syndromem a věkově srovnatelnou kontrolní skupinou se ukázal u adolescentních dívek.

Výzkum zaměřený na děti s hydrocefalem ukázal, že děti s mentálním postižením skórovaly z celé skupiny dětí v Dotazníku sebepojetí Pierse-Harrise nejniž. Vzorek ale sestával ze 40 dětí a dětí s lehkým mentálním postižením bylo devět z nich. Nejvyšších skóru dosahovaly zdravé děti (Fernell, Gillberg, & von Wendt, 1992).

Dále pokládám za podstatné uvést některé poznatky vyplývající ze studie zabývající se kvalitou výzkumů sebepojetí dětí s dětskou mozkovou obrnou, jelikož se dětská mozková obrna často pojí s mentálním postižením, a to v 30 až 50 procentech případů (NINDS, 2013). Autoři uvádí, že sebepojetí se jakožto komplexní pohled jedince na sebe sama do jisté míry odvíjí od schopnosti jedince zpracovávat informace z mezilidských interakcí, kterou mohou mít děti s mentálním postižením sniženou oproti dětem bez mentálního postižení mimo jiné vlivem nižší úrovně abstraktního myšlení. Děti s mentálním postižením tedy mohou reflektovat svůj pohled na vlastní osobu jiným způsobem než děti z běžné populace. Proto je dle autorů důležité brát v úvahu mentální kapacitu osob, u nichž chceme sebepojetí zkoumat. Dalším pro nás významným závěrem této studie je, že ačkoliv se pro výzkum sebepojetí dětí s dětskou mozkovou obrnou a s lehkým mentálním postižením často používá škála Piers-Harris a další, u žádné z metod ani u škály Piers-Harris nebyla dostatečně zjištěna křížová validace pro použití u dětí s dětskou mozkovou obrnou či s lehkým mentálním postižením (von der Luft, DeBoer, & Harman, 2008).

# VÝZKUMNÁ ČÁST

## 5. Výzkumný problém a cíle práce

Lidé s mentálním postižením tvoří 3 procenta lidí v běžné populaci, což je zhruba 320 000 lidí v České republice a 85 procent z nich jsou lidé spadající do pásma lehké mentální retardace (Hosák, Hrdlička, Libiger, & kolektiv, 2015).

Ačkoliv se tedy nejedná o malý počet obyvatel, stále o této skupině chybí teoretické poznatky. Ve výzkumu zaměřeném na osoby s mentálním postižením jsou i dnes značné mezery, jelikož se potýká s mnohými překážkami, jakými je například komorbidita postižení, která často znemožňuje zřetelně popsat dopad postižení na zkoumanou charakteristiku, nebo velmi rozdílné prostředí, ve kterém do dnes děti s mentálním postižením vyrůstají (Slater & Bremner, 2007).

Vlivem nedostatečného výzkumu chybí poznatky nutné pro přizpůsobení služeb a péče pro tyto osoby a dochází pak k tomu, že jsou lidé s mentálním postižením vylučováni z nabízených zdravotnických či psychoterapeutických služeb (Langmeier, Balcar, & Špitz, 2000).

Sama jsem několik let s lidmi s mentálním postižením z pozice sociální pracovníce pracovala a v této době pozorovaný nedostatek zdravotní, psychologické a psychoterapeutické péče byl pro mě impulzem pro tento výzkum.

V empirické části práce se zabývám výzkumem sebepojetí adolescentů s mentálním postižením, konkrétněji se zaměřuji na to, zda a případně v jakých aspektech se sebepojetí adolescentů s mentálním postižením odlišuje od sebepojetí adolescentů z běžné populace.

Vycházím tak z předpokladu, že sebepojetí je multifacetovou hierarchicky uspořádanou kognitivní strukturou utvářenou v procesu interakce jedince s prostředím (Konečná, 2010).

Ve výzkumu se zaměřuji na osoby spadající do pásma lehké mentální retardace v zájmu minimalizace rizika významného neporozumění použitému dotazníku.

Ačkoliv výsledky dosavadních výzkumů sebepojetí adolescentů s mentálním postižením nejsou jednoznačné, intelekt je jakožto intelektové a školní postavení dle předpokladů vybrané metody významnou součástí sebepojetí. Lze tedy předpokládat, že mentální postižení bude sebepojetí nějakým způsobem ovlivňovat. Já předpokládám výrazně nižší sebepojetí v oblasti intelektu u osob s mentálním postižením a tím i nižší celkové sebepojetí u osob s mentálním postižením.

Základním cílem výzkumu je tedy zjistit, zda a jak se liší sebepojetí adolescentů s lehkým mentálním postižením od sebepojetí adolescentů v běžné populaci.

Konkrétní hypotézy uvádím v následující kapitole, protože se přímo vážou na použitou metodu Dotazník Piers-Harris 2, která bude představena v další kapitole.

Práce je určena primárně odborné veřejnosti, tedy psychologům, sociálním pracovníkům, pedagogům a dalším pracovníkům, kteří přichází do kontaktu s lidmi s mentálním postižením jako podklad pro kvalitnější poskytování služeb těmto lidem. Též může posloužit populaci lidí s mentálním postižením, kteří si kladou otázku, jak samotné postižení ovlivňuje jejich pohled na sebe sama. Zde je ale třeba podotknout, že práce není psaná ve formátu Easy read a může být těmto čtenářům nesrozumitelná.

## 6. Typ výzkumu a použité metody

Pro praktickou část bakalářské práce jsem zvolila kvantitativní typ výzkumu, který byl naplněn formou dotazníkového šetření. Jako adekvátní dotazník jsem vybrala dotazník sebepojetí dětí a adolescentů Piers-Harris 2, který je pro účely výzkumu sebepojetí dětí a adolescentů často využíván. Dotazník byl administrován celkem 54 adolescentům s lehkým mentálním postižením.

### 6.1. Dotazník sebepojetí dětí a adolescentů Piers-Harris 2

Dotazník sebepojetí dětí a adolescentů Piers-Harris 2 (zkráceně PHCSCS-2) je sebehodnotící dotazník o 60 položkách. V současnosti je v našich podmínkách používána česká standardizace určená pro děti a adolescenty ve věku od 9 do 18 let, k dispozici jsou i data pro skupinu mladších dospělých do 21 let (Obereignerů & kolektiv, Sebepečetí dětí a adoescetů, 2017).

Dotazník je sestaven ze 60 výroků, které popisují, jak děti a adolescenti mohou vnímat sami sebe. Respondenti se rozhodují vždy mezi možnostmi *ano* nebo *ne*, podle toho, zda se s výrokem ztotožňují či nikoliv (Obereignerů & kolektiv, Sebepečetí dětí a adoescetů, 2017).

Metoda vychází z původní Škály sebepojetí dětí Piers-Harris z roku 1963 a ze Škály sebepojetí dětí Piers-Harris 2, tedy druhé verze amerického vydání metody. Dotazník sebepojetí dětí a adolescentů Piers-Harris 2 (PHCSCS-2) je označení pro českou standardizaci metody (Obereignerů, Orel, Reiterová, & kolektiv, 2015).

Jak uvádí studie zabývající se metodou Piers-Harris 2, tedy druhou verzí amerického vydání v anglickém jazyce, některé obsažené výrazy mohou být nesrozumitelné pro děti mladšího věku a metoda příliš nebere v úvahu kulturně podmíněné odlišnosti v pojetí konceptu sebepojetí. I přes tyto zjištěné nedostatky



je ale metoda hojně využívána, vykazuje opakovaně velmi dobré výsledky v reliabilitě a validitě a mezi ostatními srovnatelnými metodami jasně vyčnívá svou praktičností a jednoduchostí použití (Puckett, 2008).

Autoři metody Piers-Harris vychází z teoretického předpokladu, že sebepojetí je multidimenzionální, tedy že se sebehodnocení jedince nezakládá pouze na celkovém vnímání sebe sama, ale že je možné rozčlenit sebepojetí na konkrétní hodnocení různých pocitů, schopností či chování. V souladu s tímto přesvědčením jsou položky české verze metody rozděleny do šesti subškál, které dohromady tvoří Celkový skór (TOT). Jednotlivé subškály pak hodnotí specifické oblasti sebepojetí. Jedná se o Přizpůsobivost (BEH), Intelektové a školní postavení (INT), Fyzický zjev (PHY), Nepodléhání úzkosti (FRE), Popularitu (POP) a Štěstí a spokojenost (HAP). Kromě škál sebepojetí jsou obsaženy ještě validizační škály. Jedná se o Index inkonzistentních odpovědí a Index předpojatosti. Index inkonzistentních odpovědí má odhalit, pokud respondent volí odpovědi náhodně, Index předpojatosti pak měří tendenci respondenta odpovídat ano či ne bez ohledu na obsah položky (Obereignerů & kolektiv, Sebepečetí dětí a adoescentů, 2017).

