

Univerzita Palackého v Olomouci
Katedra psychologie Filozofické fakulty

**PROJEKTIVNÍ TECHNIKA NEDOKONČENÉ VĚTY
U DĚTÍ S DĚTSKOU MOZKOVOU OBRNOU**

Diplomová práce

Autor: Mgr. Julie Wittmannová, Ph.D.

Vedoucí práce: Mgr. Denisa Otipková, Ph.D.

Olomouc

2008

Prohlašuji, že jsem diplomovou práci vypracovala samostatně a všechny použité prameny řádně citovala a uvedla.

V Olomouci 18. března 2008

.....

Děkuji své kolegyni a zároveň vedoucí práce Mgr. Denise Otipkové, Ph.D. za důvěru a konzultaci a dále vedení základních škol a lázeňských zařízení, třídním učitelkám integrovaných dětí i dětem samotným za příjemný pracovní čas s nimi strávený.

Číslo	Obsah	Strana
	Úvod	7
1.	Teoretická východiska práce.....	9
1.1.	Dětská mozková obrna (DMO).....	9
1.2.	Psychodiagnostika.....	11
1.2.1.	Psychodiagnostika dětí a mládeže s postižením.....	13
1.3.	Projektivní techniky.....	15
1.3.1.	Psychometrické charakteristiky projektivních technik	1
1.3.2.	Klasifikace projektivních technik	20
1.3.3.	Verbální projektivní techniky.....	21
1.4.	Technika Nedokončené věty.....	25
1.4.1.	Nedokončené věty u osob s mentálním postižením.....	27
1.4.2.	Nedokončené věty u dětí ve věku 8-9 let	27
1.5.	Předškolní a mladší školní věk	28
1.5.1.	Tělesný vývoj a vývoj základních schopností a dovedností.....	29
1.5.2.	Kognitivní vývoj.....	31
1.5.3.	Emoční vývoj a socializace.....	33
1.5.4.	Morální vývoj	33
1.5.5.	Generové rozdíly.....	34
1.5.6.	Vývoj sebepojetí	35
1.6.	Psychické zvláštností dětí s postižením	36
2.	Cíle a výzkumné otázky práce.....	39
3.	Metodika	40
3.1.	Popis výzkumného souboru.....	40
3.2.	Management výzkumu a sběr dat.....	41
3.3.	Statistické zpracování dat.....	42
3.3.1.	Kategoriální třídění	42
3.3.2.	Intraindividuální rozdíly a rozdíly mezi dětmi s DMO a bez postižení	42
4.	Výsledky a diskuze	43
4.1.	Využitelnost techniky Nedokončené věty u dětí s DMO ve věku 5-9 let.	43
4.1.1.	Administrace	43
4.1.2.	Třídění kategoriálních jednotek	43

4.1.3.	Intraindividuální rozdíly u dětí s DMO.....	45
4.1.3.1.	Rozdílnost ve výsledcích mezi chlapci a dívkami.....	46
4.1.3.2.	Rozdílnost ve výsledcích mezi uživateli vozíku a dětmi chodícími.....	48
4.1.3.3.	Rozdílnost ve výsledcích mezi dětmi předškolního a školního věku.....	50
4.1.4.	Rozdíly mezi dětmi s DMO a bez postižení	51
4.1.5.	Další možnosti využití techniky Nedokončených vět u dívky s DMO	54
4.1.5.1.	Časová komparace výsledků v technice Nedokončených vět u dívky s DMO	54
4.1.5.2.	Technika Nedokončených vět u dívky s DMO integrované do běžné třídy ZŠ.....	56
5.	Závěry	59
6.	Souhrn.....	64
7.	Literatura.....	67
8.	Seznam příloh.....	71
	Anotace diplomové práce	77

ÚVOD

Na Katedře Aplikovaných pohybových aktivit, jejíž jsem členem, se před sedmi lety řešil velký výzkumný projekt s osobami s mentálním postižením „Skutečnost nebo fikce? Socializace mentálně postižených prostřednictvím pohybových aktivit“ (Válková, 2000). Součástí metodiky řešení projektu bylo i použití techniky Nedokončených vět, jako ukazatele sociálního chování, konkrétně oblasti vnitřního prožívání kvality života. Volba metod podléhala mezinárodnímu konceptu šetření pod hlavičkou SOI (Special Olympics International) (Dykens & Cohen, 1996; Dykens a kol., 1999). Pro analýzu sociálního chování osob s mentálním postižením byla projektivní technika zvolena z toho důvodu, že „u osob s mentálním postižením nelze předpokládat samostatnou verbální prezentaci introspekce a v diagnostice specifických skupin populace riziko simulace či záměrného zkreslování není tak velké a proto jsou tyto techniky užívány úspěšně“ (Válková, 2000, s. 29). Součástí šetření bylo u techniky Nedokončené věty vymezit obsahové kategorie a kategoriální jednotky pro objektivizaci obsahové analýzy výsledků šetření a ověřit, zda jsou v zahraničí používané kategorie typické pro osoby s mentálním postižením u nás v České republice. Technika Nedokončené věty i výsledné kategoriální třídění odpovědí se jevila jako slibná pro výzkumné komparační účely různých skupin osob a potenciálně i klinickou praxi, bylo rozhodnuto tuto techniku použít i u dalších skupin populace.

Součástí širšího šetření je výzkumný soubor dětí ve věku 8–9 let bez postižení (součást diplomových prací) a v rámci sběru dat na disertační práci Čurdové (2005) byly Nedokončené věty použity u dětí s dětskou mozkovou obrnou (dále DMO) (Čurdová, 2001).

Statistické zpracování použité techniky Nedokončené věty u dětí s DMO nebylo nikdy provedeno a výsledky nebyly publikovány. Proto bych se v diplomové práci chtěla zaměřit na zpracování těchto sebraných dat a stanovení kategorií pro obsahovou analýzu techniky u této specifické populace. V práci bych chtěla kombinovat kvantitativní a kvalitativní formu výzkumu. Nejprve se zaměřit formou pilotní studie na projektivní techniku Nedokončené věty (Válková, 2000) a její obecné charakteristiky při využití u specifické skupiny populace dětí s DMO. Potom ukázat na příkladu dívky s DMO integrované do běžné školy na další komparační možnosti dané techniky i možnost využití klinického. Domnívám se, že by bylo možné Nedokončené věty použít pro rozšíření doplňujících informací psychologického vyšetření pro děti s postižením, například ve Speciálně pedagogickém centru.

Protože se zabývám psychodiagnostikou dětí s DMO už delší dobu, dovolím si v teoretické části diplomové práce využít některých kapitol z mých předcházejících prací (Čurdová, 2005; Čurdová, 2005a).

1. TEORETICKÁ VÝCHODISKA PRÁCE

Jednotlivé podkapitoly prezentují informace o dětské mozkové obrně (DMO), specifikách psychologické diagnostiky u dětí obecně a dětí s postižením specificky a v neposlední řadě o projektivních technikách a jejich využití v dětském věku.

Také považuji za důležité ve zkratce charakterizovat předškolní a mladší školní věk a zaměřit se na psychické zvláštnosti dětí s postižením.

1.1. Dětská mozková obrna (DMO)

V textu využívám mnou již zpracovaného textu z předchozí disertační a postupové práce (Čurdová, 2005; Čurdová, 2005 a)

Janda a Kraus (1975, s. 108) definují DMO jako „onemocnění, jež vzniká na základě poškození mozku v těhotenství, při porodu nebo do jednoho roku věku dítěte a projevuje se poruchou hybnosti a vývoje hybnosti. Často se přidružuje snížení intelektu, smyslové vady a sekundární epilepsie“. Je to porucha neprogresivní se stupněm závažnosti od lehkého po velmi těžký. Ingham (1966) charakterizuje DMO jako kolektivní název pro množství chronických neprogresivních poruch motorických funkcí dětí zapříčiněných poškozením mozku před, během i po porodu. Tato porucha je také popsána jako ovlivňující motorické funkce poruchami držení těla, svalového tonu a motorické koordinace, často doprovázená senzoryckými poruchami jak vizuálních, tak i dalších percepčních funkcí, či poruchami řeči (Barbas & Taft, 1986).

V předchozím odstavci se v definicích DMO objevují terminologicky nejednotné charakteristiky, někde je DMO charakterizována jako onemocnění (Janda & Kraus, 1975, 1987), jinde jako porucha či postižení (Ingham, 1966; Mutch, Alberman, Hagberg, Kodama, & Perat, 1992). DMO má velmi rozmanitý obraz, což vede k existenci velkého množství definic a klasifikací. V oblasti zdravotnictví, v 10. revizi Mezinárodní klasifikace nemocí Světové zdravotnické organizace (MKN-10), je DMO uvedena pod číslem diagnózy G80. Současná definice vytvořená kolektivem autorů (Ketelaar, 1999, s. 7) stanovuje, že DMO je „zastřešující termín pro skupinu neprogresivních, ale často se (v ontogenetickém vývoji jedince) měnících syndromů poruchy motoriky v důsledku lézí či anomálií, vzniklých v raných stádiích vývoje mozku“. Ve většině uváděných definic je motorická porucha považována za primární. Přestože je DMO neprogresivní, klinické rysy této poruchy jsou ke změnám náchylné.

Také etiologie DMO je velmi rozmanitá, zahrnující vše, co zapříčiňuje poškození nezralého mozku. Příčiny můžeme rozdělit na prenatalní, perinatální a postnatální. Okolo 90 % těchto poškození mozku se objevuje před či během porodu (Sherrill, 1998).

Z prenatalních příčin poškození plodu v prvních třech měsících nitroděložního života se uvádějí všechny prodělané infekce těhotné ženy. Mezi nejčastější infekční choroby patří toxoplasmóza, rubeola, nákaza cytomegalovirem a herpes. Dále sem patří působení chemických toxinů (např. alkohol, tabák, léky) či poranění matky, která působí na vývoj plodu. V pozdější fázi těhotenství může být mozek poškozen poruchami krevního oběhu, které způsobí nedostatek kyslíku v těle plodu (fetální hypoxie), či ledvinovými poruchami matky.

Mezi porodní (perinatální) příčiny patří všechny komplikované a protražované porody. Je řada příčin, jež mohou vést k postižení mozku plodu, především poporodní asfyxie, tj. nedostatek kyslíku a kříšení novorozence. Za nejčastější perinatální příčinu DMO považují Trojan, Druga, Pfeiffer a Votava (1996) nedonošenost a nízkou porodní váhu; nezralé a nedonošené děti mají zvýšeně zranitelné drobné mozkové cévy a často dochází k drobnému krvácení, zejména v okolí mozkových komor.

Sherrill (1998) uvádí, že okolo 10 % DMO vzniká postnatálně, přičemž vychází z odhadů od 6 do 25 %. Tyto odhady se liší dle toho, jakou daný autor používá definici k popisu nezralého mozku. Podle většiny definic by se měly problémy s hybností projevit před druhým rokem, ale někteří autoři akceptují jako diagnostickou hranici věk až pět let. Poškození mozku vzniklá později mají větší podobnost s postižením mozku dospělých, a proto se do DMO nezařazují. Nejčastějšími příčinami DMO, která vzniká po narození, mohou být různé infekce (encefalitida, meningitida), dále sem patří úrazové poškození mozku, týrání dětí, chemické toxiny, kyslíkové deprivace apod.

Protože nejsou diagnostická kritéria k určení DMO jednotná, přesná čísla a procenta výskytu a rozšíření se různí. Podle Krause (2005) se prevalence DMO pohybuje, přes geografické variace, v rozsahu 1,5–3 na 1000 osob živě narozených a výskyt je větší u chlapců, prvorozených dětí a také mnohočetných těhotenství.

Poslední nalezené číselné vyjádření výskytu osob s DMO v České republice je údaj Ústavu zdravotnických informací a statistiky za rok 1996, který udává, že je postiženo 0,43 % dětí do čtrnácti let. Od zpřísnění ochrany osobních dat neprobíhá cílená evidence výskytu DMO.

DMO je většinou popsána dvěma způsoby: dle typu svalového postižení (spastická, atetická, DMO s ataxií, smíšená), nebo dle části těla, která je postižena (kvadruplegie,

triplegie, diplegie, paraplegie, hemiplegie, monoplegie) (Jones, 1988). Dělení DMO může být tedy různé, většina autorů však určuje dvě hlavní formy, které dále dělí.

V práci prezentuji členění DMO dle Jandy a Krause (1987):

A. *Formy spastické*

1. *Diparetická forma*

Projevuje se symetrickým postižením obou dolních končetin. Většina svalových skupin má zvýšené napětí čili spastickou hypertonií, svaly se zkracují, což má za následek vadné držení dolních končetin i pánve. Zádové a břišní svalstvo je téměř vždy slabé. Horní končetiny mají normální utváření a zpravidla dobrou hrubou motoriku. V mnoha případech je pozorována neobratnost, zvláště v pohybech prstů.

Diparetická forma DMO vzniká poškozením mozku, především v oblasti jeho kmene, kde jsou již motorické nervové dráhy z obou mozkových polokoulí pohromadě vedle sebe. Mozková kůra nebývá zasažena a tak je u této formy inteligence většinou zachována.

2. *Hemiparetická forma*

Projevuje se poškozením jedné poloviny těla, horní končetina bývá postižena více, je v připažení, ve flexi v lokti a pronaci předloktí, ve flexi ruky i prstů (Lesný, 1985). Chybí flekční pyramidové jevy, na postižené straně jsou typické pyramidové jevy extenční (Stehlík et al., 1977). Postižené končetiny jsou slabší a zpravidla kratší ve srovnání s druhostrannými. Inteligence je asi u poloviny případů snížena v různém stupni.

Hemiparetická forma vzniká poškozením mozku v oblasti jedné mozkové hemisféry, vždy kolaterální k postižené straně.

3. *Kvadruparetická forma*

Spastickou obrnou jsou postiženy všechny čtyři končetiny, neboť se jedná o závažnější poškození mozku. Vzniká na základě výraznějšího poškození v oblasti mozkového kmene.

4. *Oboustranná forma hemiparetická*

Jde o dvě hemiparetické formy vedle sebe (tzv. bilaterální hemiparéza). Postižení je asymetrické, často bývají horní končetiny více postiženy než dolní.

Vzniká na podkladě dvou samostatných ložisek, přičemž každé je v jedné mozkové hemisféře.

B. *Formy nespastické*

1. *Dyskinetická forma*

Dříve nazývaná extrapyramidová forma se vyznačuje přítomností nepotlačitelných pohybů, které jsou v kojeneckém věku „atetoické“ (červovité, hadovité a pomalé) a později se většinou mění na drobné rychlé pohyby „choreatické“ nebo prudké „balistické“ pohyby s velkou amplitudou. Pohyby se objevují spontánně, v klidu, nebo je lze vyprovokovat různými podněty. Zpravidla se zesilují při volných cílených pohybech, které doprovázejí, ruší v provedení a někdy dokonce znemožňují pohyb provést.

Jedná se o postižení subkortikálního motorického regulačního systému, nejčastěji bazálních ganglií a jader thalamu.