Jelikož jsou na ně přímo navázány stanovené hypotézy, pokládám za důležité blíže představit jednotlivé škály sebepojetí.

**Celkový skór (TOT)** uvádí počet položek, které respondent zodpověděl ve směru pozitivního sebehodnocení, může tedy dosahovat hodnot od 0 do 60. Skór TOT je nejvíce prozkoumaným a nejspolehlivějším měřítkem, vyšší skór na této škále vyjadřuje pozitivní sebepojetí, nižší skór je spojen s negativním sebepojetím, tedy s nižší sebeúctou. Pokud jedinec dosahuje nízkého skóru ve škále Celkového skóru, nelze odvodit, zda u něho dochází k obecnějším nedostatkům v sebepojetí či zda se jedná o deficit v konkrétní oblasti sebehodnocení. K tomu slouží jednotlivé subškály sebepojetí (Obereignerů, Orel, Reiterová, & kolektiv, 2015).

Jednotlivé subškály nám slouží k odlišení oblastí, kde si je jedinec poměrně jistý od oblastí, ve kterých je výrazně zranitelný. Tato zjištění mohou být podstatná ve stanovování postupu další péče či cílené intervence (Obereignerů, Orel, Reiterová, & kolektiv, 2015).

Subškála **Přizpůsobivost (BEH)** slouží k měření připuštění si nebo naopak popírání problematického chování. Obsahuje jednak tvrzení vztažená ke konkrétnímu chování, jako jsou například konflikty s druhými, a obecnější tvrzení vztažená k chování doma či ve škole. Příkladem obecnějšího tvrzení může být položka „Naše rodina má se mnou potíže“. Jedinci dosahující nadprůměrného skóru na subškále Přizpůsobivost se vnímají jako vychovaní a schopni dodržovat doma i ve škole pravidla a dosahovat očekávání okolí (Obereignerů, Orel, Reiterová, & kolektiv, 2015).

Další oblastí je intelektové a školní postavení, tu posuzuje subškála **Intelektové a školní postavení (INT)** složená ze 16 položek. Ta odráží, jak jedinec vnímá své schopnosti vzhledem k intelektuálním a školním úkolům. Škála též zahrnuje položky, které odráží, jak intelektové schopnosti ovlivňují podstatné vztahy jedince. Patří sem položky jako „*Jsem chytrý/á*“ nebo „*V naší rodině jsem stejně důležitý/á jako ostatní*“. Jedinci dosahující nadprůměrného skóru jsou si jisti ve svých intelektových schopnostech, ve svých konkrétních školních výkonech a považují se za rychlé a efektivní ve školní práci. Jedinci, kteří na této škále dosahují podprůměrného skóru jsou si vědomi četných obtíží při řešení školních úkolů, mohou mít pocit, že pro školní úspěšnost nemají dostatečné schopnosti. Význam nízkého skóru na subškále INT je proměnlivý v závislosti na dosavadní historii školních výkonů jedince i na očekávání rodičů. Jedinec s výbornými školními výsledky může dosahovat nízkého skóru na subškále, pokud se setkává s nerealistickými očekáváními rodičů či jeho samotného (Obereignerů, Orel, Reiterová, & kolektiv, 2015).

Subškála **Fyzický zjev a vlastnosti (PHY)** zachycuje, jak dítě či adolescent hodnotí svůj fyzický vzhled a psychické vlastnosti. Dosažení nadprůměrného skóru ukazuje na celkovou spokojenost se svým vzhledem i na vnímanou popularitu mezi vrstevníky. Tito jedinci se vnímají jako inteligentní a fyzicky zdatní. Naopak nízký skór naznačuje nízkou sebeúctu v oblasti fyzických sil a tělesného schématu. Mohou se buď cítit celkově neatraktivní či jim může vadit jejich konkrétní fyzická vlastnost. Tito jedinci mohou mít těž pocit, že je vrstevníci nemají rádi (Obereignerů, Orel, Reiterová, & kolektiv, 2015).

Autoři upozorňují na nižší vnitřní konzistenci subškály PHY u věkové skupiny respondentů ve věku 19 a více let. Zde je třeba dbát větší opatrnosti při interpretaci výsledků (Obereignerů, Orel, Reiterová, & kolektiv, 2015).

Dysforickou náladu a úzkost odráží subškála **Nepodléhání úzkosti (FRE)**. Položky zachycují konkrétní emoce, obavy i celkový pocit opomíjení ostatními. Typickým příkladem položek spadajících do této škály je položka „*Často se bojím*“. Jedinci dosahující vysokého skóru mohou odmítat, že by pociťovali smutek, obavy či nepříjemné nálady. Uvádějí, že jsou spokojeni se svým vzhledem, sociálním fungováním či jinými osobnostními vlastnostmi. Vysoký skór též může značit obranné popření emočních potíží. Typický student ze standardizačního souboru dosahuje průměrného skóru, což naznačuje obvyklé pozitivní emoční stavy a vyvážené sebehodnocení s potížemi vztahujícími se k náladám. Výrazně nízký skór pak ukazuje na významné potíže s dysforickými náladami (Obereignerů, Orel, Reiterová, & kolektiv, 2015).

Subškála **Popularita (POP)** zahrnuje 12 položek mířících na sebehodnocení v oblasti sociálního fungování. Patří sem vlastní pohled na popularitu, na schopnost navazovat přátelství a pocit zahrnutí do aktivit, jako je sport a hry (Obereignerů, Orel, Reiterová, & kolektiv, 2015).

Pocit životní spokojenosti a štěstí odráží položky spadající do subškály **Štěstí a spokojenost (HAP)**. Jediná položka se vztahuje ke konkrétní vlastnosti,

ostatních 9 položek je obecných. Nejtypičtějším příkladem je položka „*Jsem šťastný člověk*“. Jedinci, kteří dosahují nadprůměrných skóre škály HAP se cítí celkově pozitivně a spokojeně, popisují se jako šťastní a spokojení. Naopak jedinci dosahující podprůměrných skóre udávají odpovědi ve směru celkové nespokojenosti se sebou samým a celkové nešťastnosti. Velmi nízké skóre na subškále HAP můžou značit výskyt depresivní a úzkostné poruchy, poruchy chování, poruchy příjmu potravy či jiné (Obereignerů, Orel, Reiterová, & kolektiv, 2015).

## **6.2. Formulace hypotéz**

V daném výzkumu jsou na základě teoretických východisek stanoveny následující hypotézy:

**H1:** Adolescenti s lehkým mentálním postižením dosahují signifikantně nižšího celkového skóre (TOT) v dotazníku sebepojetí dětí a adolescentů Piers-Harris 2 než adolescenti v běžné populaci.

**H2:** Adolescenti s lehkým mentálním postižením dosahují signifikantně nižšího skóre v subškále Přizpůsobivost (BEH) v dotazníku sebepojetí dětí a adolescentů Piers-Harris 2 než adolescenti v běžné populaci.

**H3:** Adolescenti s lehkým mentálním postižením dosahují signifikantně nižšího skóre v subškále Intelektové a školní postavení (INT) v dotazníku sebepojetí dětí a adolescentů Piers-Harris 2 než adolescenti v běžné populaci.

**H4:** Adolescenti s lehkým mentálním postižením dosahují signifikantně nižšího skóre v subškále Fyzický zjev a vlastnosti (PHY) v dotazníku sebepojetí dětí a adolescentů Piers-Harris 2 než adolescenti v běžné populaci.

**H5:** Adolescenti s lehkým mentálním postižením dosahují signifikantně nižšího skóre v subškále Nepodléhání úzkosti (FRE) v dotazníku sebepojetí dětí a adolescentů Piers-Harris 2 než adolescenti v běžné populaci.

**H6:** Adolescenti s lehkým mentálním postižením dosahují signifikantně nižšího skóru v subškále Popularita (POP) v dotazníku sebepojetí dětí a adolescentů Piers-Harris 2 než adolescenti v běžné populaci.

**H7:** Adolescenti s lehkým mentálním postižením dosahují signifikantně nižšího skóru v subškále Štěstí a spokojenost (HAP) v dotazníku sebepojetí dětí a adolescentů Piers-Harris 2 než adolescenti v běžné populaci.

## 7. Výzkumný soubor a sběr dat

Tato kapitola se zabývá popisem základního souboru, charakteristikou výzkumného souboru a posouzení dodržení zásad etického hlediska.

### 7.1. Základní soubor

Základní populaci pro výzkum tvoří adolescenti s lehkým mentálním postižením. Protože určení studentů spadajících do této skupiny není jednoduché a stejně tak stanovení diagnózy mentální retardace v pásmu lehké mentální retardace není vždy jednoznačné, výběr studentů do výzkumu probíhal ve spolupráci s řediteli, speciálními pedagogy a školními psychology příslušných škol. Vytipováni byli studenti s lehkým mentálním postižením, kteří umí číst a psát a daný dotazník jsou schopni vyplnit s žádnými nebo malými potížemi s porozuměním a vyžadují tak žádnou či malou pomoc při vyplňování.

Určení přesného údaje o výskytu mentálního postižení není snadné, důvodem je nejednotná definice mentálního postižení. Uvádí se, že v populaci se vyskytují zhruba 3-4% obyvatel s některým druhem mentálního postižení (Valenta & Müller, 2003).

Mentální postižení se často vyskytuje současně s dalšími onemocněními. Mezi respondenty jsou studenti, kteří mají současně poruchu autistického spektra, epilepsii, Downův syndrom, slabozrakost či jiné potíže. Po konzultaci s mým vedoucím práce a s řediteli škol jsem došla k závěru, že současný výskyt psychických i jiných onemocnění odráží komorbiditu, která je u mentálního postižení častá a ačkoliv mohou mít další onemocnění též významný vliv na sebepojetí a zkreslit tak výsledky výzkumu vlivu mentálního postižení na sebepojetí, po vyčlenění těchto osob by vzorek neodpovídal reálné populaci s mentálním postižením.

## 7.2. Výběrový soubor

Výběr výzkumného vzorku probíhal metodou záměrného výběru přes instituci. Pro oslovování institucí jsem měla vytvořen průvodní dopis (viz. Příloha 1). Provedla jsem rešerši na internetu a vytvořila jsem seznam středních škol po celé České republice, kde studují studenti s mentálním postižením. Kontaktovala jsem především střední odborná učiliště. Z vlastních pracovních zkušeností s lidmi s mentálním postižením vím, že střední praktické školy většinou navštěvují studenti s těžším typem postižení. Kontaktovala jsem proto spíše střední odborné školy, jako například Odborné učiliště Vyšehrad, Střední školu řemesel Kunice, Dívčí katolickou střední školu v Praze, Střední odborné učiliště Jarov, Střední odborné učiliště Lišov a další školy. S prosbou o kontakty na další organizace jsem se též obrátila na Společnost pro podporu lidí s mentálním postižením. Z oslovených institucí jsem dostala odpověď pouze od zlomku. Zájem o spolupráci projevíli pouze ředitelé dvou škol.

S řediteli těchto dvou škol jsem se domluvila na spolupráci, během tří osobních návštěv výuky jsem získala 34 vyplněných dotazníků a během dvou osobních návštěv druhé školy dalších 20 dotazníků.

Všem respondentům byly během vyplňování zajištěny srovnatelné podmínky, všichni vyplňovali dotazníky ve třídě své školy, administrace dotazníku probíhala ve všech případech mou osobou.

Výzkumný soubor tvořilo 53 adolescentů s lehkým mentálním postižením ve věku od 17 do 19 let navštěvujících střední odborné školy vhodné pro studenty s postižením, což odpovídá věkové kategorii 17-18 let dle české standardizace.

Respondenti jsou studenty dvou středních škol, jedna z nich je určena pouze pro dívky, většinu výběrového souboru tedy tvoří dívky. Z důvodu početního nepoměru zastoupení obou pohlaví není zařazeno porovnání výsledků mezi pohlavími. Soubor zahrnuje 34 dívek a 20 chlapců.

### **7.3. Etické hledisko a ochrana soukromí**

Během výzkumu byly dodržovány etické aspekty. Respondentům byla zajištěna absolutní anonymita, účastníci udávali z údajů o sobě pouze věk a pohlaví, neuváděli své jméno a dle žádného uváděného údaje nelze zjistit, o koho se jedná. Všichni vyplňovali dotazníky dobrovolně a měli možnost kdykoliv od výzkumu odstoupit. Účastníci nedostali za zapojení do výzkumu žádnou materiální ani finanční odměnu.

Všem respondentům byly předány informace o dobrovolnosti účasti ve výzkumu, o účelech sběru dat a záměrech výzkumu. Ve výzkumu tedy nedocházelo ke klamání účastníků. Účastníci byli seznámeni s právem na odstoupení od výzkumu, kdykoliv budou chtít bez udání důvodu. Všechny informace jim byly předány takovým způsobem, aby to pro ně bylo co nejvíce srozumitelné a pochopitelné s možností se doptat. Účastníci též byli seznámeni s rizikem účasti ve výzkumu, a sice, že je vyplňování může mírně stresovat. Všichni respondenti potvrdili souhlas s účastí ve výzkumu.

Mezi instrukcemi též byla respondentům předána i informace, že se nejedná o test, že neexistují správné ani nesprávné odpovědi a že nebudou za odpovědi hodnoceni.

Aby měli respondenti zajištěnou možnost doptat se na jakoukoliv nejasnost či se vyjádřit k dotazníku, byla jim pro tyto účely předána e-mailová adresa, kam bylo možno se obracet.



## 8. Práce s daty a její výsledky

### 8.1. Práce s daty a jejich analýza

Získaná data byla z papírové podoby přepsána do programu Microsoft Excel 365 nejprve v hrubých skórech, ty byly poté převedeny na standardizované t-skóry, s nimiž jsem dále pracovala. Data bylo nejprve třeba očistit od dat podezřelých, která nápadně vyčnívala na kontrolních subškálách Předpojatost a Záměrné zkreslení. Konečný počet respondentů po vyčištění dat je 53.

### 8.2. Deskriptivní statistiky

Na datech získaných z dotazníků PHCSCS-2 byly provedeny deskriptivní statistiky pro lepší orientaci v datech a prvotní představu o výsledcích daného výběrového souboru.

Výsledky deskriptivní statistiky jsou prezentovány v tabulce č.1 souhrnně pro celý výběrový soubor o 53 respondentech a jsou uvedeny ve standardizovaných t-skórech.

Minimální dosažené hodnoty se na škále TOT i na subškálách rovnají minimální možné hodnotě t-skóru 20 krom subškál INT a PHY. Na subškálách INT a PHY je minimální skórovaná hodnota vyšší než nejnižší možná skórovatelná hodnota t-skóru. I průměrný dosažený skór je na subškálách INT a PHY v souboru adolescentů s lehkým mentálním postižením vyšší než na ostatních subškálách a hlavní škále TOT. Maximální možné hodnoty t-skóru 80 nebylo dosaženo ani na jedné subškále.

Tabulka 1: Popisné statistiky u škály TOT a subškál Dotazníku PHCSCS-2 (n=53)

	<b>průměr</b>	<b>medián</b>	<b>minimum</b>	<b>maximum</b>	<b>SD</b>
TOT	45,09	44	20	64	11,24
BEH	46,66	49	20	62	11,25
INT	48,26	48	26	68	11,07
PHY	48,25	51	30	64	11,02
FRE	44,66	45	20	65	9,91
POP	45,92	45	20	63	11,11
HAP	45,11	51	20	59	11,54

TOT – Celkový skór, BEH – Přizpůsobivost, INT – Intelektové a školní postavení, PHY – Fyzický zjev, FRE – Nepodléhání úzkosti, POP – Popularita, HAP – Štěstí a spokojenost

Tabulka č.2 pak zachycuje srovnání průměrných t-skórů našeho výběrového souboru adolescentů s lehkým mentálním postižením ve věku 17–19 let, českého standardizačního souboru adolescentů z běžné populace ve věku 17-18 let (Obereignerů, Orel, Reiterová, & kolektiv, 2015, str. 47) a amerického standardizačního souboru adolescentů z běžné populace ve věku 17-18 let (Obereignerů, Orel, Reiterová, & kolektiv, 2015, str. 64).

Z tabulky č.2 je patrné, že ačkoliv se průměrné t-skóry mezi českou a americkou standardizací poměrně liší, na škále TOT i na všech dílčích subškálách vykazují respondenti z našeho výběrového souboru znatelně nejnižších průměrných skórů.