2. *Hypotonická forma*

Projevuje se celkovým snížením svalového tonu. Následkem toho mají osoby s postižením větší rozsah pohybů v kloubech, velmi nejistý stoj o široké bázi, a jestliže chodí, chůze je vrávoravá a rovněž velmi nejistá. *Centrální hypotonický infantilní syndrom* není trvalá forma, mění se spolu se zráním mozku.

Jednotlivé formy DMO se často kombinují, pak lze hovořit o *smíšených formách* či *kombinované DMO*.

Centrální porucha hybnosti je u DMO nejnápadnější, ale ne jediná funkční porucha. Často dochází k přidruženým poruchám zraku, sluchu, koordinace, imunity, dýchání, polykání a řeči. Vyskytují se také různé poruchy čítí, mentální defekty a další vývojové odchylky. Časté jsou i epileptické záchvaty, vyskytující se až u 1/3 případů.

1.2. **Psychodiagnostika**

Psychodiagnostika dle Psychologického slovníku (Hartl, & Hartlová, 2004, s. 471) je „soubor metod a postupů postihujících úroveň vývoje člověka, vlastnosti jeho osobnosti, jeho aktuální stav, přítomnost symptomů a syndromů, potenciální možnosti dalšího vývoje“. Svoboda (2001a) dodává, že je těsně spjata především s psychologií osobnosti a s diferenciální psychologií. Koluchová s Morávkem (1990) vymezují aplikační oblasti psychodiagnostiky dětí podle resortů, které jsou shodné s určitou institucí, ve které se může psycholog uplatnit (oblast zdravotnictví, školství, oblast sociální péče, soudně znalecká a výzkumná).

Pro psychodiagnostické vyšetření je důležité, aby údaje o člověku byly získány tím „nejobjektivnějším a nejspolehlivějším a vědecky platným způsobem, který dovoluje jejich adekvátní hodnocení a interpretaci“ (Svoboda, 2001a, s. 14). Při vyšetření rozlišujeme dva

základní diagnostické postupy – klinický a testový. Klinické postupy nejsou vázány přísnými pravidly, jsou bez statistického základu, více pružné a umožňují důkladnější poznání konkrétního případu. Testové postupy používají standardizovaný, předem daný způsob vyšetření, každé zkoumané osobě se předkládá stejný podnětový materiál ze stejných podmínek.

Většina autorů se shoduje na výše zmíněném dělení na metody klinické a testové, nejpoužívanější dělení u nás je pravděpodobně dle Svobody (2001a, s. 30), a to:

1. Klinické metody (pozorování, rozhovor, anamnéza, analýza spontánních produktů)
2. Testové metody (vývojová diagnostika, testy inteligence, testy speciálních schopností, neuropsychologické metody, **projektivní metody /verbální, grafické, metody volby/, kresebné metody /kresba jako měření úrovně rozumových schopností, kresba jako měření úrovně senzomotorických dovedností, kresba jako projektivní metoda, kresebné testy kreativity/, dotazníky /jednodimenzionální, vícedimenzionální, dotazníky pro rodiče či vychovatele/, objektivní testy osobnosti, posuzovací škály).**

Projektivní metody, do kterých Nedokončené věty patří, se dle Svobody (2001a) řadí do testových metod. Dle mě jsou osobitou kategorií vyšetřovacích postupů a nezapadají přesně ani do jedné kategorie diagnostických postupů (klinické versus testové), jsou něco „mezi“. Jejich používání by mělo být vázáno na kvalitní a dlouhodobější praxi s jejich aplikací. Při interpretaci projektivních technik bychom měli být opatrní a vždy nálezy konfrontovat s dalšími diagnostickými postupy. To by ale mělo při dobré diagnostice platit při použití jakékoliv metody.

V následujících kapitolách se zmíním o specifikách diagnostiky dětí a především dětí s postižením; z psychodiagnostických metod vyberu techniky projektivní, specificky verbální projektivní techniky. Na závěr nelze nezmínit kapitolu týkající se psychometrických kvalit projektivních technik.

1.2.1. Psychodiagnostika dětí a mládeže s postižením

Při vedení psychologického vyšetření u dětí postupujeme vždy individuálně podle povahy případu a podle dané situace. Postup vyšetření probíhá obvykle podle tohoto časového sledu – předběžné stadium dokumentace, navázání a udržení kontaktu, řazení diagnostických technik a ukončení vyšetření (Říčan & Krejčířová, 1997).

Psychický vývoj dítěte je ve srovnání s psychickým vývojem dospělého člověka mnohem rychlejší, jednotlivá věková období jsou kratší. Proto je pro diagnostiku dětí a

dospívajících velmi nutná znalost obecných zákonitostí vývoje a praktická znalost normálních, duševně i tělesně zdravých dětí všech věkových stupňů (Koluchová & Morávek, 1990). Dítě je také mnohem víc než dospělý závislé na svém sociálním prostředí, hlavně na rodině. Proto je nutno při psychodiagnostice dítěte brát v úvahu jeho životní podmínky, uspokojování psychických potřeb, styl výchovy v rodině, případné změny prostředí apod.

V odborné, ale i populárně-naučné literatuře se lze dočíst o specifických rysech osobnosti jedince s postižením a odlišnostech jeho psychického vývoje, které jsou patrné ve všech vývojových stádiích (Koluchová & Vavrdová, 1983; Matějček, 2004; Sherrill, 1997, 1998; Vágnerová, 1997, 1999, 2000; Vágnerová et al., 1999). Použití diagnostických metod, které jsou součástí psychologického vyšetření dítěte s postižením, by mělo při psychodiagnostice respektovat požadavky na vývojové zvláštnosti dětí obecně (Koluchová & Morávek, 1991; Říčan & Krejčířová, 1997) a především charakteristiky postižení specificky (Koluchová et al., 1989; Vágnerová, 2001a). Patří sem znalost:

1. Přesné diagnózy, z níž plyne druh a závažnost postižení.
2. Prognózy onemocnění.
3. Podrobné rodinné i osobní anamnézy.
4. Standardního průběhu psychického vývoje a typických znaků vývoje dětí s postižením.
5. Nezbytnou součástí vyšetření je rozhovor s rodiči.
6. Větší využívání metody pozorování.
7. Psychologické vyšetření dítěte s postižením nemůže být zcela standardní a volba adekvátní testové metody (speciálního testu či běžné metody) bude záviset na míře postižení, dalších specifických rysech, věku a účelu vyšetření.

Administrace testových metod a interpretace výsledků se provádí s respektem k odlišnosti. Výskyt DMO s přidruženým mentálním postižením se udává mezi 30–70 %. Je však velmi těžké zhodnotit intelekt dítěte s DMO a přesně stanovit IQ, kvůli častým problémům v komunikaci a užití jazyka a v důsledku tělesného postižení.

U dětí předškolního a mladšího školního věku či osob s mentálním postižením (intelektově na podobné či ještě nižší věkové hranici) se používají převážně metody klinické (pozorování, rozhovor). Čím je dítě mladší, tím menší je možnost použití testových metod, protože většina testových metod předpokládá spolupráci nebo určitou stabilitu chování, což se u dítěte teprve vyvíjí (Koluchová & Morávek, 1990).

Vágnerová (2001a) zdůrazňuje, že modifikace běžných testů (tzn. úprava jejich obsahu, způsobu prezentace i časových limitů) je jednou z možností diagnostiky dětí s postižením. Tato možnost je ale zatížena chybějícími nebo nepřesnými normami a nedostupností pro psychologa v běžné praxi. Je možné použít i běžné testy, ale je nutné počítat s odlišnostmi a omezenou srovnatelností výsledků. Výsledky lze akceptovat jako jednu z užitečných informací, která musí být podpořena anamnestickými údaji, pozorováními a sděleními rodičů či jiných osob.

Při vyšetření osobnosti dítěte s pohybovým postižením je užitečný především rozhovor, který lze doplnit škálou či dotazníkem zaměřeným na hodnocení třídy, vlastní sebehodnocení či posouzení vlastních pocitů. Pokud dítě není schopné psát, dotazníky se administrují ústně. Vhodné bývají projektivní metody, zejména slovní či obrázkové; kresebné techniky se většinou nehodí.

Včasná a vhodně volená diagnostika a správný a účinný přístup ze strany psychologů, pedagogů a rodičů, může předcházet různým výchovným a zdravotním problémům a nasměruje další vývoj jedince žádoucím směrem. Zjistit názory a postoje dětí je třeba zvláště při diagnostice různých výchovných či výukových problémů a při řešení rodinných konfliktů (např. dysfunkce rodiny, týrání či zneužívání dětí).

1.3. Projektivní techniky

Pro zachování pojmové jednotnosti v úvodu kapitoly předesílám, že jsem si v textu zvolila používat termín *projektivní techniky*, ne projektivní metody jako např. Svoboda (2001b), či Koluchová s Morávkem (1990), ani projektivní testy, protože „většina těchto technik používaných v klinické praxi nenaplnuje tradiční kritéria psychologických testů“ (Lilienfeld et al., 2000, s. 29; podobně Šípek, 2000).

Dle E. Urbana: „Projektivními technikami rozumíme v psychodiagnostice takové testové nástroje, které konfrontují subjekt s podnětovou situací značně neurčitou, mnohovýznamnou, na niž má subjekt reagovat podle toho, co pro něj tato situace znamená, jinými slovy podle smyslu významu, který sám dává stimulu o sobě neurčitému. Podle projektivní hypotézy je reakce subjektu idiomatická, tj. jemu vlastní, a odpovídá osobnosti vyšetřovaného, takže umožňuje diagnostické úsudky v tomto směru“ (in Šípek, 2000, s. 20).

Výše citovaná definice Urbana mě zaujala, jako jedna z mnoha týkajících se projektivních technik, a to z důvodu její komplexnosti a srozumitelnosti. Podobně o projektivních technikách smýšlí většina autorů a shodují se na tom, že tvoří zvláštní

svébytnou kategorii vyšetřovacích postupů (Nakonečný, 1995; Lilienfeld et al., 2000; Svoboda, 2001b; Šípek, 2000), založených na prezentaci víceznačných, resp. málo strukturovaných podnětů, umožňujících psychickou projekci „nevědomých potřeb a tlaků“.

Šípek (2000, s. 10) považuje projekci „za promítnutí, extenzi, vržení před sebe či bodovou reprezentaci původního objektu nebo území“. Termín projekce zavedl do psychologie S. Freud a označoval jím „mechanismus obrany proti úzkosti, který umožňoval připisovat vlastní (nežádoucí) snahy, přání a pocity jiným osobám a okolí“ (Svoboda, 1999, s. 149). V neanalytickém pojetí je projekce proces, ve kterém vyšetřovaná osoba promítá svoje duševní procesy navenek mimo sebe a spatřuje je v jiných lidech, zvířatech, rostlinách, předmětech nebo dějích.

Za výhodu projektivních technik Svoboda (2001b) považuje to, že při aplikaci projektivních technik nemá zkoumaná osoba možnost záměrně zkreslit výsledky, protože neví, co daný test sleduje. Složitost jednotného skórování klade velké nároky na psychologa, jeho vědomosti a zkušenosti.

Mezi základní charakteristiky projektivních metod podle Šípka (2000, s. 21) patří:

- jde o málo strukturovaný úkol, který dovoluje neomezené množství odpovědí
- představují maskovanou testovací proceduru
- mají globální přístup k hodnocení osobnosti
- účinnost při odhalování skrytých, latentních a nevědomých aspektů osobnosti
- je to především klinický nástroj
- odrážejí vliv psychoanalytických koncepcí

Použití projektivních metod u dětí má svoje specifické znaky, kterými se liší od použití v diagnostice dospělých. Koluchová a Morávek (1990, s. 51) charakterizují zvláštnosti projektivního zkoumání v dětském věku takto:

1. Struktura a rysy dětské osobnosti jsou poměrně nestabilní, dětské „Já“ se teprve vyvíjí. Vývoj různých složek probíhá nestejně, a proto je nelehké odlišit faktory vývoje od osobnostní dynamiky a nezralost od patologické odchylky.
2. Hranice mezi vědomými a nevědomými procesy u dětí má jiný charakter než u dospělých.

3. Při provádění projektivních technik je dítě daleko více než dospělý citlivé na prostředí, interakci s vyšetřujícím, průběh a délku sezení.
4. Dítě prožívá vnitřní konflikty jinak než dospělý, a proto od něj můžeme získat mnoho informací rozhovorem.
5. Děti interpretují stimuly projektivních technik ve shodě se svou vývojovou úrovní. Proto je nutné znát úroveň schopností percepčních, intelektových, fantazijních a vyjadřovacích, které ovlivňují konečné výpovědi dítěte.
6. Jednotlivé testy se od sebe liší ve schopnosti vyvolávat projektivní reakce a stejně tak se liší i jednotlivé děti ve schopnosti projikovat do testového materiálu.

1.3.1. Psychometrické charakteristiky projektivních technik

Projektivní techniky jsou tak specifické postupy, že rozdělují psychology a jejich další uživatele na dva tábory, na zastánce těchto technik a samozřejmě jejich odpůrce. Dle toho, do které kategorie autoři knih, či odborných textů patří, pak vyznívá jejich text a používané argumenty.

Většina kritiky projektivních technik se zaměřuje na problematiku nedostatku reliability a validity (Lilienfeld et al., 2000; Wood et al., 1996; apod.), slabé a nekonzistentní výzkumné základy a subjektivitu ve skórování a interpretaci (Ferjenčík, 2000; Lilienfeld, 1999; Svoboda, 2001b).

Obecně se shodneme na tom, že projektivní techniky, až na některé výjimky, nemají objektivní kritéria vyhodnocování, jejich interpretace závisí na zkušenostech psychologa a může být zatížena určitou subjektivitou.

Další výtky směřující k projektivním technikám je oblast standardizace. Standardizace je „souhrnné označení pro zjištění reliability, pro valorizaci, stanovení norem, prověření účinnosti jednotlivých částí testu, stanovení jednotné instrukce a způsobu administrace.“ (Svoboda, 2001a, s. 16).

Normalizací se rozumí možnost srovnání individuálních výsledků s normami, získanými vyšetření velkého reprezentativního vzorku osob. Normy pro vyhodnocování projektivních technik buď chybí úplně, nebo jsou neadekvátní a ustanovené pomocí nepříliš „vědecky“ popsaného souboru populace a tudíž obeznámenost s reakcemi běžné populace většinou chybí (Lilienfeld a kol., 2000; Šípek, 2000).

Seitz (2001) poznamenává, že pro posouzení validity a reliability projektivních testů nestačí zajištění adekvátních normativních dat dětí různého věku, pohlaví a dalších kulturních faktorů. „Je třeba vytvořit nové druhy hodnocení, které budou reflektovat způsoby dětského myšlení, emoční oblasti a vzájemného působení s lidmi, objekty a prostředím okolo nich.“ (Seitz, 2001, s. 15)

Zmíním se o následujících vlastnostech projektivních nástrojů:

Objektivita

Podle Ferjenčíka (2000) a Svobody (2001a) je test objektivní, nemá-li výzkumník nejmenší vliv na výsledek zkoumané osoby, a instrukce a podmínky vyšetřovaných osob musejí být stejné.

Šípek (2000) poukazuje na problém při vyhodnocování projektivních technik, kde může být výsledek citlivý na interpretační dovednosti vyšetřovatele, důležitá je i kvalita vztahu mezi klientem a vyšetřovatelem. Interpretace může být dále zatížena určitou mírou subjektivity. Stejná technika pak může být jedním autorem hodnocena jako objektivní a jiným neobjektivní.

Reliabilita

Hendl (2004, s. 48) označuje reliabilitu za „stupeň shody (konzistence) výsledků měření jedné osoby nebo jednoho objektu provedeného za stejných podmínek“. Podle Šípka (2000), Svobody (2001a), či Ferjenčíka (2000) je reliabilita míra spolehlivosti testu, míra přesnosti, se kterou test měří to, co měří.

Koeficientů reliability lze měřit více, např. stabilitu v čase (test-retestový odhad), ekvivalenci (paralelní forma odhadu reliability), vnitřní konzistenci (split-half reliabilita, vnitřní konzistence položek), reliabilitu vyhodnocovatele, aj.

Šípek (2000, s. 103) uvádí, že „jedna z nejpalčivějších otázek u projektivních technik je jistě problém možné nejednotnosti skórování výsledků, tedy reliability vyhodnocovatele“. S variabilitou závěrů různých kliniků při provedení techniky u stejné osoby se lze setkat často.

Také koeficienty vnitřní konzistence (míra homogenity položek) bývají u projektivních technik nízké. Podobně na tom je i *test-retestová reliabilita*, je ale důležité zvážit, které proměnné se vztahují ke stabilnějším charakteristikám osobnosti (ty by pak tuto reliabilitu měly vykazovat) a které jsou naopak náchylné k rychlým změnám, dynamičtější a snadno ovlivnitelné aktuálním stavem a situací.

Ferjenčík (2000, 204–205) popisuje možnosti zvýšení reliability testů následovně:

1. přidání dalších homogenních položek do původního testu;
2. odstranění položek, které se přímo nevztahují k měřené proměnné (nejvyšší reliability obvykle dosahuje jednodimenzionální test);
3. důsledná standardizace, korekce návodů a položek, aby byly co nejjednoznačnější, korekce časového omezení apod.

Výše zmíněné doporučené postupy často nelze u projektivních technik použít, protože projektivní techniky jsou ve srovnání např. s testy schopností málo specifické a nebývá často jasné, co přesně měří. „Aspirují detekovat široké pásmo osobnostních vlastností. Výsledná informace mívá mnoho vrstev“ (Šípek, 2000, s. 100), které se daří různým psychologům rozkrývat různě. Proto také osobnost a zkušenost psychologa má na výsledky projektivních technik velký vliv, je tedy velmi důležité věnovat pozornost výcviku a následné supervizi při použití těchto technik.

Validita

Svoboda (2001a) označuje validitu za nejzávažnější psychometrický ukazatel, který ukazuje, zda test skutečně měří to, co má měřit. Hodnotí ji jako korelaci mezi testem a vnějším kritériem. Hendl (2004, s. 48) uvádí, že: „Validita odkazuje na přiměřenost, smysluplnost a užitečnost specifických závěrů, jež se provádějí na základě výsledků měření“.

Lze uvažovat o validitě související s testem samotným (empirická validita, konstruktová, kongruentní, paralelní či pojmová validita aj.), a dále s osobou examinátora, který může validitu v některých případech ovlivnit. To je případ právě projektivních technik, kde je nutné o validitě uvažovat v celém komplexu, do kterého examinátor nesporně patří a validita techniky nebývá vyšší, než „validita“ jejich uživatele. Validita bývá „přímo úměrná zkušenosti vyšetřujícího. Rovněž způsob a úroveň vyhodnocení a interpretace může validitu ovlivnit.“ (Svoboda, 2001a, s. 19).

U projektivních technik je častěji zkoumána predikční validita (Lilienfeld et al., 2000), tedy hledisko klinické praxe, než validita pojmová. Pojmová validita vyjadřuje určení psychologické kvality, která je měřena („stupeň shody mezi výsledkem testu a implikacemi teorie o povaze měřeného znaku osobnosti“ /Svoboda, 2001a, s. 19/). Její hodnocení je ale velmi obtížné pro podnětovou otevřenost a nestrukturovanost, která je hlavní charakteristikou těchto technik.

Šípek (2000) dále zdůrazňuje, že u projektivních technik hrozí nebezpečí násilné psychometrizace, což znamená redukce dat na data kvantifikovatelná pomocí co nejjednoduššího třídění a výběru jasných kritérií.

Prokazovat validitu projektivních technik je podle Morávka (1987) velmi problematické, z několika příčin: (1) techniky jsou zaměřeny na osobnost jako celek a vytržení jednoho znaku a porovnání s izolovaným kritériem vede k porušení této globálnosti a potenciálně k falešným závěrům; (2) vnější kritérium se obtížně vymezuje a (3) často se techniky zaměřují na skryté symbolické úrovně osobnosti. Přesto tento autor i jiní (např. Lilienfeld a kol., 2000; Riethmiller, & Handler, 1997) konstatují, že celkově validita projektivních metod nebyla vyvrácena. Přesto si Lilienfeld s kolegy (2000, s. 55) kladou otázku, „zda je vůbec možné nabídnout nějaké principy a návod pro konstrukci projektivních technik, které by zajistily adekvátní validitu,“ protože je jen málo výzkumných projektů, které jsou navrženy tak, aby „... se vyhnuly hlavním kamenům úrazu valorizace projektivních zkoušek...“ (Anastasi & Urbina, 1997, s. 48).

Na závěr kapitoly o psychometrických charakteristikách projektivních technik, ve shodě s Šípkem (2000), konstatuji, že je lépe je vnímat jako klinické nástroje a nesnažit se je příliš srovnávat s testy klasickými. Je sice třeba kontrolovat podmínky užívání a vyhodnocování, ale pracné skórovací systémy bývají často u těchto technik zavádějící. Výsledek projektivních technik je třeba pokládat spíše za určitou hypotézu, protože jak píše Vl. Michal „... jejich málo doložená validita musí vést ke srovnávání výsledků se všemi ostatními údaji (anamnéza, rozhovor, výsledky ostatních technik a testů).“ (in Šípek, 2000, s. 21). Důležitost vhodné kombinace technik a rozmanitosti přístupů, kterou projektivní techniky nabízí nejen pro hlubší porozumění dynamice osobnosti, ale především lepší kontrolu validity, zmiňuje ve své práci i Miovský (2006).

1.3.2. Klasifikace projektivních technik

V odborné literatuře se setkáváme s různými způsoby dělení projektivních technik z mnoha hledisek. Říčan a Ženatý (1988) rozdělují projektivní techniky podle druhů činností, které se od probanda vyžadují a uvádí sedm skupin:

1. Techniky interpretační
2. Techniky slovně-asociační
3. Techniky imaginativně-verbální
4. Techniky scénické
5. Techniky výtvarné (kresebné tématické techniky, kresebné doplňovací techniky, jiné kresebné techniky a ostatní výtvarné techniky)

6. Preferenční techniky
7. Techniky výrazové

Jiné třídění technik prezentuje Koluchová a Morávek (1990):

1. Asociativní (dítě reaguje na stimul slovem, představou)
2. Konstruktivní (dítě má něco vytvořit, zkonstruovat)
3. Doplnovací (doplňuje se neúplný, nedokončený podnět)
4. Výběrové a řadící (podněty se vybírají či řadí podle preference)
5. Expresivní (umožňují téměř volné sebevyjádření)

Jednoduché třídění volí Svoboda (1999), na techniky verbální, grafické a manipulační (techniky volby) a dle něj podobně Šípek (2000) rozlišuje projektivní techniky na dvě skupiny:

1. Verbální projektivní techniky (slova využito jako podnětu a dále v odpovědích /ústní i písemné formy/).
2. Apercepčně vizuální projektivní techniky (využívající jevu pareidolie, tj. schopnosti dotvářet neurčité podněty v okolí).

V dalším textu hovořím pouze o oblasti verbálních projektivních technik (dle Šípka), do které test Nedokončené věty patří.

1.3.3. Verbální projektivní techniky

Slova je zde použito nejen při odpovědích, ale i jako podnětu (ústní a písemné formy). Patří sem:

Slovní Asociační experiment

Technika slovních asociací má tradici v experimentální psychologii i klinickém využití. Řadíme ji jak do metod experimentálně výzkumných, tak i metod psychodiagnostických. Praktického využívání metody zavedl C. G. Jung v roce 1911, ale počátky používání slovních asociací spadají už do 80. let 19. století a jsou spojeny se jmény W. Wundt, F. Galton, J. Mc. Cattell a E. Kraepelin.

Vyšetřovanému se předkládá podnětový materiál (obsahuje 20–30 slov), který předčítá vyšetřující vyšetřované osobě a ta má vyslovit první slovo, které ji napadne bez jakékoliv autocenzury. Při druhé prezentaci má vyšetřovaný reprodukovat předchozí odpovědi. Test se předkládá zásadně individuálně a důraz je kladen na dobrou atmosféru a kontakt psychologa s vyšetřovanou osobou (Koluchová & Morávek, 1990).

Slovní asociační experiment „poskytuje vzorce řečového chování spolu s možností registrace zážitkové stránky řečových projevů“ (Svoboda, 1999, s. 151). Zachycuje dynamiku a pohotovost řečové produkce. Charakteristiky myšlení se odrážejí v řeči, proto z reakcí vyšetřovaných osob v asociačním pokusu můžeme vyvozovat tempo, hloubku myšlení a jiné poruchy. Užívá se bez omezení již od dětského věku, ale uplatnění nachází více u dospělých (Svoboda, 2001b).

Metodu lze využít při diagnostice psychické orientace osobnosti, dále při výběru povolání, sledování zájmů a postojů (Šípek, 2000). Testovou příručku a diagnostický manuál československé modifikace připravil O. Kondáš (1978), v současné době P. Šlechta (in Šípek, 2000) vypracoval a nabízí počítačovou podobu asociačního experimentu.

Testy nedokončených vět (Techniky doplňování vět)

Nedokončené věty zařazujeme mezi projektivní metody, konkrétně verbální techniky (Svoboda, 2001b), jejichž základem je vyvolávat pomocí víceznačného a nestrukturovaného podnětového materiálu různé vědomé či nevědomé reakce. Vyšetřovaný subjekt pak promítá do odpovědí na podněty své charakteristické rysy, vlastnosti osobnosti, motivy, potřeby a psychické stavy. Tato technika umožňuje diagnostikovat např. vztahy k rodičům a sourozencům, ke škole, základní postoje jedince, hodnotové orientace jedince, úzkosti, strachy, naděje, přání, prožívání jedince, dále zjišťuje přítomnost konfliktů, emoční tense, duševní nemoci, apod. Využití této pomocné doplňující techniky je vhodné u mladších dětí, u kterých je snížena možnost užít metody testové (Koluchová & Morávek, 1990; Svoboda, 2001b; Šípek 2000).

Poprvé použil postupu doplňování vět Ebbinghaus (1897) při zkoumání inteligence. Průkopníkem ve využívání této metody pro diagnostiku osobnosti byl A. T. Tender, který techniku popsal v roce 1930 (Svoboda, 1999; Svoboda, 2001b; Šípek, 2000). Doplňování vět původně sloužilo k zachycování intelektových nebo kognitivních schopností. Postupně se začalo využívat při diagnostice osobnosti. V současné době patří mezi deset nejpoužívanějších psychologických diagnostických postupů. Techniky doplňování vět jsou pravděpodobně jedny z nejvalidnějších projektivních metod, konstatuje Šípek (2000).

Tato metoda má velké množství variant. Všechny vycházejí ze stejného principu: vyšetřovaná osoba má doplnit započaté věty – má napsat první myšlenku, která ji napadne. Některé příklady počátku vět (Svoboda, 2001b, s. 256):

- Lidé si myslí, že já ...

- Někdy přemýšlím o ...
- Vždycky jsem chtěl ...
- Jsem ...
- Nejlepší je když ...
- Mojí největší chybou je ...
- Nemám rád lidi, kteří ...
- Většina rodin, které znám ...

Užívané Nedokončené věty se liší ve dvou parametrech (Říčan & Ženatý, 1988, 37):

a) *v délce započaté věty* (čím delší, tím se úloha blíží běžné dotazníkové položce; kratší, jako „Když ...“ či „Naši...“ jsou „projektivnější“, méně usměrňují a dávají větší prostor).

b) *míra, v níž začatá věta určuje doplněnou větu jako výrok o sobě samém* (když jsou začátky vět formulované v 1. osobě, test je chápán jako výpověď o sobě; ze začátku „Jíst jablka.....“ je možné vytvořit neosobní zásadu životosprávy, ale i výpověď o sobě).

Použití testu Nedokončených vět je mnohotvárné, lze je i konstruovat za specifickým účelem (př. užití různých druhů a velikostí písma). Svoboda (2001b) uvádí, že nejčastěji slouží klinickým potřebám, screeningu a výzkumu. Hodnocení je většinou kvalitativní, ale existují i návrhy na standardní vyhodnocování (např. Rotterův test z roku 1950).

„Nedokončené věty“ jsou doporučovány jako vhodná diagnostická technika už v dětském věku. Švancara (1980, s. 108) uvádí pozitivní výsledky této techniky při „diagnostice dětí z hlediska vztahu k rodičům, škole, věcem, při odkrývání podvědomých strachů, skrytých citových vazeb i deprivací, ale i nevyslovených přání.“ Dle věku dětí se pracuje ústně či písemně a pracuje se i s latentní dobou odpovědi.

V dětské klinické psychologii Říčan a Krejčířová (1997) vyzdvihují významnost této techniky v její poměrně snadné administraci, technika může sloužit jako zdroj doplnění informací, námětů a poznání osobnosti; také informuje o aktivní slovní zásobě, stylistických schopnostech, gramatice a pravopisu.

Tato technika umožňuje diagnostikovat vztahy k rodičům, sourozencům, ke škole, dále zjišťuje přání, cíle, úzkosti, strachy, postoje, emoční napětí. Vyšetřovaná osoba

doplňuje věty písemně, menším dětem je můžeme předčítat a odpovědi v doslovném znění zaznamenávat (Koluchová & Morávek, 1990).

V práci se skupinami je možné použít volné sestavování pohádky nebo příběhu. Každý člen skupiny doplní k rozpracovanému celku nějakou větu, část jiné pohádky či vlastní nápad. Vyšetřovatel si všímá stupně originality, navazování tématu, snahy o řešení, záchrany osob apod. (Šípek, 2000). Šípek (2000) a Říčan s Krejčířovou (1997) uvádějí také metodu doplňování příběhů. Nejčastější užití doporučují u dětí s těžkou zrakovou vadou, jimž nelze předložit TAT (Tematický apercepční test).