Tabulka 2: Průměrné t-skóry u škály TOT a jednotlivých subškál Dotazníku PHCSCS-2

	<b>Náš výběrový soubor n = 53</b>	<b>Česká standardizace n = 552</b>	<b>Americká standardizace n = 165</b>
TOT	45,09	49,67	49,1
BEH	46,66	50,44	50,1
INT	48,26	50,27	49,2
PHY	48,25	48,95	49,5
FRE	44,66	48,61	48,8
POP	45,92	50,61	48,6
HAP	45,11	49,53	48,8

*Náš výběrový soubor - věková skupina 17-19 let, Česká standardizace - věková skupina 17-18 let, Americká standardizace - věková skupina 17-18 let*

Na hlavní škále TOT i na všech subškálách respondenti dosahovali nejvíce skóru spadajícího do pásma průměrný skór. V naprosté menšině jsou skóry v pásmu Vysoký skór, na subškále HAP – Štěstí a spokojenost nikdo nedosáhl t-skóru spadajícího do pásma Vysoký skór viz. Tabulka č.3.

Tabulka 3: Probandi výběrového souboru v kategoriích dle hodnot t-skórů (n=53)

	počet respondentů	%
<b>TOT</b>		
Vysoký skór ( $\geq 60T$ )	6	11%
Průměrný skór (40T - 59T)	31	58%
Nízký skór ( $\leq 39T$ )	16	30%
<b>BEH</b>		
Vysoký skór ( $\geq 56T$ )	4	8%
Průměrný skór (40T - 55T)	34	64%
Nízký skór ( $\leq 39T$ )	15	28%
<b>INT</b>		
Vysoký skór ( $\geq 56T$ )	9	17%
Průměrný skór (40T - 55T)	31	58%
Nízký skór ( $\leq 39T$ )	13	25%
<b>PHY</b>		
Vysoký skór ( $\geq 56T$ )	13	25%
Průměrný skór (40T - 55T)	26	49%
Nízký skór ( $\leq 39T$ )	14	26%
<b>FRE</b>		
Vysoký skór ( $\geq 56T$ )	2	4%
Průměrný skór (40T - 55T)	35	66%
Nízký skór ( $\leq 39T$ )	16	30%
<b>POP</b>		
Vysoký skór ( $\geq 56T$ )	10	19%
Průměrný skór (40T - 55T)	27	51%
Nízký skór ( $\leq 39T$ )	16	30%
<b>HAP</b>		
Vysoký skór ( $\geq 56T$ )	0	0%
Průměrný skór (40T - 55T)	36	68%
Nízký skór ( $\leq 39T$ )	17	32%

TOT – Celkový skór, BEH – Přizpůsobivost, INT – Intelektové a školní postavení, PHY – Fyzický zjev, FRE – Nepodléhání úzkosti, POP – Popularita, HAP – Štěstí a spokojenost

### **8.3. Ověření psychometrických kvalit metody PHCSCS-2**

Abych mohla považovat výsledky testování za věrohodné, rozhodla jsem se měření podrobit výpočtům reliability, konkrétně reliability jako vnitřní konzistence. Údaj reliability ukazuje koeficient Cronbachova alfa, který získáme v programu Statistica. Koeficient byl vyčíslen na 0,92, což je velmi uspokojivé. Cronbachova alfa určená pro soubor  $n = 2600$  je v příručce uvedena v hodnotě 0,84 (Obereignerů, Orel, Reiterová, & kolektiv, 2015, str. 52).

### **8.4. Výsledky ověření platnosti statistických hypotéz**

Data jsem nejprve v programu Microsoft Excel zobrazila formou histogramu, abych ověřila, zda data připomínají normální rozdělení a je tedy možné použít parametrické metody k ověření platnosti hypotéz.

Ze zobrazení dat za využití histogramu bylo patrné, že rozdělení dat připomíná normální rozdělení velmi zřetelně v případě subškály TOT, dále pak u subškály BEH, FRE a POP. U subškál INT, PHY a HAP rozdělení dat nepřipomíná normální rozdělení. Výsledek u všech subškál tedy není jednoznačný, proto jsem provedla ještě Shapirův-Wilkův test pro ověření podmínky normality. Test ukázal, že podmínka normality je splněna u subškál TOT a FRE, jak jsem předpokládala, dále u subškály INT. Data v dalších subškálách dle Shapirova-Wilkova testu nesplňují podmínku normálního rozdělení. U všech subškál tedy není splněna podmínka normálního rozdělení platná pro použití parametrických metod pro ověření platnosti hypotéz.

Pro ověření platnosti hypotéz jsem se rozhodovala mezi použitím jednovýběrového t-testu spadajícího do parametrických metod a použitím jeho neparametrické obdoby Wilcoxonova jednovýběrového testu. Vzhledem k nedodržení podmínky normálního rozdělení jsem se rozhodla pro Wilcoxonův jednovýběrový test pro ověření platnosti hypotéz. Wilcoxonův test na rozdíl

od jednovýběrového t-testu nepracuje s průměry, ale s mediány, které nemám k dispozici. Použila jsem proto průměry z českého standardizačního souboru věkové skupiny 17 – 18 let jakožto odhady populačních mediánů. Hypotézy byly ověřovány s pětiprocentní hladinou významnosti.

Ústředním příspěvkem bakalářské práce k tématu je hypotéza týkající se celkového skóru TOT jakožto centrálního výsledku Dotazníku Piers-Harris 2. Pro ověření této a dalších hypotéz jsem srovnávala dosažený t-skór skupiny 53 respondentů s konstantou, tedy s průměrným t-skórem převzatým z české standardizace.

**H1:** Adolescenti s lehkým mentálním postižením dosahují signifikantně nižšího celkového skóru (TOT) v dotazníku sebepojetí dětí a adolescentů Piers-Harris 2 než adolescenti v běžné populaci.

Wilcoxonův test ukázal, že mezi skóry výběrového souboru a mezi skóry českého standardizačního souboru existuje signifikantní rozdíl,  $T = 428$ ,  $Z = 2,55$ ,  $p = 0,01$ . **Nulovou hypotézu proto zamítáme a přijímáme alternativní hypotézu.**

Následující subškály se zaměřují na jednotlivé oblasti sebepojetí:

**H2:** Adolescenti s lehkým mentálním postižením dosahují signifikantně nižšího skóru v subškále Přizpůsobivost (BEH) v dotazníku sebepojetí dětí a adolescentů Piers-Harris 2 než adolescenti v běžné populaci.

Na subškále Přizpůsobivost (BEH) nebyl statistickým testem odhalen signifikantní rozdíl mezi skóry adolescentů s lehkým mentálním postižením a mezi skóry adolescentů z běžné populace z české standardizace,  $T = 546$ ,  $Z = 1,5$ ,  $p = 0,13$ . **Nulovou hypotézu nelze odmítnout a k alternativní se nelze vyjádřit.**

**H3:** Adolescenti s lehkým mentálním postižením dosahují signifikantně nižšího skóru v subškále Intelektové a školní postavení (INT) v dotazníku sebepojetí dětí a adolescentů Piers-Harris 2 než adolescenti v běžné populaci.

U hypotézy 3 nebyl nalezen signifikantní rozdíl mezi skóry adolescentů s mentálním postižením a skóry adolescentů z běžné populace na subškále Intelektové a školní postavení (INT),  $T = 575$ ,  $Z = 1,24$ ,  $p = 0,21$ . **Nulovou hypotézu nezamítáme a alternativní nepřijímáme.** Dále se budu tímto výsledkem zabývat v diskuzi.

**H4:** Adolescenti s lehkým mentálním postižením dosahují signifikantně nižšího skóru v subškále Fyzický zjev a vlastnosti (PHY) v dotazníku sebepojetí dětí a adolescentů Piers-Harris 2 než adolescenti v běžné populaci.

Ani u čtvrté hypotézy, u subškály PHY se nám nepodařilo prokázat naše tvrzení,  $T = 712$ ,  $Z = 0,03$ ,  $p = 0,98$ . **Nulovou hypotézu nezamítáme a alternativní hypotézu nepřijímáme.**

**H5:** Adolescenti s lehkým mentálním postižením dosahují signifikantně nižšího skóru v subškále Nepodléhání úzkosti (FRE) v dotazníku sebepojetí dětí a adolescentů Piers-Harris 2 než adolescenti v běžné populaci.

Na subškále Nepodléhání úzkosti (FRE) se podařilo prokázat signifikantní rozdíl mezi skóry výběrového souboru a skóry běžné populace v daném věkovém rozmezí,  $T = 435$ ,  $Z = 2,483$ ,  $p = 0,01$ . **Nulovou hypotézu zamítáme a alternativní přijímáme.**

**H6:** Adolescenti s lehkým mentálním postižením dosahují signifikantně nižšího skóru v subškále Popularita (POP) v dotazníku sebepojetí dětí a adolescentů Piers-Harris 2 než adolescenti v běžné populaci.

U šesté subškály Wilcoxonův test prokázal signifikantní rozdíl mezi skóry adolescentů s mentálním postižením a adolescentů z běžné populace,  $T = 400$ ,  $Z = 2,79$ ,  $p = 0,01$ . **I zde nulovou hypotézu zamítáme a přijímáme alternativní.**

**H7:** Adolescenti s lehkým mentálním postižením dosahují signifikantně nižšího skóru v subškále Štěstí a spokojenost (HAP) v dotazníku sebepojetí dětí a adolescentů Piers-Harris 2 než adolescenti v běžné populaci.

Mezi skóry adolescentů s lehkým mentálním postižením a skóry adolescentů z běžné populace byl pomocí Wilcoxonova testu nalezen signifikantní rozdíl,  $T = 473$ ,  $Z = 2,15$ ,  $p = 0,03$ . Podařilo se potvrdit hypotézu 7. **Nulovou hypotézu zamítáme a alternativní hypotézu přijímáme.**



## 9. Diskuze

Tato práce se zabývala vztahem mezi sebepojetím adolescentů a lehkým mentálním postižením. Jejím cílem bylo zjistit, zda a jak se liší sebepojetí adolescentů s lehkým mentálním postižením od sebepojetí adolescentů v běžné populaci.

V této kapitole se budu věnovat výsledkům stanovených hypotéz v kontextu s ostatními studiemi a možnými vysvětleními. Dále se budu zabývat limity, které provázely můj výzkum.

**První hypotéza:** Adolescenti s lehkým mentálním postižením dosahují signifikantně nižšího celkového skóru (TOT) v dotazníku sebepojetí dětí a adolescentů Piers-Harris 2 než adolescenti v běžné populaci. Tato hypotéza byla na základě provedení statistického šetření po zamítnutí nulové hypotézy přijata. Z výsledků vyplývá, že existuje signifikantní rozdíl mezi sebepojetím adolescentů s mentálním postižením a sebepojetím adolescentů bez mentálního postižení. Výsledek odpovídá výsledkům výzkumu uskutečněného v Číně s dospělými lidmi s fyzickým postižením, ze kterého vyplynulo, že osoby s postižením mají nižší sebepojetí než osoby bez postižení (Tam, Chan, Lam, & Lam, 2003). Že typ postižení a jeho viditelnost významně ovlivňuje vývoj buď pozitivního či negativního sebepojetí vyplývá i z výzkumu z roku 2019 uskutečněného autory Shpigelman a HaGani (2019), který též říká, že negativnější pohled sama na sebe mívají lidé s postižením, které postrádá viditelné známky. Autoři též upozorňují na potřebu přizpůsobit nabídku a způsob poskytování zdravotnických služeb lidem s postižením. V souladu s výsledky těchto výzkumů je i tvrzení Konečné (2010), že existuje vztah mezi inteligencí a sebehodnocením. Mé vysvětlení výsledku ověření první hypotézy je takové, že mentální postižení výrazně zasahuje do velkého množství aspektů života včetně oblastí, na které mířil Dotazník Piers-Harris, jako je intelekt a školní

postavení, fyzický zjev a další, je tedy pravděpodobné, že bude ovlivňovat i celkové sebepojetí.

**Druhá hypotéza:** Adolescenti s lehkým mentálním postižením dosahují signifikantně nižšího skóru v subškále Přizpůsobivost (BEH) v dotazníku sebepojetí dětí a adolescentů Piers-Harris 2 než adolescenti v běžné populaci. Tuto hypotézu není možné přijmout, mezi skóry adolescentů s mentálním postižením a skóry adolescentů z běžné populace nebyl nalezen signifikantní rozdíl. Subškála Přizpůsobivost ukazuje, zda si člověk připouští nebo naopak zda odmítá problematické chování (Obereignerů, Orel, Reiterová, & kolektiv, 2015). Předpokládala jsem, že se podaří nalézt signifikantní rozdíl mezi skóry na této škále, jelikož pro mentální postižení je typická komorbidita s různými psychickými poruchami včetně poruch chování (Slater & Bremner, 2007). Mentální postižení tak tedy může mít vliv i na chování jedince. Adolescenti s mentálním postižením sice dosahovali nižších skóru, rozdíl ale dle provedeného statistického šetření není signifikantní. Důvodem pro to může být dle mého názoru i vliv prostředí, který na děti s postižením působí velmi významně. Respondenti mého výzkumu všichni studují na školách, kde většinu studentů tvoří mladí lidé s mentálním postižením a skór na této subškále do jisté míry závisí na srovnávání jedince s jeho vrstevníky a jejich chováním.

**Třetí hypotéza:** Adolescenti s lehkým mentálním postižením dosahují signifikantně nižšího skóru v subškále Intelektové a školní postavení (INT) v dotazníku sebepojetí dětí a adolescentů Piers-Harris 2 než adolescenti v běžné populaci. Ani zde nebyl nalezen signifikantní rozdíl mezi skóry adolescentů s postižením a mezi skóry adolescentů bez postižení. Důvodem může být to, že pod subškálu spadají výroky, pomocí kterých jedinec hodnotí své intelektové schopnosti dle školních výkonů a mnou vybraní respondenti jsou studenty škol určených zejména pro studenty s postižením, respondenti se tedy srovnávali se svými spolužáky, a nikoliv s vrstevníky z běžné populace. Ačkoliv tedy dle

Konečné (2010) existuje vztah mezi intelektem a sebepojetím, lidé s mentálním postižením neskórují na subškále Intelektové a školní postavení výrazně hůř než lidé bez mentálního postižení, protože se srovnávají s vrstevníky, kteří spadají do podobného pásma inteligenčního kvocientu, což má dopad i na případný školní úspěch či neúspěch těchto osob. Ačkoliv se nepodařilo potvrdit předpoklad a hypotézu přijmout, výsledek může značit, že školní inkluze, tedy zapojení dětí s postižením do běžného vzdělávacího systému, s sebou může nést riziko negativního dopadu na sebepojetí těchto dětí.

**Čtvrtá hypotéza:** Adolescenti s lehkým mentálním postižením dosahují signifikantně nižšího skóru v subškále Fyzický zjev a vlastnosti (PHY) v dotazníku sebepojetí dětí a adolescentů Piers-Harris 2 než adolescenti v běžné populaci. Ačkoliv adolescenti s mentálním postižením dosahovali nižších skóru než adolescenti z běžné populace, nalezený rozdíl nebyl dle statistického šetření signifikantní. Výsledek ověřování této hypotézy je v souladu s výsledky výzkumu Beck, Roblee a Hansona (1982), ze kterého vyplývá, že mezi sebepojetím dětí s lehkým mentálním postižením, poruchami učení, emočními poruchami a sebepojetím dětí navštěvujících běžnou školu nebyl nalezen signifikantní rozdíl. Nutno ale podotknout, že výzkum je staršího data a že vzorek dětí s mentálním postižením zde byl poměrně malý. Důvodem pro tento výsledek může být dle mého názoru to, že ačkoliv mentální postižení může mít vliv i na fyzický zjev člověka vlivem časté komorbidity postižení s onemocněními, které mohou přímo způsobovat nestandardní vzezření člověka, vliv je zřejmě výraznější u jiných pásem mentálního postižení, než je lehká mentální retardace.

**Pátá hypotéza:** Adolescenti s lehkým mentálním postižením dosahují signifikantně nižšího skóru v subškále Nepodléhání úzkosti (FRE) v dotazníku sebepojetí dětí a adolescentů Piers-Harris 2 než adolescenti v běžné populaci. Tuto hypotézu se podařilo ověřit a můžeme ji přijmout, statistický test prokázal

významný rozdíl mezi skóry adolescentů s mentálním postižením a skóry adolescentů bez mentálního postižení. Výroky spadající pod tuto subškálu odráží úzkost a dysforickou náladu (Obereignerů, Orel, Reiterová, & kolektiv, 2015). Tento výsledek je v souladu s výsledky výzkumu z roku 2012, který ukazuje, že lidé s postižením bez viditelných známek (kam často patří i pásmo lehké mentální retardace) mohou zažívat více problémů s duševním zdravím než lidé s více viditelnými typy postižení (Nario-Redmont, Noel, & Fern, 2012). Jiná studie z pozdějšího roku upozorňuje na to, že výzkumy bývají častěji soustředěny na osoby s viditelnými známkami postižení oproti osobám s typy postižení bez viditelných známek a upozorňuje na možné negativní dopady tohoto trendu na sebepojetí lidí s postižením, které není okem viditelné (Shpigelman & HaGani, 2019). K danému je třeba zmínit ještě závěr výzkumu Davisové, že je třeba věnovat pozornost lidem s postižením bez viditelných známek, jelikož tito lidé mohou oproti lidem s postižením s viditelnými známkami pociťovat více pocity studu, stigmatizace a frustrace (Davis, 2005). Mohou též narážet na překážky při vyhledání zdravotnické péče, jelikož zdravotnické služby jsou v našich podmínkách lidem s postižením často nedostupné, a stejně tak psychoterapeutická péče (Langmeier, Balcar, & Špitz, 2000). Tento výsledek vnímám jako alarmující a ze své pracovní zkušenosti s lidmi s postižením k danému mohu dodat, že je rozpoznání možného významného depresivního a dysforického ladění u člověka s postižením často velmi náročné a o to těžší, když člověk nekomunikuje běžným verbálním způsobem. Depresi u takového člověka trvá odhalit i roky. To bývá ale příklad osob s těžším druhem postižení, na které se ale výzkumy sebepojetí zaměřují jen velmi výjimečně, protože na to nejsou vzhledem k absenci verbálního vyjadřování těchto lidí běžně vhodné.