Souborů nedokončených vět je velké množství, jmenuji zde ty dle Šípka (2000) a Svobody (1999, 2001b) nejznámější:

- *Rotterův test (Incomplet sentence blank – ISB)* z roku 1950 má tři formy: pro středoškoláky, vysokoškoláky a ostatní dospělé. Každá forma je tvořena 40 větami, jejichž doplnění je hodnoceno na sedmibodové škále vzhledem k úrovni jejich adaptace; vyšetřovaná osoba má doplňovat věty tak, aby to vyjadřovalo její pocity a přesvědčení. Autoři konstatují, že vnitřní konzistence testu je přes 0.80, inter-rater reliabilita 0.90 a validita také velmi slibná, na úkor interpretace, která představuje jediný skór.
- *Curtis Completion Form Test* (Curtis, 1953) je zaměřen na testování emocionální zralosti a sociálního přizpůsobení; je tvořen 50 nedokončenými větami a dvěmi částečně strukturovanými větami; test se hodnotí na základě obsahové analýzy
- *Sentence Completion Test* (Rohde, 1946) – obsahuje 60 nedokončených vět, rozdělených po čtyřech do patnácti kategorií; hodnotí se obsah a frekvence odpovědí, skórování v termínech Murrayho potřeb a tlaků.
- *Forer Structured Sentence Completion Test* (Forer, 1950) je sestaven ze 100 nedokončených vět, které jsou seskupeny do skupin pokrývajících významné oblasti – agrese, přání, zapojení do sociálních vazeb...; existuje verze pro muže a pro ženy; výsledek šetření má pomoci k sestavení vhodné terapie.
- *Sachs Sentence Completion Test* (Sachs & Levy, 1950) je zaměřen na oblast mezilidských vztahů, práce, osobních ambicí, sexuální zralosti apod.
- *Nedokončené věty – soubor autorů Srpa a Kubičky* (Michal, 1971) – vyvinut pro potřeby dětské psychodiagnostiky
- *Dětská verze Sacksova testu SSCT* (Michal) – interpretuje se obsah a frekvence odpovědi, sleduje reakční čas. Lze použít od 6 let věku, prezentovat písemně či

ústně. Při použití u dětí je možno sledovat i slovní zásobu, stylistiku, pravopis, apod.

- *Test doplňování vět T162 (Miglierini)* – u nás vydán 1980. Jedná se o test schopností rozumových, může však skrývat projektivní materiál.

Různé další soubory lze vymyslet a použít ad hoc pro poznání specifikované oblasti (rodina, zaměstnání) či v psychoterapii využít tematicky zaměřené nedokončené věty.

Co se psychometrických charakteristik týká, jsou techniky doplňování vět nejvalidnější ze všech projektivních metod, a „přestože je málo jasné, co tyto techniky měří, tak prokazují vyšší reliabilitu a validitu než jiné projektivní testy.“ (Šípek, 2000).

Velmi kladné odezvy jako jeden z mála po stránce konzistentní validnosti, má *Washington University Sentence Completion Test (dále SCT)* (Loevinger, 1976). Autorka používá svou verzi SCT k hodnocení konstruktů, který nazývá „vývoj ega (ego development)“, který hodnotí zráním „Já“. Test byl vytvořen sofistikovanou metodou konstrukce testů, ve které výsledky SCT protokolů sloužily k postupnému pročištění skórovacího klíče. Výsledné skóry tohoto testu jsou pozitivně korelovány s empatií a morálním vývojem a negativní korelace ukazují u delikventního chování a psychopatie (Loevinger, 1984).

Technika tří přání

Popis této techniky vkládáme na konec textu záměrně, protože bude součástí naší používané techniky.

Technika tří přání se používá u dětí. Dítě se vyzve, aby vyslovalo tři přání, která by měla nejraději splněno, bez ohledu na jejich reálnou splnitelnost. U odpovědí si všímáme přání, která odrážejí starosti nepřiměřené dětskému věku („aby rodiče byli zdraví“, „abych byl vždycky poslušný“ apod.), (Říčan & Krejčířová, 1997).

1.4. Technika Nedokončené věty

V práci používáme u dětí s dětskou mozkovou obrnou techniku „Nedokončené věty“, poprvé v České republice použitou v rámci transkulturální komparace prof. Válkovou (2000), a to u osob s mentálním postižením. Prof. Válková se s kolektivem spolupracovníků se v letech 1995–1998 podílela na mezinárodním výzkumném projektu s názvem „Diference v motorické kompetenci a v sociálním chování mezi sportujícími ve Speciálních olympiádách a nesportujícími“, kde Nedokončené věty byly vybrány pro analýzu sociálního chování probandů.

Zvolená varianta techniky obsahuje 9 nedokončených vět a 3 „přání“ (viz Příloha 1). Překlad z angličtiny do jazyka českého a standardizace byly provedeny v roce 1995 (Válková, 1996) a byl zpracován evidenční list.

Probandovi (vyšetřovanému dítěti) jsou předkládány neurčité začátky vět (Příloha 1), na které pak bezprostředně odpovídá. Administrátor zaznamenává doslovné vyjádření všech odpovědí, včetně nutnosti opakovat otázku či ji přeskočit a vracet se k ní později.

Administrace testu (Válková, 2000, s. 30)

Před vlastní administrací si examinátor připraví hodnotící arch. Úvodem probanda seznámí s jeho úkolem (viz Příloha 1). Testování se provádí v tiché klidné místnosti, trvá cca 5–10 minut, ale není časově limitováno. Administrátor by měl předejít sugestibilitě. Pro získání informací z techniky Nedokončených vět se provádí následná sumarizace dat (kategoriální třídění).

Kategoriální třídění

Při sumarizaci obsahu výpovědí se provádí kategoriální analýza. Provádí se třídění prvního a druhého řádu. Ve třídění prvního řádu je zpracována matice jednotlivých reálných obsahů. Při třídění druhého řádu jsou tyto obsahy výpovědí seskupeny do 15 kategorií, přičemž kategorie 14 je určena reakci „nevím“. 15 kategorií (X) pak tvoří počty vět, které musí výzkumník několikrát opakovat nebo se k nim vracet. U každého jedince je maximální počet kategoriálních jednotek 12 (9 nedokončených vět a 3 přání).

Psychometrická data

Třídění odpovědí probíhá do kategorií (Příloha 2): 1. zvířata, 2. Jídlo, 3. Aktivity běžné, 4. Orientace na výkon, 5. Věci, 6. Domov, 7. Počasí, 8. Hyperkritičnost, 9. Nekritičnost, 10. Chování, 11. Aktivity sportovní, 12. Ideály, 13. Abstraktní, 14. Nevím, 15. (X) Počet opakovaných vět. Toto třídění bylo prováděno velmi pečlivě s ohledem na názor Janouška a kolegů (1986) a Svobody (2001b), kteří za základní problém považují vymezení obsahových kategorií a kategoriálních jednotek. Válková (2000, s. 30) sumarizuje jejich názory, že „kategorie musejí být na jedné straně vyčerpávající, na druhé straně neatomizované, musejí se vzájemně vylučovat a je třeba postihnout i jejich váhu (frekvenci či intenzitu). Také absence dané kategorie může být diagnostickým znakem.“

V rámci diplomových prací (1994–1995) bylo ověřeno, že zvolených 15 kategorií je typických v odpovědích na nedokončené věty u sledovaných skupin osob s mentálním postižením (Válková, 1996, 2000). Stejně kategorie se osvědčily i pro komparaci mezinárodní (u Nedokončených vět se zúčastnily země USA, Kanada, Chile a ČR).

Výzkumný soubor pro srovnávací studii tvořilo v ČR 75 probandů, a ukázalo se, že použití této techniky u osob s mentálním postižením ve středním pásmu je adekvátní a možné; všichni administraci vět zvládli. Technika rozlišuje změny ve vývoji vnitřního prožívání reality a rozkrývá vnitřní život probandů.

Další psychometrická data, k potvrzení reliability či validity dané konkrétní verze Nedokončených vět, se nám nepodařilo dohledat, podněty pro další valorizaci škály je možno získat v článku autora Dykens a kolegů (1996, 1999).

1.4.1. Nedokončené věty u osob s mentálním postižením

Výzkumný soubor pro srovnávací studii u techniky Nedokončených vět u osob s mentálním postižením (Válková, 2000) tvořilo v ČR 75 probandů (viz předchozí kapitola).

Maximum možných kategoriálních jednotek při 12 odpovědích a 75 osobách je 912, tedy jejich násobek (75 x 12). Pro komparaci se pracuje s procenty: procento (%) osob, které dané kategorie uvádějí v rámci skupiny Speciálních olympiád (39 osob) a „nesportovců“ (37) a procento (%) kategoriálních jednotek dané skupiny Speciálních olympiád či „nesportovců“.

Nejčastěji používané kategorie prožitků ve skupinách sportovců SO v ČR (a shodně z Chile a Kanady) jsou: DOMOV, ORIENTACE NA VÝKON, HYPERKRITICNOST, AKTIVITY SPORTOVNÍ.

1.4.2. Nedokončené věty u dětí ve věku 8–9 let

V současnosti probíhá rozsáhlejší šetření možností užití Nedokončených vět (Válková, 2000) u dalších skupin populace. Hlavní zaměření prací je na kategoriální třídění a jeho ověření u dětí ve věku 8–9 let (diplomové práce Hajzner, 2006; Oborná, 2007; David, in press) a dětí s dětskou mozkovou obrnou 5–9 let.

V rámci diplomových prací je ověřován soubor dětí ve věku 8–9 let, dle doporučení pro podobnou úroveň kognitivních funkcí, jako zkoumané osoby s mentálním postižením u Válkové (1996, 2000). Počty probandů jsou následovné: region Olomoucka 78 dětí – Hajzner (2006); region Třebíčska 111 dětí – Oborná (2007), region Opavska 95 dětí – David (in press).

V současné fázi výzkumného šetření nejsou zpracovány souhrnné výsledky všech dětí ve věku 8–9 let, proto pracujeme orientačně s výsledky práce Oborné (2007) a jejími 111 vyšetřenými dětmi.

Psychometrická data

Nejčastěji používané kategorie u dětí 8–9 let (Oborná, 2007): VĚCI, SPORTOVNÍ AKTIVITY, ORIENTACE NA VÝKON, IDEÁLY. Nejmenší procento osob a kategoriálních jednotek se objevovalo u kategorie JÍDLO (2).

Během šetření se objevovaly odpovědi, které jsme nemohli zařadit do žádné ze 14 stávajících kategorií (Válková, 2000). Proto byla vytvořena kategorie nová – Dospělost (15). Ta obsahuje touhu žáků být starší, být nezávislý, ovlivňovat svůj život („...chtěl(a) bych být dospělý(á)...“). Jiní chtějí být ve vyšším ročníku nebo mít dokončenou školu („...přeji si být už v páté třídě...“ nebo „...kdybych tak už měl(a) vychozenou školu...“). Do této nové kategorie jsme zařadili i odpovědi týkající se budoucího povolání („...přeji si být lékařkou, lékařem...“ nebo „...nejraději bych byla herečkou...“).

Časová stabilita se hodnotila pomocí test-retestové reliability na hladině významnosti $p = 0.01$ a $p = 0.05$. Výsledky ukazují, že škála je nestabilní u neroztříděného souboru (bez rozdílu pohlaví) v kategoriích 9 (Nekritičnost) a 14 (Nevím), u roztříděného souboru dívek je nestabilita v kategoriích 4 (Orientace na výkon) a 12 (Ideály) a u roztříděného souboru, kde se vyskytují jen chlapci je nestabilita v kategoriích 14 (Nevím) a 15 (Dospělost).

Testem porovnání relativních četností byly nalezeny statisticky významné rozdíly (na $p = 0.01$ a $p = 0.05$) jak u četnosti výskytu odpovědí, tak u počtu opakovatelnosti v dané kategorii mezi skupinou chlapců a dívek. Nejvýraznější rozdíl, vyšší četnost výskytu odpovědí u kategorie 1 (Zvířata) u dívek. Detailní popis lze nalézt u Oborné (2007).

1.5. Předškolní a mladší školní věk

Vágnerová (2001) uvádí, že **předškolní věk** trvá od 3 přibližně do 6 let. Konec této fáze není určen jen fyzickým věkem, ale především sociálně, nástupem do školy. Toto období je charakterizováno změnami v tělesných a pohybových funkcích, v poznávacích procesech, v citovém i společenském vývoji. Dochází ke změnám v osobnosti dítěte.

Erikson (1993/2002) ve své teorii vývoje rozlišuje osm etap. Každá z nich se vyznačuje charakteristickým vývojovým rozcestím, jemuž je člověk vystaven a musí ho překonat. V ideálním případě se jedinci vyvíjí přes jednotlivá vývojová stádia, jejich identita se stává integrovanější a více si důvěřují ve znalostech o vlastním já. Předškolní věk (4. a 5. rok života) je popsán jako **iniciativa proti vině**. Uplatňuje se reakce rodičů na aktivitu a iniciativu dítěte, která má za následek pocit svobody a iniciativu dítěte, nebo

naopak pocity viny a pocit neschopnosti fungovat ve světě dospělých. Pro dítě tohoto věku je charakteristická jeho aktivita a proto mnoho autorů přebírá název *období iniciativy*.

Nejpřirozenější a nejčastější činností dítěte v tomto období je **hra**. Hra je předstupněm práce a odráží se v ní realita světa a života dospělých. Ve hře dítě nacvičuje činnosti, které bude později potřebovat.

Jako **mladší školní období** označují Langmeier a Krejčířová (2006, 117) „dobu od 6–7 let, kdy dítě vstupuje do školy, do 11 až 12 let, kdy začínají první známky pohlavního dospívání i s průvodními psychickými projevy“. Jejich mladšímu školnímu období dítěte dle Vágnerové (2000) odpovídá raný a střední školní věk. Dle Erikson (1993/2002) je etapa 6. až 11. rok života popsána jako **příčinnost proti inferioritě**. Dítě se zajímá o fungování věcí, o pravidla, organizaci, uspořádávání a záleží na tom, zda rodiče tento zájem podporují nebo potlačují; také záleží na úspěších nebo neúspěších v životě mimo rodinu.

V tomto období dochází k zásadní změně ve způsobu dosavadního života a to ke vstupu dítěte do školy. Život dítěte je pak rozdělen mezi školní práci a hru i ostatní volnou zájmovou činnost. Většina dětí je pro nástup do školy dostatečně zralá v šesti až sedmi letech, děti s postižením mívají odklad školní docházky pro nezralost některých oblastí osobnosti. Musí se učit zvládat relativně dlouhodobé odloučení od rodiny, přijmout autoritu učitele, soustředit se na výuku a také se potřebuje integrovat do skupiny spolužáků.

Psychologicky bývá období mladšího školního věku často charakterizováno jako „období střízlivého realizmu“ na rozdíl od předškolního období, které je obdobím mnohem více ovlivněným okamžitými přáními a nevázanou fantazií dítěte. Tento charakteristický rys školního dítěte můžeme pozorovat v jeho mluvě, v kresbách, v písemných projevech, ve čtenářských zájmech i ve hře.

1. 5.1. Tělesný vývoj a vývoj základních schopností a dovedností

Tělesný vývoj dítěte v **předškolním období** je poměrně rychlý. Dochází k velkým proporcionálním změnám, které ovlivňují i funkci pohybového ústrojí. Mění se vzájemné proporce hlavy, trupu a končetin. Z batolete s poměrně velkou hlavou, s válcovitým trupem a s krátkými končetinami, vyrůstá dítě štíhlejší a s delšími končetinami. Kosti dítěte předškolního věku nejsou ještě plně osifikovány, jsou měkké, kloubní spojení nejsou dokončena.

V **mladším školním věku** je vývoj pohybových i ostatních schopností a dovedností do značné míry závislý na tělesném růstu. Langmeier a Krejčířová (2006) uvádějí, že tělesný růst je během tohoto období většinou rovnoměrně plynulý, zatímco před jeho začátkem a opět na jeho konci lze pozorovat zrychlení (dítě vyroste průměrně o 6–8 cm ročně). Po přechodné disproportionality bývá školní dítě většinou harmonicky vyvinuté. Osifikace kostí stále není dokončena.

Pohyb je jednou ze základních potřeb dítěte a jeho vývoj je spojen s vývojem psychickým, tělesným i sociálním. „Pohyb je prostředkem seznamování se s prostředím, prvním učením, jak ovládnout své tělo, jak si poradit se svým okolím a tím nabýt potřebné zkušenosti. Pohyb je prostředkem, jak vyjádřit sebe sama a komunikovat s ostatními. Je také prostředkem získávání sebevědomí, hodnocení sebe samého, vzájemného srovnávání, pomáhání si, soupeření a spolupráce.“ (Dvořáková 2002, s. 13). Pokud se dítě nachází v podnětném prostředí, dosáhne koncem předškolního věku motorického vývoje podobného motorice dospělých.

Jemná a hrubá motorika

Během obou období zlepšuje hrubá i jemná motorika.

Jemná motorika

V **předškolním věku (dále PŠV)** se motorický vývoj stále zdokonaluje, dítě zvládá pohyby při kreslení, vystřihování, házení míčem apod. Mělo by zvládat i sebeobslužné činnosti jako např. stravování, hygienu, oblékání, zavazování tkaniček atd. Po čtvrtém roce se vyhraňuje převaha jedné ruky, snižuje se počet „obouručných“ manipulací. V **mladším školním věku** se děti dále zlepšují při psaní a kreslení. Zpočátku se pohyby při praktických výkonech soustřeďují do ramenního a loketního kloubu, teprve delší cvičení vede k potřebné jemnější koordinaci pohybů zápěstí a prstů (Langmeier & Krejčířová, 1998).

Hrubá motorika

Zlepšování hrubé motoriky a koordinace v **PŠV** můžeme sledovat na složitějších pohybových dovednostech např. při jízdě na kole, bruslení, plavání. V **mladším školním věku jsou** pohyby rychlejší, svalová síla je větší a zlepšuje se koordinace všech pohybů celého těla. S tím souvisí rostoucí zájem o pohybové hry a o sportovní výkony, které vyžadují obratnost, vytrvalost a sílu. Motorické výkony a úroveň pohybu nezávisí jen na věku, ale i na vnější a vnitřní motivaci (povzbuzování, zájem) a na druhé straně dále motivaci a celou emoční stabilitu dítěte ovlivňují (Langmeier & Krejčířová, 2006). Dítě v mladším školním věku si je už dobře vědomo svých zdarů či nezdarů v této oblasti a při podávání nižších výkonů, rychle ztrácí o pohybové aktivity zájem.

Smyslové vnímání

V PŠV je **vnímání** globální, neanalytické, orientované pouze na to, co dítě bezprostředně upoutá. Zrakem dítě rozeznává rozdíly a určí shody na obrázku, dále doplňkové barvy (růžovou, fialovou, oranžovou), sluchem dokáže určit nejružnější zdroje zvuku, hmatem diferencuje i velmi složité tvary. Dítě určí první hlásky ve slově (popřípadě i poslední). Zvládá rozložit slova na slabiky a vytleskat je. Je schopno rytmické reprodukce.

V období **mladšího školního věku** se smyslové vnímání dále vyvíjí. Ve všech oblastech vnímání, zejména zrakového a sluchového, dochází ve školním věku k výrazným pokrokům. Dítě je pozornější, vytrvalejší, všechno důkladně zkoumá, je pečlivé a vnímání méně závislé na jeho okamžitých přáních a potřebách. Je poměrně dobrým a také kritickým pozorovatelem. Nevnímá už věci jen vcelku, ale prozkoumává je po částech, až do malých detailů. Vnímání se stává cílevědomým aktem – pozorováním. Vznik **pozorování** znamená významný krok v oddělení teoretické poznávací činnosti od praktické jednacích aktivity. Také dochází k mimořádnému vývoji představivosti, představy školáků jsou někdy až neuvěřitelně detailní (Langmeier & Krejčířová, 2006; Matějček, 1991).

1.5.2. Kognitivní vývoj

Děti ve **věku 3 až 6 let** myslí v jednoduchých myšlenkách, na které se postupně vrství další, které jsou pak již mnohem propracovanější. Inteligence se dostává na úroveň *názorového (intuitivního) myšlení*. Myšlení je *prelogické, předoperační*, stále spíše egocentrické, antropomorfní a magické. Děti jsou schopny jednoduchého logického uvažování, chápání a užívání symbolů a poznávání rozdílů a podobností věcí. Na základě vlastní prožité zkušenosti objevují nové věci a vztahy. Začínají si uvědomovat vztah mezi příčinou a následkem. Chápu logický časový posun a určí, co mají některé věci společného a čím se liší. Myšlení dítěte je vázané na přítomnost a vnější znaky. Dítě často zkresluje určitou realitu, která mu nevyhovuje, a je přesvědčeno o tom, že svět je přesně takový, jak ho vnímá. **Pozornost** převládá krátkodobá, přelétavá, nestálá. Později se vytvářejí počátky úmyslné pozornosti závislé na věku, druhu činnosti a temperamentu. Dítě se dokáže soustředit na jednoduchou slovní instrukci a její následné provedení. Nenechá se vyrušit a neodbíhá od úkolu.

Centrální nervová soustava dítěte v **mladším školním věku** (6–11 let) již dosahuje svou hmotností dolní hranice hmotnosti u dospělého. Mozkové hemisféry jsou výrazně gyriřifikovány, dokončuje se myelinizace neuronů.

Kolem 7 let se dítě dostává do stadia konkrétních logických operací, bez dřívější závislosti na viděné podobě. Stále se toto logické usuzování týká konkrétních věcí, jevů a obsahů, které si lze názorně představit. Podle Langmeiera a Krejčířové (2006, 128) „je dnes zřejmé, že už rodina a mateřská škola v předškolním věku a škola na samém začátku vzdělávání mohou cílenými postupy podstatně podpořit výstavbu logického myšlení dítěte, tedy přispět k jeho přechodu od naivně názorného myšlení k myšlení založeném na logických operacích.“

Výkonová motivace a pracovní postoj mohou být ovlivněny výchovou jak v rodině, tak i ve škole a to v předškolním i školním věku. „Motivace k podání dobrého výkonu musí zpravidla u malých dětí předcházet zvnějška (uznání, pochvala, obdiv), ale postupně se stává součástí soustavy vnitřních pohnutek“ (Langmeier & Krejčířová, 1998, 127).

Paměť

Paměť v **PŠV** je bezděčná a mechanická. Dítě si osvojí pouze konkrétní a názorné jevy, ale silné zážitky si už děti uchovávají natrvalo. Dítě je schopno si zapamatovat krátkou pohádku a jednoduše ji reprodukovat. Mechanicky si pamatuje básničku nebo písničku.

Krátkodobá i dlouhodobá paměť je **ve školním věku** stabilnější. Úroveň řeči a paměti jsou základem učení, které se stává záměrným a plánovitým procesem. Dítě dovede lépe reprodukovat naučenou látku, soustředit se současně na více aspektů. Začíná si osvojovat obecnější učební postupy, „učí se, jak se učit“.

Řeč

Řeč dítěte **předškolního věku** se výrazně zdokonalí, už během 4. a 5. roku, nejpozději kolem nástupu do školy, vymizí „patlavost“ zcela, nebo zůstávají drobné odchylky, které většinou s nástupem do školy mizí bez nutnosti logopedické péče (Langmeier & Krejčířová, 2006). Dítě by mělo hovořit gramaticky správně a srozumitelně a na otázku reagovat odpovědí složenou z více slov. Dokáže souvisle vyprávět ve smysluplných větách příběh nebo vlastní zážitek. Zvládá rovněž popsat obrázek; chápe, co je v popředí a co v pozadí.

V **mladším školním věku** se řeč dále zdokonaluje a rozvíjí a tak dovoluje další kvalitativní rozvoj v celé oblasti chování a prožívání. Ve školním věku roste výrazně slovní zásoba, délka a složitost vět, složitost souvětí. Dítě poznává nové významy už známých slov, pokrok je v artikulaci. Mezi dětmi, které vstupují do školy, jsou značné interindividuální rozdíly ve slovní zásobě, jejím obsahu, v preferenci určitých druhů slov, ve skladbě apod.

1.5.3. Emoční vývoj a socializace

V **mladším školním období** dochází ke změnám v emoční oblasti. Emoce jsou bohatší, a mění se způsob jejich prožívání. Ve školním věku je dítě schopno své city a potřeby vlastní vůlí potlačit nebo naopak zřetelně vyjádřit. Postupně opouští egocentrismus a začíná respektovat i ostatní. Školní děti s dobrou emoční kompetencí jsou si vědomy vlastních pocitů i emocí druhých lidí, vyjadřují své prožitky přiměřeným způsobem a jsou schopny své pocity kontrolovat a regulovat. Emoční kompetence má vliv na úspěšnost dítěte nejen v sociální interakci, ale i v jiných oblastech, např. při zvládání školních nároků (Langmeier & Krejčířová, 2006; Matějček, 2000).

V tomto období zřetelně pokročil také vývoj emočního porozumění, dítě poznává, že pocity, přání či motivy je možné před okolím skrývat. Děti začínají chápat i možnosti ambivalentních prožitků, připouští možnost současné přítomnosti několika protikladných emocí. Vliv ovšem hraje i sociální zkušenost (Langmeier & Krejčířová, 2006).

V období **předškolního věku** se rozvíjí osvojování sociálních rolí. Socializace předškolních dětí probíhá jak v rodině tak v předškolním zařízení, navštěvují-li nějaké. Děti si tu osvojují základní normy chování, učí se žádoucím způsobům chování. Rodiče jim slouží jako model různých rolí, jako vzor, s kterým se identifikují. Postupně se uvolňuje vázanost na rodinu a na dospělé. Děti v mateřské škole navazují kontakty s vrstevníky. Ve vrstevnické skupině postupně dochází k diferenciaci rolí, dítě se zde učí současně spolupracovat i soupeřit (Vágnerová, 2000).

Ve **školním věku** si dítě zvnitřňuje novou roli žáka, poznává roli učitele, učí se novým způsobům chování v roli spolužáka. Socializační proces dítěte probíhá postupně. Dětská skupina je na začátku školního věku ještě uvnitř málo diferencovaná. Vztahy dítěte ke spolužákům a k druhým dětem vůbec jsou v té době stále ještě hodně nahodilé. Závisí například na tom, s kým dítě právě sedí v lavici, vedle koho v sousedství bydlí, s kým si společně hraje apod. Teprve kolem deseti let se vytvářejí trvalejší vztahy přátelství, založené na osobních vlastnostech, a celá skupina se začíná vnitřně diferencovat.

1.5.4. Morální vývoj

Morálka **předškolního dítěte** a většiny školních začátečníků je heteronomní, tj. je určována druhými, příkazy a zákazy dospělých, zejména rodičů a později učitelů. Dítě hodnotí jednání své i cizí jako "dobré", když je dovoleno nebo schvalováno rodiči a učiteli, naproti tomu je "zlé", když je jimi zakazováno či trestáno (Langmeier & Krejčířová, 2006)

Brzy po **začátku školního věku** (kolem 7 až 8 let) se morálka dítěte stává autonomní a dítě uznává jednání za správné či nesprávné bez ohledu na autoritu dospělého, stává se v hodnocení a jednání nezávislejší a vůči dospělým kritičtější.

Podle Kolberga rozeznáváme tři základní stadia morálního vývoje, a v každém stadiu ještě dva oddělené typy. Předškolní děti většinou bývají v 1. stadiu – předkonvenční úroveň (typ I. Heteronomní stadium; Typ II. Stadium naivního instrumentálního hedonismu). Děti mladšího školního věku mohou maximálně dosáhnout 2. stádium morálního vývoje – konvenční úroveň (typ III. – Morálka „hodného dítěte“).

Na začátku školní docházky je pro dítě, vedle rodičů určujícím modelem hodnocení učitel, v dalších letech roste vliv dětské skupiny. Ta také zprostředkuje sociální normy a hodnoty, které nemusí souhlasit s normami a hodnotami dospělých. Konflikt mezi skupinovou morálkou a mravními normami a hodnotami dospělých bývá řešen nejprve ve prospěch morálky autoritativních postav, později často převáží vliv skupiny.

Vnitřní kontroly nejsou na začátku školní docházky zpravidla pevné a musíme je stále podporovat zvnějška. „Během školního věku se začínají sociální normy morálního jednání stabilizovat a s příchodem logického myšlení a s rozšířením časové perspektivy je dítě schopno pochopit na obecné rovině určité věci a jevy jako trvalé hodnotné cíle vlastního jednání“ (Langmeier & Krejčířová, 1998, s. 130).

1.5.5. Genderové rozdíly

Pojem „gender“ vyjadřuje kulturní a sociální podmíněnost rolí, chování či norem vztahujících se k ženám a mužům (Oakleyová, 2000).

Langmeier a Krejčířová (2006) uvádějí, že nejvíce se liší chlapci a dívky v míře agresivity. Od chlapce se v naší společnosti očekává poněkud jiné chování než od dívky, předpokládá se a také se toleruje častější a výraznější sebeprosazování, síla, odvahy, ale i lepší ovládání citových projevů. Dívky jsou naopak pokládány za více závislé, projevují navenek své city, jsou úzkostnější a přizpůsobivější, například při dodržování pořádku ve třídě i později v pracovní skupině.

Balcar (1997) uvádí, že dívky dostávají v oblasti sebevědomí méně příležitostí ke kladnému sebehodnocení, což může být jeden z činitelů vysvětlujících větší výskyt neurotických a psychotických poruch v dospělosti.

Dnes se některé rozdíly značně stírají tím, jak se změnilo postavení ženy ve společnosti a upevnila se její nezávislost. Přesto existuje určitý stereotyp chování určený vlastním pohlavím a tento stereotyp se právě upevňuje a vyhraňuje ve školním věku.

Zatímco většina čtyřletých dětí je přesvědčena, že by mohly (kdyby chtěly) nosit šaty a převzít zevní znaky druhého pohlaví, školák už předpokládá, že vnější vzhled musí odpovídat jeho pohlaví.

Pro život v dospělosti je významné upevnění sexuálních rolí. Chlapecký či dívčí způsob chování upevňují většinou nevědomky rodiče ve shodě se společenským očekáváním. Obtíže v přejímání pohlavní role jsou dnes vzhledem k její proměně častější než v tradičních dřívějších společenstvích a mohou vést v období dospívání k neurotickým nebo psychosomatickým poruchám. K ujasnění pohlavní role dítěte pomáhají informace, které si děti předávají a které jsou častější než organizovaná sexuální výchova či výchova k rodičovství (Langmeier & Krejčířová, 2006).