**Šestá hypotéza:** Adolescenti s lehkým mentálním postižením dosahují signifikantně nižšího skóru v subškále Popularita (POP) v dotazníku sebepojetí

dětí a adolescentů Piers-Harris 2 než adolescenti v běžné populaci. Podařilo se ověřit, že adolescenti s lehkým mentálním postižením dosahují významně nižšího skóru i na této subškále. Subškála POP je zaměřena na sociální fungování jedinců a nízkého skóru zde běžně dosahují jedinci, kteří jsou nešťastní v oblasti svého sociálního fungování, a to buď se svými přátelskými vztahy či se cítí sociálně vyloučení. Nízké skóry na této subškále též mohou odrážet nedostatek interpersonálních schopností (Obereignerů, Orel, Reiterová, & kolektiv, 2015). Důvodem pro nízké skórování lidí s mentálním postižením může být dle mého názoru omezená schopnost verbálního vyjadřování. Dále pak stigmatizace, která se k postižení často váže a může výrazně ovlivnit jedince s postižením i jeho rodinu (Langmeier, Balcar, & Špitz, 2000). Ze svých zkušeností získaných z pracovní pozice poradkyně osob s mentálním postižením dodávám, že díky omezené samostatnosti při cestování a tím i závislosti na druhých osobách mají často lidé s postižením omezenější možnosti samostatně jezdit za přáteli či navštěvovat různá kulturní místa, kde se mohou setkávat s lidmi a trávit tak více čas doma.

**Sedmá hypotéza:** Adolescenti s lehkým mentálním postižením dosahují signifikantně nižšího skóru v subškále Štěstí a spokojenost (HAP) v dotazníku sebepojetí dětí a adolescentů Piers-Harris 2 než adolescenti v běžné populaci. Hypotézu přijímáme, test odhalil signifikantní rozdíl mezi skóry adolescentů s lehkým mentálním postižením a skóry adolescentů z běžné populace. Položky této subškály odrážejí celkový pocit štěstí a spokojenosti (Obereignerů, Orel, Reiterová, & kolektiv, 2015). Důvody pro nízké skórování lidí s mentálním postižením na této subškále jsou dle mého názoru hodně obdobné jako důvody pro nízké skórování lidí s mentálním postižením na subškále Nepodléhání úzkosti. Stejně jako položky náležící k subškále Nepodléhání úzkosti i položky této subškály souvisí s emočními poruchami (Obereignerů, Orel, Reiterová, & kolektiv, 2015). Nízký skór na subškále HAP může stejně jako nízký skór

na subškále FRE značit výskyt emoční poruchy, kterou je vzhledem k nižší dostupnosti lékařské a psychologické péče u osob s mentálním postižením mnohem obtížnější odhalit (Langmeier, Balcar, & Špitz, 2000).

V následující části popíšu limity tohoto výzkumu:

Jedním z nejvýznamnějších limitů tohoto výzkumu je z mého pohledu fakt, že jsem se zaměřila pouze na adolescenty, kteří navštěvují školy, jejichž studenti jsou převážně studenti s mentálním postižením, jelikož prostředí výrazně ovlivňuje psychický vývoj lidí s postižením. Výrazný vliv na psychický vývoj člověka má i to, zda člověk vyrůstal v běžném rodinném prostředí či v ústavním prostředí (Frith, 1973 a L. Wynn, 1975 citováno v Obereignerů & kolektiv, 2017). Pro další výzkum na obdobné téma doporučuji zařadit respondenty z různých zázemí i z různých typů škol. Dalším limitem je pak možné nepochopení respondentů některým položkám dotazníku a vyšší zastoupení dívek ve výzkumu na úkor chlapců vlivem čerpání respondentů ze školy, která je určena ke studiu výhradně dívek. Nepoměr pohlaví může zkreslit výsledky výzkumu, jelikož chlapci dosahují významně vyšších skóre na škálách sebepojetí než dívky. To ukázaly například výzkumy ze sedmdesátých let (Frith, 1973 a L. Wynn, 1975 citováno v Obereignerů & kolektiv, 2017). Dalším neméně významným limitem je moje domněnka, že lidé s postižením budou dosahovat významně nižších skóre než lidé bez postižení. V kvantitativním výzkumu ale může názor autora výsledky zkreslit méně výrazně než u kvalitativních typů výzkumu.

Výzkum ukazuje, že adolescenti s lehkým mentálním postižením mají nižší sebepojetí než jejich vrstevníci z běžné populace. Významné je z mého pohledu zjištění, že lidé s lehkým mentálním postižením dosahují nižších skóre na škálách Nepodléhání úzkosti a Štěstí a spokojenost, což potvrzuje, že lidé s postižením mají vyšší potřebu zdravotních služeb a psychologické péče, ke

kterým mají oproti lidem z běžné populace omezený přístup. Výzkum též ukázal, že studií věnujících se tématice sebepojetí osob s lehkým mentálním postižením je omezené množství a obzvláště pak studií věnujících se výzkumu aspektů psychiky osob s postižením spadajícím do jiného pásma, než je lehká mentální retardace. Z výzkumu je tedy zřetelná potřeba zaměření pozornosti na lidi s mentálním postižením v oblasti zdravotní a psychologické péče. K tomu je ale třeba zajistit zpřístupnění těchto služeb těmto osobám, což se neobejde bez vhodně zaměřených výzkumů. Ačkoliv je v současnosti patrný posun v začleňování těchto osob do společnosti, integrace a inkluze nesou svá rizika negativního dopadu na sebepojetí lidí s postižením, a to mimo jiné z toho důvodu, že sebepojetí lidí s postižením se do větší míry odvíjí od srovnávání s druhými a od názorů druhých, než je tomu u osob z běžné populace.

## 10. Závěr

Cílem výzkumu bylo zjistit, zda a jak se liší sebepojetí adolescentů s lehkým mentálním postižením od sebepojetí adolescentů v běžné populaci. Cíl se podařilo naplnit. Provedeným výzkumem jsem došla k závěru, že sebepojetí adolescentů s mentálním postižením se od sebepojetí adolescentů z běžné populace odlišuje, a to tak, že je významně nižší. Bylo zjištěno, že mentální postižení významně zasahuje do sebepojetí adolescentů, a to zejména v oblasti vlastního pocitu popularity a naplnění sociálního života, štěstí a spokojenosti a pocitu duševní pohody. V oblastech reflexe vlastního vhodného či nevhodného chování, intelektu a školního postavení a spokojenosti s vlastním fyzickým zjevem nebyly nalezené rozdíly mezi skóry adolescentů s postižením a skóry adolescentů z běžné populace tak výrazné.



## 11. Souhrn

Téma práce bylo stanoveno jako Sebepojetí adolescentů s lehkým mentálním postižením a jejím cílem bylo zjistit, zda a případně jak se liší sebepojetí adolescentů s lehkým mentálním postižením od sebepojetí adolescentů z běžné populace.

V teoretické části byly vytyčeny vybrané definice sebepojetí, adolescence, mentálního postižení a lehkého mentálního postižení. Dále jsem se věnovala vývoji sebepojetí a obzvláště pak vývoji sebepojetí v adolescenci a výzkumům již uskutečněným k tomuto tématu. Nejvýrazněji jsem se ale v teoretické části práce zaměřila na tematiku mentálního postižení. Představila jsem vybrané aspekty, které významně ovlivňují psychiku osob s mentálním postižením a jejich pohled na vlastní osobu, obzvláště pak prostředí a jeho dopady, stigmatizaci a nedostupnost zdravotní a psychologické péče a služeb o lidi s mentálním postižením oproti osobám z běžné populace. Významnou část teoretické části práce jsem též věnovala představení již uskutečněných výzkumů na obdobná témata a jejich závěrům.