Při formování pohlavní identity dochází u obou pohlaví k rozdílnému vývoji, chlapci i dívky toto období prožívají odlišně. U chlapců mluvíme o roli separace, která definuje a posiluje vlastní já, zatímco u dívek dochází k nepřetržitému procesu přimknutí, který vytváří a udržuje lidskou komunitu. Z tohoto vyplývají i odlišné morální ideologie: separace je ospravedlněna etikou práv, kdežto přimknutí etikou péče (Gilliganová, 2001).

1.5.6. Vývoj sebepojetí

Následující pasáž textu je zpracována z postupové práce Čurdové (2005a), která se zabývá sebepojetím u osob s postižením a jeho hodnocením.

Dítě **předškolního věku** má tendenci vnímat svět celou bytostí a teprve postupně začíná podávat o své osobě abstraktnější informace. Mladší děti jsou v popisu více zaměřené na sebe, většinou nemluví o svých negativních charakteristikách; starší děti už si více uvědomují i druhé. Sebepojetí se vyvíjí v souvislosti se socializací jedince a nejdříve a nejvíce ovlivňuje člověka rodinné prostředí. „Sebepojetí pomáhají utvářet zkušenosti s nejbližšími lidmi, kteří často zauímají k jedinci hodnotící postoj (pohled rodičů, sourozenců, vrstevníků, autority apod.)“ (Fialová, 2001, s. 31). Mladší děti jsou závislé na významných dospělých ve svém životě, nejen na jejich uznání a hodnocení, ale i na informacích a zpětné vazbě o adekvátnosti jakéhokoliv svého konání. Starší děti už mají zvnitřnělé určité normy úspěchu a neúspěchu a ty využívají k utváření svých názorů a úsudků.

Z psychologického hlediska k výrazným změnám dochází **mezi 6–9 rokem**, kdy je dítě schopné vnímat a integrovat čím dál více částí a podrobností do jednoho celku. Do sebepojetí člověka postupně vstupují i prvky sebehodnocení, které se většinou na počátku školní docházky stále řídí názory, postoji a hodnoceními dospělých. Sebehodnocení

u mladších dětí odráží dost bezprostředně školní hodnocení (Fialová, 2001) a až postupně se uplatňují i vrstevnická hodnocení. Hodnotit se také znamená posuzovat sebe dle určitých kritérií. Jedním z kritérií jsou výkony, které jsou měřitelné a srovnatelné a jejich hodnocení se vyvíjí od oceňování převážně vnějších znaků a projevů k hodnocení vlastností vnitřních, mravních a charakterových.

1.6. Psychické zvláštnosti dětí s postižením

V kapitole informuji o psychických zvláštnostech dětí s postižením obecně, specificky dětí s DMO, text zahrnuje i informace o sebepojetí, vnímání pocitu kompetentnosti, a faktorech ovlivňujících motivaci (text v postupové práci Čurdová /2005a/).

Psychické zvláštnosti dětí s určitým postižením mají celou řadu společných znaků a zároveň jsou vždy individuálně variabilní (Svoboda, Krejčířová, & Vágnerová, 2001). Některé psychické zvláštnosti a odchylky mohou vznikat na základě zdravotního postižení, jiné s ním souviset nemusí. Postižení zapříčiňuje různá omezení a díky tomu vnější prostředí působí jinak, než za normálních okolností. Odchylky v socializaci se řadí mezi sekundární problémy, závislé na chování společnosti a rodiny k dítěti s postižením. Mnoho autorů (Čálek, 1982; Fox, 1997; Kusák & Dařílek, 1989; Sherrill, 2003; Vágnerová, 1999, 2001a; Vágnerová et al., 1999) podtrhuje závislost rozvoje osobnosti dítěte s postižením na přijetí dítěte rodiči, na způsobu rodičovské výchovy (od hyperprotektivní výchovy na straně jedné až k odmítání na straně druhé), na možnosti kontaktu s dalšími lidmi, získání různých rolí a sociálních zkušeností. Děti se závažnějším postižením bývají infantilní, závislejší a nesamostatné, nezkušené a nekritické, více egocentrické a méně schopné sebeprosazení či adekvátního způsobu seberealizace. Mívají pocity nejistoty a méněcennosti, které jsou způsobeny odmítáním, podceňováním apod.

Vývoj dětí s DMO je od nejútlejšího věku postižením významně ovlivněn. Pohybové postižení je „sociálně nápadným a relativně stabilním znakem organismu. Jeho nositel proto získává *rolí postiženého* se všemi pozitivními i negativními znaky, jaké tato role v dané společnosti či konkrétní sociální skupině má. V důsledku toho se k němu lidé na jedné straně chovají ohleduplněji, ale na druhé straně jej mají tendenci podceňovat, nemají k němu stejná očekávání jako ke zdravým jedincům“ (Vágnerová, 2001, s. 414).

Psychosociální zátěž pro osoby s DMO představuje především viditelná tělesná deformace či estetický handicap. Významným faktorem ovlivňujícím vývoj dítěte s DMO je také hloubka postižení, protože z psychologického hlediska je významná míra

soběstačnosti a nezávislosti jedince. Ta je spojena se zachováním přijatelné úrovně pohybové funkce horních i dolních končetin a mluvidel pro komunikaci.

Děti s pohybovým postižením obvykle nastupují do školy o rok či dva později, mívají odklad školní docházky. Důvodem bývá sociální nezralost a nepřipravenost na roli školáka. Mnohé děti bývají příliš závislé na rodinném prostředí, málo samostatné a chybí jim některé sociální dovednosti. Často nemají dostatek zkušeností s vrstevníky a komunikací s nimi. Přes odklad nástupu do školy mohou mít děti s pohybovým postižením problémy s adaptací, které se mohou projevit nízkým výkonem či problematickým chováním. „Dítě s pohybovým či jinak řečeno tělesným postižením snadno vzbuzuje extrémní postoje u dětí i dospělých. Může být v kolektivu izolováno, odmítáno, stát se objektem posměchu, ale na straně druhé bývá častěji tolerováno, ochraňováno a pečováno i svými spolužáky (hlavně dívkami)“ (Vágnerová, 2001, s. 457). Takto dítě s postižením získá ve skupině vrstevníků většinou méně obvyklé zkušenosti, které se projeví i na jeho sebepojetí.

Předpokládá se, že mezi dětmi s postižením a bez postižení jsou rozdíly nejen ve vývoji sebepojetí obecně, ale i v kompetenční motivaci, vnímaných kompetencích a vnímané kontrole (Harter, 1999; Svoboda et al., 2001; Vágnerová, 1999; Vágnerová et al., 1999). Výsledky výzkumů na toto témata však nelze generalizovat, protože individuální vývoj těchto charakteristik je výslednicí interakce mezi dítětem a prostředím.

Přehled významných proměnných, ovlivňujících motivaci a rozdíly v ní u dětí s postižením a bez postižení podává ve své práci Kunnen (1991). Motivaci značně ovlivňuje frekvence zkušenosti jedince s úspěchem a pocitem úspěšnosti. Síla vlivu kompetencí na motivaci závisí na věku dítěte, senzitivitě rodičů; aktivitách, ve kterých děti mohou být úspěšné; skupině, se kterou se děti srovnávají; druhu postižení; množství hospitalizací apod.

Ve věku kolem šesti až sedmi let začíná být kritériem úspěchu srovnávání se s druhými a míra pocitu „nekompetentnosti“ závisí na tom, jaké vrstevníky děti poznají a používají jako referenční skupinu pro srovnávání. Jestliže navštěvují speciální školu, mohou porovnávat své kompetence zejména se spolužáky s postižením a negativní vliv sociálního srovnávání může být u těchto dětí nižší (Kunnen, s. 1991). Ve speciální škole děti více pracují individuálně a učitelé více využívají individuální referenční normy (srovnání s vlastním výkonem v minulosti). To snižuje vliv sociálního srovnávání jako zdroje zkušeností s úspěchem či neúspěchem. V mladším věku je preference sociálních či autonomních norem značně ovlivněna typem **norem používaných rodiči a učitelem**.

Další faktor působící na motivaci a rozvoj pocitu kompetentnosti je **množství příležitostí k samostatnému provádění činností**. Děti s postižením mají těchto možností obecně méně (Kunnen, 1991; Kusák & Dařílek, 1989; Sherrill, 1998).

Už v raném věku je důležitá **zpětná vazba a frekvence reakcí** druhých lidí, prostřednictvím kterých dítě vnímá očekávání kladené na jeho osobu. Reakce jsou ovlivněny očekáváním a názory na dítě s postižením. Kunnen (1991, s. 61) říká, že „přinejmenším od cizích lidí děti s postižením často dostanou implicitně vyjádřené poselství o své údajné neschopnosti; reakce soucitu následující neúspěch a překvapení následující úspěch. Také je jim více vnucována nevyžádaná pomoc“.

Problémem při výchově dětí s postižením jsou rozpaky při zpětné vazbě podávat negativní informace a ukazovat negativní reakce na nežádoucí chování dětí. V důsledku velmi časté pozitivní zpětné vazby se mohou vyvinout nerealisticky vysoké vnímané kompetence.

2. CÍLE A VÝZKUMNÉ OTÁZKY PRÁCE

Cílem práce je ověřit projektivní psychodiagnostickou techniku Nedokončené věty (Válková, 2000) u dětí s dětskou mozkovou obrnou (DMO) ve věku 5–9 let a to v oblasti použití kategoriálních jednotek. Dílčím cílem je zjistit případné signifikantní interindividuální rozdíly ve výsledcích mezi dětmi s DMO (chlapci/dívky, funkční kategorie DMO, věk) a rozdíly mezi dětmi s DMO a dětmi bez postižení.

Dále bych ve své práci chtěla ukázat na další možnosti využití techniky Nedokončených vět pro komparační výzkumné účely (v pedagogické praxi). Jedná se o využití Nedokončených vět jako techniky doplňkové u dívky s DMO integrované do běžné třídy ZŠ.

Jedná se o práci pilotního charakteru, výsledky jsou součástí širšího šetření a měly by sloužit především jako podněty pro další zkvalitnění psychodiagnostické techniky Nedokončené věty. Pro splnění cílů je třeba položit si následující výzkumné otázky:

1. Je psychodiagnostická technika Nedokončené věty využitelná u dětí s DMO ve věku 5–9 let?
2. Jak na aplikaci techniky Nedokončené věty reagují dětské klienty při šetření (z hlediska srozumitelnosti, navození a udržení motivace, délky administrace)?
3. Odpovídají kategoriální jednotky (kategorie) použité v technice Nedokončené věty u osob s mentálním postižením kategoriím u dětí s DMO?
4. Ovlivňují interindividuální rozdíly probandů jejich výsledky kategoriálního třídění u techniky Nedokončených vět?
 - a) Ovlivňují intersexuální diference výsledky v technice Nedokončených vět?
 - b) Existuje rozdíl ve výsledcích diagnostického nástroje mezi probandy předškolního věku (5–7 let) a školního věku (8–9 let)?
 - c) Existuje rozdíl ve výsledcích mezi probandy chodícími a užívajícími k lokomoci vozík?
5. Vyskytují se rozdíly ve výsledcích použití techniky Nedokončených vět mezi dětmi s DMO a dětmi bez postižení, ve věku 8–9 let?

3. METODIKA

3.1. Popis výzkumného souboru

Probandi byli vybráni na základě následujících kritérií: dítě s diagnózou dětská mozková obrna (DMO), věk 5–9 let a IQ 75 a vyšší. Z důvodů realizačních a finančních bylo rozhodnuto oslovit rehabilitační zařízení v České republice, která se zaměřují na jedince s poruchami pohybového aparátu, a v nich probandy vybrat a provést šetření.

V souboru byly zastoupeny různé formy spastické DMO (hemiparetická, diparetická a kvadraparetická forma); dále byly zastoupeny, z hlediska funkční diagnózy, děti chodící i uživatelé vozíku.

Výše IQ byla ověřována ze zdravotní dokumentace probandů (psychologické vyšetření s diagnostikou IQ a zařazením do pásma, např. *spadá do horního pásma průměrné inteligence, v normě, apod.*).

Z celkového souboru 73 dětí s DMO se u 1 probanda ztratila doplňující data, tudíž výsledky celkové jsou hodnoceny ze souboru 73 dětí; dílčí výsledky, jako srovnávání jednotlivých interindividuálních rozdílů, u souboru 72 probandů (Tabulka 1).

Tabulka 1. Charakteristiky probandů (n = 72 s charakteristikami)

Charakteristiky		Počet
Pohlaví	Chlapci	40
	Dívky	32
Funkční diagnóza	Chodící	48
	Vozíčkář	24
Věková skupina	Předškolák (PŠV)	39
	Školák (ŠV)	33
Věk (let)	5	8
	6	10
	7	21
	8	20
	9	13

3.2. Management výzkumu a sběr dat

V práci jsou použita data, která byla sebrána před 8 lety, uvědomuji si potenciální možnost zkreslení dat časem, především pro porovnání výsledků dětí s DMO a bez postižení.

Z důvodu dostupnosti větší koncentrace dětí s DMO na jednom místě bylo rozhodnuto požádat o možnost sběru dat rehabilitační a lázeňská zařízení. Vybrána byla léčebná lázeňská zařízení Vesna v Janských Lázních, lázně Železnice a Hamzova dětská léčebna v Luži Košumberku.

Po souhlasném vyjádření vedení vytypovaných zařízení byl vybrán termín pro výzkumná šetření a zaslána žádost o umožnění pracovat s vybranými probandy (dětmi) a získat o nich základní data ze zdravotní dokumentace (medicínská diagnóza, věk, IQ, průběh výchovně-vzdělávacího procesu apod.). Žádost byla zaslána prostřednictvím vedení rehabilitačního zařízení rodičům či zákonným zástupcům těch probandů, kteří byli na léčebném pobytu bez doprovodu rodiče. Rodiče přítomní v zařízení byli osloveni a požádáni mnou osobně o písemné vyjádření souhlasu s výzkumem.

Největší množství probandů bylo vybráno a testováno Nedokončenými větami v Janských Lázních a Železnici (n = 47) a v Luži-Košumberku (n = 26). Děti s diagnózou DMO z celé republiky přicházejí do lázeňských zařízení po vyřízení žádosti o léčebný pobyt na dobu od 3 do 8 týdnů. Některé děti přijíždějí na pobyt s rodičem, jiné bez rodičů, po vstupní prohlídce se zúčastňují individualizovaného rehabilitačního procesu a navštěvují školu (buď mateřskou, nebo třídu školy základní či speciální). Děti v průběhu roku navštěvují školu v místě bydliště, většinou speciální, několik probandů bylo integrováno do běžné základní školy (n = 12). Veškerá šetření jsem prováděla v měsících listopad, prosinec a leden, únor (1999/2000). Šetření probíhala ve volném čase probandů, nesměl být narušen jejich rehabilitační plán. Výběr probandů probíhal následovně: po příjezdu do zařízení mi byla předána zdravotní dokumentace dětí s DMO a provedla jsem selekci dle požadavků výzkumu. U vybraných probandů proběhlo testování technikou Nedokončených vět (ale i další šetření, netýkající se této práce).