Na shrnutí poznatků předešlých výzkumů jsem navázala empirickou částí práce. Nejprve jsem uvedla výzkumný problém, nastínila potřebu uskutečnění daného výzkumu a stanovila základní cíl práce. Pro výzkum byl zvolen kvantitativní typ výzkumu naplněný formou dotazníkového šetření. Jako dotazník byla použita standardizovaná metoda Piers-Harris 2. Ta byla poskytnuta 54 adolescentům s lehkým mentálním postižením, kteří byli vybráni metodou záměrného výběru pomocí kontaktování středních škol na území České republiky. V další části práce jsem stručně představila oblasti, na které jsou zaměřeny psychologické škály a subškály dotazníku, jelikož jsou na ně přímo navázány mnou stanovené hypotézy k ověření:

- **H1:** Adolescenti s lehkým mentálním postižením dosahují signifikantně nižšího celkového skóru (TOT) v dotazníku sebepojetí dětí a adolescentů Piers-Harris 2 než adolescenti v běžné populaci.
- **H2:** Adolescenti s lehkým mentálním postižením dosahují signifikantně nižšího skóru v subškále Přizpůsobivost (BEH) v dotazníku sebepojetí dětí a adolescentů Piers-Harris 2 než adolescenti v běžné populaci.
- **H3:** Adolescenti s lehkým mentálním postižením dosahují signifikantně nižšího skóru v subškále Intelektové a školní postavení (INT) v dotazníku sebepojetí dětí a adolescentů Piers-Harris 2 než adolescenti v běžné populaci.
- **H4:** Adolescenti s lehkým mentálním postižením dosahují signifikantně nižšího skóru v subškále Fyzický zjev a vlastnosti (PHY) v dotazníku sebepojetí dětí a adolescentů Piers-Harris 2 než adolescenti v běžné populaci.
- **H5:** Adolescenti s lehkým mentálním postižením dosahují signifikantně nižšího skóru v subškále Nepodléhání úzkosti (FRE) v dotazníku sebepojetí dětí a adolescentů Piers-Harris 2 než adolescenti v běžné populaci.
- **H6:** Adolescenti s lehkým mentálním postižením dosahují signifikantně nižšího skóru v subškále Popularita (POP) v dotazníku sebepojetí dětí a adolescentů Piers-Harris 2 než adolescenti v běžné populaci.
- **H7:** Adolescenti s lehkým mentálním postižením dosahují signifikantně nižšího skóru v subškále Štěstí a spokojenost (HAP) v dotazníku sebepojetí dětí a adolescentů Piers-Harris 2 než adolescenti v běžné populaci.

Dále jsem data získaná od respondentů podrobila deskriptivní statistice pro větší přehlednost, ze které bylo patrné, že adolescenti s lehkým mentálním postižením dosahují nižších skóre než adolescenti z běžné populace, a to na hlavní škále i na všech dílčích subškálách. Z toho vyvstala otázka, zda je tento rozdíl signifikantní či nikoliv. Pro ověření platnosti hypotéz jsem nejprve podrobila data úvaze, zda jejich rozložení odpovídá rozložení normálnímu a díky histogramu a Shipir-Wilkově testu jsem zjistila, že nikoliv a na základě tohoto zjištění jsem zvolila neparametrickou metodu Wilxonův jednovýběrový test. Ten však nepracuje s průměrnými skóry, které jsem měla z české standardizace k dispozici, ale s mediány. Za medián jsem dosadila dané průměrné skóry ze standardizace provedené na českých studentech podobné věkové kategorie jakožto odhady mediánu.

Výsledky Wilxonova jednovýběrového testu potvrdily můj předpoklad, a sice platnost hlavní hypotézy, adolescenti s mentálním postižením dosahují signifikantně nižšího celkového skóre v dotazníku Piers-Harris 2 než adolescenti v běžné populaci. Stejně tak se podařilo prokázat, že skór adolescentů s lehkým mentálním postižením je signifikantně nižší oproti adolescentům z běžné populace na subškále Nepodléhání úzkosti, Popularita a Štěstí a spokojenost. Rozdíl skóre nebyl prokázán jako signifikantní na subškále Přizpůsobivost, Intelktové a školní postavení a Fyzický zjev a vlastnosti.

Výzkum ukázal, že adolescenti s lehkým mentálním postižením mají nižší sebezpojetí než jejich vrstevníci z běžné populace, a to jak celkově, tak v oblastech týkajících se pocitu štěstí a celkové spokojenosti se životem a odolnosti vůči úzkostem. Práce též poukázala na to, že lidem s postižením bývá dle předchozích zjištění méně dostupná zdravotní péče či psychologické a psychoterapeutické služby. Z daného vyplývá potřeba zpřístupnit zdravotní, psychologickou a psychoterapeutickou péči osobám s mentálním postižením, jelikož adolescenti

s lehkým mentálním postižením vykazují větší potřebu odborné péče v této oblasti než jejich vrstevníci z běžné populace a přitom je jim péče méně dostupná. Hlavním přínosem této práce je podání souhrnu poznatků starších i novějších ohledně populace osob s mentálním postižením, jelikož dosud máme o této skupině lidí poměrně málo informací. To je alarmující, protože poznatky o potřebách osob s mentálním postižením jsou nezbytné pro vhodné nastavení a zpřístupnění potřebné péče a služeb. Práce je tedy určena především odborné společnosti jako podnět pro další hlubší zkoumání problematiky a též pro osoby s mentálním postižením, ačkoliv není psána ve formátu Easy read a nemusí tak být této skupině čtenářů plně srozumitelná.

## 12. Citovaná literatura

- Crujisen, R. V., Peters, S., & Zoetendaal, K. P. (2019). Direct and reflected self-concept show increasing similarity across adolescence: A functional neuroimaging study. *Neuropsychologia*, stránky 407-417.
- Allen, K., & Marotz, L. (2002). *Přehled vývoje dítěte od prenatálního období do 8 let*. Praha: Portál.
- Beck, M. A., Roblee, K., & Hanson, J. (1. March 1982). Special education/regular education: A comparison of self-concept. *Education*, stránky 277-279.
- Blatný, M., & kolektiv. (2010). *Psychologie osobnosti - Hlavní témata, současné přístupy*. Praha: Grada Publishing.
- Butler, R. J., & Gasson, S. L. (29. July 2005). Self Esteem/Self Concept Scales for Children and Adolescents: A Review. *Child and Adolescent Mental Health*, stránky 190-201.
- Butler, R., & Green, D. (1998). *The child within: The exploration of personal construct theory with young people*. Oxford: Butterworth Heinemann.
- Davis, N. A. (October 2005). Invisible Disability. *Ethics*, stránky 153-213.
- Doody, O., & Keenan, P. M. (2021). The reported effects of the COVID-19 pandemic on people with intellectual disability and their carers: a scoping review. *Annals of medicine*, stránky 786-804.
- Emler, N. (2001). *Self-esteem: The costs and causes of low self-worth*. York: York Publishing Services Ltd.
- Fernell, E., Gillberg, C., & von Wendt, L. (October 1992). Self-esteem in children with infantile hydrocephalus and in their siblings: Use of Piers-Harris Self-Concept Scale. *European Child & Adolescent Psychiatry*, stránky 227-232.
- Hartl, P., & Hartlová, H. (2015). *Psychologický slovník*. Praha: Portál.
- Hosák, L., Hrdlička, M., Libiger, J., & kolektiv. (2015). *Psychiatrie a pedopsychiatrie*. Praha: Karolinum.

- kolektiv autorů. (2009). *Sebepojetí dětí a adolescentů v kontextu školy*. Brno: Muni Press.
- Konečná, V. (2010). *Sebepojetí a sebehodnocení rozumově nadaných dětí*. Brno: Masarykova univerzita.
- Langmeier, J., & Krejčířová, D. (2006). *Vývojová psychologie*. Praha: Grada Publishing.
- Langmeier, J., Balcar, K., & Špitz, J. (2000). *Dětská psychoterapie*. Praha : Portál.
- Lim, P. K., Hankir, A., & Zaman, R. (1. December 2021). Innovative interventions to reduce the stigma attached to intellectual disabilities: a narrative review . *Psychiatria Danubina*, stránky 74-78.
- McCauley, E., Ross, J. L., Kushner, H., & Cutler, G. (April 1995). Self-Esteem and Behavior in Girls with Turner Syndrome. *Developmental and behavioral pediatrics*, stránky 82-88.
- Macek, P. (2003). *Adolescence*. Praha: Portál .
- Matérne, M., & Holmefur, M. (19. February 2022). Residential care staff are the key to quality of health care for adults with profound intellectual and multiple disabilities in Sweden. *BMC Health Services Research*.
- Nario-Redmont, R. M., Noel, J. G., & Fern, E. (01. May 2012). Redefining Disability, Re-imagining the Self: Disability Identification Predicts Self-esteem and Strategic Responses to Stigma. *Self and Identity*, stránky 468-488.
- NINDS. (2013). *Cerebral Palsy: Hope Through Research*. National Institutes of Health.
- Obereignerů, R., & kolektiv. (2017). *Sebepojetí dětí a adoescentů*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci.
- Obereignerů, R., Orel, M., Reiterová, E., & kolektiv. (2015). *Dotazník sebepojetí dětí a adolescentů Piers-Harris 2 - Příručka*. Praha: Hogrefe - Testcentrum.