3.3. Statistické zpracování dat

3.3.1. Kategoriální třídění

Při sumarizaci obsahu výpovědí se provádí kategoriální analýza. Provedla jsem třídění prvního a druhého řádu. Ve třídění prvního řádu jsem zpracovala matici jednotlivých reálných obsahů. Při třídění druhého řádu byly tyto obsahy výpovědí seskupeny do 15 kategorií, přičemž kategorie 14 je určena reakcí „nevím“. 15 kategorií (X) pak tvoří počty vět, které musí výzkumník několikrát opakovat nebo se k nim vracet. U každého jedince je maximální počet kategoriálních jednotek 12 (9 nedokončených vět a 3 přání).

Maximum možných kategoriálních jednotek při 12 odpovědích a 73 (72) osobách je 876 (864), tedy jejich násobek ($73 / 72 / \times 12$). Pro komparaci se pracuje s procenty: procento (%) osob, které dané kategorie uvádějí v rámci výzkumných skupin a procento (%) kategoriálních jednotek dané skupiny (dle Válková, 2000).

3.3.2. Intraindividuální rozdíly a rozdíly mezi dětmi s DMO a bez postižení

Pro zjištění statisticky významných rozdílů bylo nutné stanovit absolutní a relativní četnosti a pomocí testu pro porovnání relativních četností (+ – test for proportions /proporční znaménkový test/) je porovnat, zhodnotit výsledky a vyvodit závěry. Technika Nedokončené věty i výsledné kategoriální třídění odpovědí se jevila jako slibná pro výzkumné komparační účely různých skupin osob a potenciálně i klinickou praxi, bylo rozhodnuto tuto techniku použít i u dalších skupin populace.

4. VÝSLEDKY A DISKUSE

4.1. Využitelnost techniky Nedokončené věty u dětí s DMO ve věku 5–9 let

4.1.1. Administrace

Po provedeném vyšetření 73 dětí s DMO technikou Nedokončené věty mohu konstatovat, že při provádění šetření všichni probandi tuto formu práce zvládli. Po přečtení zadávacího protokolu (Příloha 1) bylo pro 66 probandů vše srozumitelné napoprvé, u 7 dětí bylo nutné instrukci blíže vysvětlit. Při šetření se nevyskytovaly žádné zvláštní a nepředvídatelné situace. Probandi na zadávané otázky většinou odpovídali spontánně a bez pocitu ostýchavosti. Z důvodu poměrně krátké doby trvání šetření (cca 5–10 minut) se nevyskytovaly ani problémy s udržením motivace a všichni se plně soustředili na doplňování Nedokončených vět.

Za částečné nepochopení textu by mohla být považována odpověď NEVÍM (Kategorie 14), viz Příloha 2, která se vyskytla jednou a více u 24 probandů s DMO. Tento výsledek ale není statisticky odlišný od výzkumu Válkové (2000), Oborné (2007) či Hajznera (2006). V případě delší doby čekání na doplnění konkrétní věty administrátor znovu zopakuje začátek věty, jestliže ani potom nedojde k jejímu doplnění, je daná věta přeskočena a zopakována až nakonec šetření (Kategorie XX). Jestliže ani poté není započatá věta doplněna, je zařazena do kategorie Nevím (14).

4.1.2. Třídění kategoriálních jednotek

Procentuální vyjádření kategoriálních jednotek (procenta osob a procenta kategoriálních jednotek) lze nalézt v Tabulce 2. Tabulky 3 a 4 uvádí přehled kategoriálních jednotek zvlášť u chlapců a dívek.

Při analýze kategorií jsme určili jako významné ty, které se objevovaly u více než 50% vyšetřených probandů. Dále jsme za významné kategoriální jednotky stanovily ty, které dosáhly při výběru participanty nad 10%:

- **Věci (kategorie 5):** 82,18% osob; 21,58% kategoriálních jednotek
 - **Domov (kategorie 6):** 73,97% osob; 18,95% kategoriálních jednotek
 - **Abstraktní (kategorie 13):** 69,86% osob; 10,16% kategoriálních jednotek
 - **Běžné aktivity (kategorie 3):** 52,05% osob; 8,22% kategoriálních jednotek
- (výklad kategorií viz příloha 2)

Dále za významné považuji kategorie s nejmenším % výskytu (Tab. 2):

- **Dovednost chůze, mobilita (15)**: 12,33% osob; 1,48% kategoriálních jednotek. Protože je tato kategorie nově zkonstruována, viz níže v textu, doplňuji ještě kategorii s druhým nejnižším zastoupením:

- **Počasí (7)**: 13,70% osob, 2,17% kategoriálních jednotek

Tabulka 2. Celkový přehled výsledků kategoriálního třídění u souboru dětí s DMO.

Celkový výzkumný soubor (73 probandů)				
kategorie	a	b	c	d
1	25	34,25%	49	5,59%
2	29	39,73%	52	5,94%
3	38	52,05%	72	8,22%
4	25	34,25%	43	4,91%
5	60	82,19%	189	21,58%
6	54	73,97%	133	18,95%
7	10	13,70%	19	2,17%
8	25	34,25%	34	3,88%
9	12	16,44%	13	1,48%
10	10	44,14%	18	2,05%
11	29	39,73%	51	5,82%
12	29	39,73%	55	6,28%
13	51	69,86%	89	10,16%
14	24	32,88%	59	6,74%
15	9	12,33%	13	1,48%
XX	24	32,88%	72	8,22%

Vysvětlivky:

a počet osob

b % osob

c počet kategoriálních jednotek

d % kategoriálních jednotek

tučné písmo – nejvyšší naměřené procentuální hodnoty

tučné červené písmo – nejnižší naměřené hodnoty

Během šetření se objevovaly odpovědi, které jsme nemohli zařadit do žádné ze 14 stávajících kategorií (Válková, 2000). Proto byla vytvořena kategorie nová – **Dovednost chůze, mobilita (15)**. Tato kategorie obsahuje touhu dětí s DMO po nezávislosti na vozíku, lepší lokomoci, do nové kategorie jsme zařadili i odpovědi týkající se nespokojenosti

s vozíkem „Chtěl (a) bych chodit jako brácha; ...nejraději... bych ho (vozík) zahodil! Kdybych tak...mohl chodit či lidé si myslí, že já ...neumím chodit.“ apod.

Tato nová kategorie sice měla nejmenší procento výskytu (%), přesto do ní patří odpovědi, které nebylo možno zařadit do už stávajících kategorií, ale dle mě, odpovědi typické pro tuto populaci dětí s DMO. Doporučuji prozatím tuto kategorii nevyřazovat, ale sledovat její výskyt v dalším šetření. Případné potvrzení jejího minimálního hodnocení by nám ukázalo až šetření u většího souboru probandů.

Tabulka 3 a 4. Přehled kategoriálních jednotek u chlapců a dívek

DÍVKY (32)				
kategorie	a	b	c	d
1	11	34,38%	27	7,03%
2	10	31,25%	15	3,91%
3	16	50%	36	9,38%
4	8	25%	18	4,69%
5	24	75%	82	21,35%
6	23	71,88%	58	15,10%
7	6	18,75%	14	3,65%
8	7	21,88%	7	1,82%
9	6	18,75%	7	1,82%
10	1	3,13%	2	0,52%
11	14	43,75%	27	7,03%
12	14	43,75%	31	8,07%
13	21	65,63%	32	8,33%
14	12	37,50%	19	4,95%
15	5	15,63%	7	1,82%
XX	11	34,38%	30	7,81%

CHLAPCI (40)				
kategorie	a	b	c	d
1	14	35%	21	4,38%
2	18	45%	36	7,5%
3	19	47,5%	33	6,86%
4	16	40%	24	5%
5	34	85%	101	21,04%
6	27	67,5%	67	13,96%
7	3	7,5%	4	0,83%
8	16	40%	25	5,21%
9	6	15%	6	1,25%
10	9	22,5%	16	3,33%
11	15	37,5%	24	5%
12	15	37,5%	24	5%
13	28	70%	53	11,04%
14	12	30%	40	8,33%
15	4	10%	6	1,25%
XX	13	32,5%	41	8,54%

Vysvětlivky:

a počet osob

b % osob

c počet kategoriálních jednotek

d % kategoriálních jednotek

tučné písmo – nejvyšší naměřené procentuální hodnoty

tučné červené písmo – nejnižší naměřené hodnoty

4.1.3. Intraindividuální rozdíly u dětí s DMO

Testem pro porovnání relativních četností (+ – test for proportions /proporční znaménkový test/) jsme hodnotili statisticky významné rozdíly mezi chlapci a dívkami,

chodícími a uživateli vozíku a dětí předškolního (5–7 let) a školního věku (8–9 let), na základě četností odpovědí v osobách i kategoriích (Tabulky 5–10).

4.1.3.1. Rozdílnost ve výsledcích mezi chlapci a dívkami

Podle hodnocení rozdílů v četnosti výskytu jevu je významný rozdíl ve výsledcích mezi chlapci a dívkami na hladině významnosti $p = 0.05$ pouze u kategorie **10 (Chování)** (Tabulka 5). Tuto kategorii častěji používají chlapci, a to potvrzuje i hodnocení rozdílů v opakování jevu v dané kategorii (Tabulka 6), kde je tento rozdíl na stejné hladině významnosti potvrzen. K němu se přidává kategorie **7 (Počasí)** na $p = 0.01$, která je více používaná u dívek; a kategorie **2 (Jídlo)** a **8 (Hyperkritičnost)** na $p = 0.05$, preferována více chlapci.

Kategorie **Chování (10)** a **Hyperkritičnost (8)** více se vyskytující u chlapců, při bližším studiu jednotlivých odpovědí, spolu v některých charakteristikách souvisí. Kategorie Hyperkritičnost (8) je totiž charakterizována negativním hodnocením vlastní osoby okolím či sebou samým (nemají mě rádi, jsem škaredý, hloupý, ...) a 10 se vztahuje k chování (pozitivnímu i negativnímu: jsem zlobivý, hodný, poslušný, neumím se slušně chovat,...). Zde se v odpovědích chlapců více objevuje to negativní hodnocení, často informují, že jsou kritizováni za své chování nějakou druhou osobou (rodič, učitel, fyzioterapeut). U dívek se tato kritika objevuje méně, srov. Langmeier a Krejčířová (2006), kteří informují, že dívky na rozdíl od chlapců jsou pokládány za více závislé, projevují navenek své city, jsou úzkostnější a přizpůsobivější, například při dodržování pokynů okolí a mají vyšší potřebu „vnějšího místa kontroly“ (focus of control) a jsou závislejší na „odměně za chování z vnějšku“.

U dívek je patrnější znalost „konverzačních klišé“, do kterého patří hovory o **Počasí**, oblečení apod., což může být důvodem většího výskytu odpovědí v této kategorii. Chlapci preferují kategorii **Jídlo**, charakterizované i kupováním různých sladkostí, zmrzliny (toto se v jejich odpovědích, především na 3 přání, objevuje často).

Dané výsledky mohou být ovlivněny použitím techniky Nedokončených vět v období pobytu dětí v lázeňském zařízení, kde se denní režim a zvyklosti odlišují od těch „domácích“, fungujících celoročně (viz u dětí pobývajících bez rodičů celodenní „kontrola cizí pečující osobou“, odměny formou „nákupu sladkostí v místním obchůdku“, kapesné apod.).

Tabulka 5. Přehled rozdílů v četnosti výskytu jevu u skupiny chlapců a dívek s DMO (p = hladina významnosti)

Kategorie	Dívky (32)	Chlapci (40)	p
1	11	14	0.930
2	10	18	0.230
3	16	19	0.867
4	8	16	0.184
5	24	34	0.290
6	23	27	0.715
7	6	3	0.171
8	7	16	0.108
9	6	6	0.653
10	1	9	0.018
11	14	15	0.608
12	14	15	0.608
13	21	28	0.718
14	12	12	0.477
15	5	4	0.449
XX	11	13	0.929

Vysvětlivky: Červená – p = 0.01; Modrá – p = 0.05

Tabulka 6. Přehled statisticky významných kategoriálních rozdílů u skupiny chlapců a dívek s DMO (p = hladina významnosti)

Kategorie	Dívky (32)	Chlapci (40)	p
1	27	21	0.051
2	15	36	0.016
3	36	33	0.279
4	18	24	> 0.999
5	82	101	> 0.999
6	58	67	0.678
7	14	4	0.004
8	7	25	0.020
9	7	6	0.221
10	2	16	0.043
11	27	24	0.215
12	31	24	0.072
13	32	53	0.139
14	19	40	0.079
15	7	6	0.221
XX	30	41	0.602

Vysvětlivky: Červená – p = 0.01; Modrá – p = 0.05

4.1.3.2. Rozdílnost ve výsledcích mezi uživateli vozíku a dětmi chodícími

Podle hodnocení rozdílů v četnosti výskytu jevu je významný rozdíl ve výsledcích mezi chodícími a vozíčkáři, na hladině významnosti $p = 0,01$, u kategorie **15** (*Dovednost chůze, mobilita*) a to maximální preference skupinou uživatelů vozíku. K ní přibývá statisticky významný kategoriální rozdíl (Tab. 8) u kategorie **10** (*Chování*) a **13** (*Abstraktní obsahy*), **6** (*Domov*) na $p = 0,05$, preferované chodícími. Tabulka 9 ukazuje rozdíly v procentu opakování kategoriálních jevů, kde se potvrzuje rozdíl v kategorii **15** (*Dovednost chůze, mobilita*) a přibývá kategorie **10** (*Chování*) a **6** (*Domov*) více užitě chodícími dětmi s DMO.

Výrazná preference nově vytvořené **kategorie 15** osobami na vozíku (1 chodící proband ze 48 proti 8 z 24 u uživatelů vozíku) je více než logická. Děti na vozíku se konfrontují a srovnávají nejen s dětmi zdravými, ale i s dětmi s postižením DMO, které chodí a vycházejí z těchto hodnocení směrem k mobilitě „negativně“. To vede k uvažování v dimenzích přání a snění o tom „že budu chodit“ a nebudu odkázán (a) na vozík. Začátky Nedokončených vět se k tomuto tématu přímo nabízí. Tento výsledek podtrhují nálezy Čurdové (2005), kde se projevilo na „Obrázkové škále sebevědomí a sociální akceptace pro děti s DMO (OSSSA-DMO)“ signifikantně vyšší sebevědomí u chodících než u vozíčkářů v oblasti pohybových kompetencí (t-test a Mann-Whiteyův test; $p \leq 0,01$)!

Větší užití kategorie **10 Chování** u chodících dětí s DMO může být způsobeno typickým nadužíváním pozitivní zpětné vazby u pečujících osob. Lze se domnívat, že děti s DMO dostávají od dospělých zpětnou vazbu spíše pozitivní povahy, podporující jakékoliv projevy snahy dítěte. Kunnen (1991) a Sherrill (1997) se zmiňují, že učitelé i cizí osoby uplatňují více pozitivní zpětné vazby u dětí s postižením, bez ohledu na náročnost úkolu a kvalitu jeho provedení, čím je postižení markantnější, tím více.

Pro vyšší preference kategorie *Abstraktní obsahy* u dětí chodících jsem nenašla žádné přijatelné vysvětlení logické či potvrzené literaturou. Pravděpodobně mohou být tyto odpovědi závislé na aktuálním stavu vyšetřované osoby, okolnostech a prostředí vyšetřování. Vyšší preference kategorie *Domov* u chodících odráží pravděpodobně skutečnost, že větší množství dětí vozíčkářů pobývá v lázních s rodinným příslušníkem a nemá potřebu tuto kategorii reflektovat, u chodících dětí pobývajících 6 týdnů bez rodičů se „touha po domově“ musí zákonitě více projevit („*Přál (a) bych ...si být doma.*“; „...at' mamka přijede“; „...být ve svém pokojíčku“; „...navštívit Martínka (sousedu)“).