- Říčan, P., Krejčířová, D., & kolektiv. (2020). *Dětská klinická psychologie*. Praha: Grada Publishing.
- Říčan, P., Krejčířová, D., & kolektiv. (2006). *Dětská klinická psychologie*. Praha: Grada Publishing.
- Pachankis, J. (April 2007). The Psychological Implications of Concealing a Stigma: A Cognitive–Affective–Behavioral Model. *Psychological Bulletin*, stránky 328-345.
- Papalia, D., & Olds, S. W. (1992). *Human development*. New York: McGraw-Hill.
- Puckett, M. D. (2008). Review of the Piers-Harris Children's Self-Concept Scale. *NewsNotes*.
- Pugnerová, M., & Kvintová, J. (2016). *Přehled poruch psychického vývoje*. Praha: Grada Publishing.
- Pugnerová, M., & Kvitová, J. (2016). *Přehled poruch psychického vývoje*. Praha: Grada Publishing.
- Röhr, H.-P. (2013). *Nedostatečný pocit vlastní hodnoty: Sebedestrukční vnitřní programy a jejich překonávání*. Praha: Portál.
- Röhr, H.-P. (2017). *Wie ich meinem Kind zu einem starken Selbstwertgefühl ver helfe*. Osfildern: Schwabenverlag AG.
- Schalock, R. L., Luckasson, R., & Tassé, M. J. (1. October 2021). Ongoing Transformation in the Field of Intellectual and Developmental Disabilities: Taking Action for Future Progress. *Intellectual and developmental disabilities*, stránky 380-391.
- Shpigelman, C.-N., & HaGani, N. (21. February 2019). The impact of disability type and visibility on self-concept and body image: Implications for mental health nursing. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, stránky 77-86.
- Shu-ping, L. (February 2020). The development of self-conceptions from childhood to adolescence in China. *Child Study Journal*, stránky 129-137.

- Slater, A., & Bremner, G. (2007). *An introduction to developmental psychology*. Hoboken: Blackwell Publishing.
- Tam, S.-F., Chan, M. H., Lam, W. H., & Lam, L. H. (1. January 2003). Comparing the Self-Concepts of Hong Kong Chinese Adults With Visible and Not Visible Physical Disability. *The Journal of Psychology*, stránky 362-372.
- Thorová, K. (2015). *Vývojová psychologie: Proměny lidské psychiky od početí po smrt*. Praha: Portál.
- Tulcová, Z., & Vančura, J. (21. červenec 2010). *Péče o duševní zdraví osob s mentálním postižením: vývoj praxe a perspektiva klientů*. (z. Českomoravská psychologická společnost, Producent) Načteno z E-psychologie: <https://e-psycholog.eu/clanek/95>
- Tyrlík, M. (1996). *Funkce sebepojetí v procesu jednání*. Praha: Univerzita Karlova.
- Tyrlík, M., & Macek, P. (2010). *Sebepojetí a identita v adolescenci: sociální a kulturní kontext*. Brno: Masarykova univerzita.
- Valenta, M., & Müller, O. (2003). *Psychopedie*. Praha: Parta.
- Valenta, M., Michalík, J., Lečbych, M., & kolektiv. (2018). *Mentální postižení*. Praha: Grada Publishing.
- Valenta, M., Michalík, J., Lečbych, M., & kolektiv. (2012). *Mentální postižení v pedagogickém, psychologickém a sociálně-právním kontextu*. Praha: Grada Publishing.
- Varvil, C. J. (12. January 1974). The effect of success and failure experiences on self concept in retarded children. *Theses and dissertations*.
- von der Luft, G., DeBoer, B. V., & Harman, L. B. (3. September 2008). Improving the Quality of Studies on Self Concept in Children with Cerebral Palsy. *Journal of Developmental & Physical Disabilities*, stránky 581-594.
- Vágnerová, M. (2005). *Vývojová psychologie I: Dětství a dospívání*. Praha: Nakladatelství Karolinum.
- Vágnerová, M. (2012). *Vývojová psychologie*. Praha: Nakladatelství Karolinum.



Vágnerová, M. M. (2011). *Zdravotně znevýhodněné dítě v náhradní rodinné péči.*

Praha: Středisko náhradní rodinné péče o.s.

Vymětal, J. (2004). *Obecná psychoterapie.* Praha: Grada Publishing.

WHO. (1. leden 2022). *10. revize Mezinárodní klasifikace nemocí* . Načteno z MKN-

10 2022: <https://mkn10.uzis.cz/prohlizec/F70-F79>

## ABSTRAKT DIPLOMOVÉ PRÁCE

Název práce: Sebepojetí adolescentů s lehkým mentálním postižením

Autor práce: Ing. Jana Dusílková

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

Počet stran a znaků: 72, 104 547

Počet příloh: 1

Počet titulů použité literatury: 52

### Abstrakt:

Cílem práce je zjistit, zda a jakým způsobem se odlišuje sebepojetí osob s lehkým mentálním postižením od sebepojetí osob z běžné populace ve věku adolescence. Zkoumáno je sebepojetí jako takové a poté jednotlivé aspekty sebepojetí dle standardizované metody Piers-Harris 2. Pro výzkum jsou shromážděna data od 54 respondentů z populace adolescentů s lehkým mentálním postižením a ta jsou následně porovnávána s daty z české standardizace pomocí statistické analýzy za využití metody Wilcoxonův test v programu Statistica. Na základě šetření je zjištěno, že adolescenti s lehkým mentálním postižením dosahují signifikantně nižších skóre na celkové škále sebepojetí dotazníku Piers-Harris a na subškálách Nepodléhání úzkosti, Popularita a Štěstí a spokojenost. Na subškálách Přizpůsobivost, Intelekt a školní postavení a Fyzický zjev a vlastnosti není rozdíl skóre tak významný.

## ABSTRACT OF THESIS

Title: Self-concept of adolescents with intellectual disabilities

Author: ing. Jana Dusílková

Supervisor: doc. PhDr. Radko Obereignerů, Ph.D.

Number of pages and characters: 72, 104 547

Number of appendices: 1

Number of references: 52

### Abstract:

The aim of this paper is to examine whether differences can be observed between the self-concept of adolescent-age persons with learning disability and adolescent persons of general population. The paper focuses on the actual subject of self-concept, followed by an overview of specific self-concept aspects based on the standardised Piers-Harris 2 method. The research gathered data from 54 respondents of the adolescent population with light mental disability, which is then compared with the Czech standardisation data through statistical analysis, using the Wilcoxon test method in the Statistica software. The research finds that adolescents with learning disability tend to reach significantly lower scores on the overall self-concept scale of the Piers-Harris questionnaire, as well as on the "Freedom from anxiety", "Popularity" and "Happiness and satisfaction" sub-scales. The difference in scores on the "Behavioral adjustment", "Intellectual and school status" and "Physical appearance and attributes" sub-scales are not as significant.

## **13. Přílohy**

Příloha č.1: Průvodní dopis

## **Příloha č.1: Průvodní dopis**

Dobrý den,

jsem studentkou oboru Psychologie na Univerzitě Palackého v Olomouci a obracím se na Vás s prosbou o pomoc při výzkumu na téma Sebepojetí adolescentů s lehkým mentálním postižením, na kterém v současnosti pracuji. Jedná se o důležité a z mého pohledu nedostatečně probádané téma a náš výzkum by mohl pomoci zmapovat, zda mají mladí lidé s diagnózou lehkého mentálního postižení snížené sebepojetí.

Prosím tedy o informaci, zda na Vaší škole studují lidé spadající do skupiny "adolescenti s lehkým mentálním postižením" a pokud ano, prosím o informaci, zda bych případně mohla navštívit školu například o volné hodině a studentům poskytnout k vyplnění krátký dotazník. Vyplnění zabere cca 15-20 minut.

Předem děkuji za odpověď

s přáním krásného dne

Ing. Jana Dusílková