Tabulka 7. Přehled rozdílů v četnosti výskytu jevu u skupiny chodících a vozíčkářů s DMO (p = hladina významnosti)

Kategorie	chodící (48)	vozíčkář (24)	p
1	19	6	0.213
2	21	7	0.223
3	25	10	0.426
4	18	6	0.275
5	40	18	0.424
6	34	17	> 0.999
7	7	1	0.170
8	16	7	0.732
9	10	2	0.167
10	9	1	0.088
11	23	6	0.065
12	20	9	0.746
13	28	21	0.012
14	16	8	> 0.999
15	1	8	< 0.001
XX	17	7	0.615

Vysvětlivky: Červená – p = 0.01; Modrá – p = 0.05

Tabulka 8. Přehled statisticky významných kategoriálních rozdílů u skupiny chodících a vozíčkářů s DMO (p = hladina významnosti)

Kategorie	chodící (48)	vozíčkář (24)	p
1	34	14	> 0.999
2	33	18	> 0.999
3	53	16	0.126
4	32	10	0.057
5	121	62	0.735
6	72	55	0.020
7	15	2	0.067
8	18	14	0.141
9	11	2	0.279
10	17	1	0.003
11	40	11	0.080
12	39	16	0.579
13	50	35	0.166
14	40	19	> 0.999
15	1	12	< 0.001
XX	54	17	0.126

Vysvětlivky: Červená – p = 0.01; Modrá – p = 0.05

4.1.3.3. Rozdílnost ve výsledcích mezi dětmi předškolního a školního věku

Protože jsem si vědoma širokého věkového rozpětí sledovaného souboru dětí s DMO (5–9 let), pokusila jsem se zjistit, zda se vyskytují rozdíly u souboru dětí, rozděleného dle věku. Myslím si, že přechod z rodinného prostředí či mateřské školy do školy základní (speciální či běžné) je velkým mezníkem a vliv školního prostředí, povinností apod. by se v technice Nedokončené věty mohl projevit.

Výsledné signifikantní rozdíly, a to vcelku velké množství, jsou zaznačeny v tabulkách 9. a 10.

Tabulka 9. Přehled rozdílů v četnosti výskytu jevu u skupiny dětí předškolních (5–7 let) a školních (8–9 let) s DMO (p = hladina významnosti)

Kategorie	PŠV (39)	ŠV (33)	p
1	11	14	0.217
2	13	15	0.301
3	16	19	0.180
4	14	10	0.592
5	35	23	0.035
6	25	26	0.167
7	2	7	0.011
8	8	15	0.033
9	2	10	0.007
10	4	6	0.328
11	12	17	0.075
12	12	17	0.075
13	27	21	0.655
14	15	9	0.326
15	5	4	0.899
XX	13	11	> 0.999

Vysvětlivky: Červená – $p = 0.01$; Modrá – $p = 0.05$

Nejvýraznější rozdíl je v kategoriích **9** (*Nekritičnost*), kterou udávají (na $p=0.01$) častěji děti školního věku a **5** (*Věci*), kterou naopak užívají častěji děti předškolní. Zde se domnívám, se jedná o změnu způsobenou vstupem do základní školy, získáváním zkušeností a vývojem a zráním nervové soustavy dětí.

Kategorie *Nekritičnost* totiž obsahuje i oblasti školních dovedností, jako „*Umím číst, psát...*“, a ty se u školních dětí s DMO objevují, zatímco předškolních nikoliv.

Kategorie (**5**) *Věci* je u předškolních dětí výrazně frekventovaná, a to „na úkor“ častějšího výskytu kategorií ostatních (signifikantně více děti školního věku užívají

kategorie 7 (*Počasi*), 8 (*Hyperkritičnost*), zmíněná 9 (*Nekritičnost*), 10 (*Chování*) a 12 (*Ideály*). Děti školního věku mají „větší repertoár kategorií“ v reakcích na Nedokončené věty a výskyt kategorie 5 *Věci* se výrazně snižuje. Rozšíření použitých kategorií ukazuje, že děti v důsledku školní docházky, a celkově zrání, jsou schopny lepšího sebevyjádření. Zajímavá je kategorie *Ideály*, která vyžaduje, dle mého názoru, více abstraktní myšlení a porozumění „sociálně žádoucím reakcím“, proto je více používána starším dětmi.

Tabulka 10. Přehled statisticky významných kategoriálních rozdílů u skupiny dětí předškolních (5–7 let) a školních (8–9 let) s DMO (p = hladina významnosti)

Kategorie	PŠV (39)	ŠV (33)	p
1	19	29	0.052
2	26	25	> 0.999
3	42	27	0.283
4	24	18	> 0.999
5	124	59	< 0.001
6	66	61	0.677
7	7	11	0.033
8	13	19	0.131
9	2	11	< 0.001
10	5	13	0.033
11	24	27	0.215
12	19	36	0.003
13	48	36	0.618
14	41	18	0.023
15	7	6	0.222
XX	37	34	0.599

Vysvětlivky: Červená – p = 0.01; Modrá – p = 0.05

4.1.4. Rozdíly mezi dětmi s DMO a bez postižení

V práci mě také zajímalo, zda se vyskytují rozdíly ve výsledcích dětí s DMO a dětí bez postižení, z běžné základní školy, ve věku 8–9 let. Bylo jasné, že toto srovnání bude velmi orientační. Nejprve jsme test pro porovnání relativních četností (+ – test for proportions) použily na celý soubor 111 dětí ze základní školy (Oborná, 2007) a celý soubor 73 dětí s DMO (5–9 let). To, že se bude statisticky lišit větší množství kategorií, jsem předpokládala, ale po zhodnocení rozdílů výsledků mezi předškolními a školními dětmi s DMO (viz Kapitola 4.3.1.2.), bylo jasné, že nemohu pro komparaci použít celý soubor dětí s DMO, ale pouze děti stejného věku, tzn. 33 dětí s DMO školního věku

(Tabulka 11 a 12). Pro zajímavost poskytujeme tabulky rozdílů celých souborů v Příloze 3, Tabulka 15 a 16.

I přes redukci a vyčištění dat směrem k věku probandů jsou rozdíly ve výsledcích techniky Nedokončené věty značné. Z Tabulek 11 a 12 můžeme vyčíst statisticky významný rozdíl v šesti (respektive sedmi) z patnácti kategorií.

Rozdíly jsou následovné:

Děti s DMO (8–9 let) statisticky významně více používají kategorie **2 (Jídlo)**, **6 (Domov)**, **13 (Abstraktní)** a **7 (Počasí)**.

Děti bez postižení, ve věku 8–9 let více používají kategorie **4 (Orientace na výkon)**, **11 (Aktivity sportovní)** a **10 (Chování)**.

Tabulka 11. Přehled rozdílů v četnosti výskytu jevu u skupiny dětí bez postižení a dětí s DMO (p = hladina významnosti)

Kategorie	DMO (33)	ZŠ (111)	p
1	14	51	0,687
2	15	4	<0.001
3	19	64	> 0.999
4	10	77	< 0.001
5	23	85	0,414
6	26	62	0,019
7	7	15	0,332
8	15	50	> 0.999
9	10	38	0,669
10	6	49	0,008
11	17	83	0,013
12	17	71	0,216
13	21	35	< 0.001
14	9	30	> 0.999
XX	11	55	0,088

Vysvětlivky: Červená – p = 0.01; Modrá – p = 0.05

Tabulka 12. Přehled statisticky významných kategoriálních rozdílů u skupiny dětí bez postižení a dětí s DMO (p = hladina významnosti)

Kategorie	DMO (33)	ZŠ (111)	p
1	29	107	0,514
2	25	5	<0.001
3	27	96	> 0.999
4	18	179	<0.001
5	59	215	0,632
6	61	115	<0.001
7	11	16	0,004
8	19	56	0,385
9	11	43	> 0.999
10	13	61	0,094
11	27	168	<0.001
12	36	147	0,255
13	36	44	<0.001
14	18	56	0,385
XX	34	126	> 0.999

Vysvětlivky: Červená – p = 0.01; Modrá – p = 0.05

Otázka pro diskuzi je, jakým způsobem a jestli vůbec lze tyto rozdíly nějak interpretovat a podat pro ně vysvětlení. O interpretaci se v následujícím textu pokusím, přestože jsem si vědoma, že se v množství rozdílů může projevit řada skrytých faktorů, např. rozdílná doba sběru dat (DMO rok 1999, děti ze ZŠ 2006); rozdílné období sběru dat (DMO období předvánoční a zimní /listopad-únor/, děti ze ZŠ měsíc červen) apod.

Kategorie **2 (Jídlo)** a **7 (Počasí)**, převažující u dětí s DMO, se jeví být kategorie orientované více realisticky, materiálně a více založené na názorném myšlení, patřícím ještě do věku předškolního, což podtrhuje i častější užití kategorie **13 (Abstraktní)**, která obsahuje nezařaditelné obsahy, inkoherní a opakované obsahy, věty, většinou bez kontextu,... (viz Příloha 2). To, že se dané kategorie méně objevují u dětí bez postižení, by odpovídalo názorům Kunnen (1991), Vágnerové (1999), Vágnerové, Hadj-Mousová, a Štecha (1999), aj., kteří se domnívají, že děti s postižením jsou často ve školním věku opožděny ve vývoji a jejich uvažování a chování se podobá dětem mladším.

Častější uvádění kategorie **6 (Domov)** u dětí s DMO může být zapříčiněno testováním dětí s DMO v „nepřirozeném prostředí“ na lázeňském pobytu. Zde děti často

pobývají bez rodičů po dobu 6 a více týdnů a odloučení by se v projektivní technice mohlo projevit.

Děti bez postižení více používají kategorie **4 (Orientace na výkon)**, **11 (Aktivity sportovní)** a **10 (Chování)**, pravděpodobně jako zástupné pro, v mladším věku používané, kategorie „materiálního zaměření“ (jídlo, věci, počasí, aktivity běžné, ...). Jsou to kategorie „akční“, vedoucí ke srovnávání se s vrstevníky a ve školním věku důležité pro budování si místa ve skupině vrstevníků (Langmeier & Krejčířová, 2006).

Z hodnocení jsme vyřadily KATEGORII 15, protože jak z předchozího textu vyplývá, je to kategorie, kterou užíváme „navíc“ od původního kategoriálního třídění dle Válkové (2000). U dětí s DMO je kategorie 15 **Chůze, mobilita**, u dětí ZŠ **Dospělost**.

4.1.5. Další možnosti využití techniky Nedokončené věty pro komparační účely

Mezi cíli práce jsem si stanovila ukázat možnost využití techniky Nedokončené věty pro komparační výzkumné účely (v pedagogické praxi, potenciálně klinické praxi). Jedná se o využití Nedokončených vět jako techniky doplňkové u dívky s DMO integrované do běžné třídy základní školy (ZŠ). Reálné odpovědi na Nedokončené věty (dvě šetření – v mateřské škole a ve 2. ročníku základní školy /spolu se spolužáky v rámci komparace/) lze nalézt v Příloze 4. Bude se jednat o komparaci časovou a komparaci se spolužáky bez postižení. (Dané výsledky máme zpracované u 6 integrovaných dětí s DMO, jejich uvedení a rozbor by však přesáhl záměr a možnosti této práce).

4.1.5.1. Časová komparace výsledků v technice Nedokončených vět u dívky s DMO

Dívka A

Charakteristika dítěte: Dg. DMO – spastická kvadruparéza, strabismus, sekundární epilepsie, logoped (sykavky, r, ř), uživatel vozíku, IQ ve spodním pásmu průměrné inteligence. První měření 7 let 6 měsíců, druhé měření 9 let 2 měsíce.

Osobní anamnéza: ze 2. rizikového těhotenství, 2. porod, narozena předčasně ve 31. týdnu, 1,60 kg; 3 měsíce pobyt v inkubátoru. Propuštění se „zdravým dítětem opožděným ve vývoji“, doporučeno navštívit rehabilitační stacionář. V jednom roce už má matka podezření, návštěva odborníka a stanovení diagnózy DMO. Ve 2,5 letech operace

abduktorů a lázeňský pobyt. V lázních kontakty s rodiči stejně postižených dětí, získání informací a psychické podpory.

Rodinná anamnéza: rodiče zdraví, matka ekonom obchodního provozu, nyní v domácnosti, péče o osobu blízkou; otec podnikatel. Má 1 staršího sourozence, bratra (13 let). Také bratr narozen předčasně ve 31. týdnu s nízkou porodní váhou, zdravý.

Sestra matky má dvojčata (jedno s dg. DMO, o 3 roky mladší než dívka E).

Průběh výchovně-vzdělávacího procesu: do 3 let doma s matkou, pak nástup do speciální MŠ, nejprve na dvě hodiny denně na zvykání (1 měsíc), pak na celé dopoledne. V MŠ dívka po dvou letech stagnuje pro nepodnětné prostředí (odchod učitelky) a nedostatek vrstevníků. V sedmi letech přechází na jinou speciální MŠ, zde návštěva SPC a usilování rodičů o integraci v místě bydliště. Nyní integrována do 1. třídy běžné ZŠ.

Rodiče a názory na integraci: Matka po třech letech pobytu dcery ve speciální MŠ začala uvažovat o integraci a změně MŠ (přestup do MŠ speciální, s větším akcentem na integraci). Váhá, při vyšetření v SPC dcera ohodnocena s IQ v nižším pásmu normy, neví, zda dcera z hlediska obsahu učiva integraci zvládne. Při druhém odkladu školní docházky se rodiče rozhodují pro přestup na jinou MŠ a integraci.

- „Chci, aby dcera dostala šanci, proč nad ní hned lámat hůl a dávat ji do pomocné třídy?“ (matka)

1. šetření v mateřské škole

Dívka A navštěvuje speciální mateřskou školu pro děti s postižením, předškolní ročník; v době šetření 7 let 6 měsíců; odklad školní docházky. Odpovědi v příloze 4, kategoriální třídění v tabulce 13a,b.

Z Tabulky 13a je patrné, že Dívka A při svých odpovědích z 12 možných kategorií použila kategorií pět. Nejvíce frekventovaná v odpovědích byla kategorie (5) **Věci**, použita 5krát (zaokrouhleno 42%), a kategorie (6) **Domov** 4krát (33%). Pak po jedné skórovaly aktivity běžné a sportovní a nově vytvořená kategorie Chůze (15).

2. šetření ve 2. ročníku běžné školy základní

Žákyně s DMO je integrována do 2. ročníku běžné třídy velké sídlištní ZŠ, ve třídě je 19 dětí, z toho 8 chlapců a 11 dívek. Dívka má při pobytu ve škole osobní asistentku, zastávající ve výuce i funkci pedagogické asistentky. Dívka má v době šetření 9 let a dva měsíce. Šetření probíhá v měsíci lednu.

Z tabulky 13b je na první pohled patrné (oproti Tab. 13a) rozšíření použitých kategorií z pěti na devět, z toho kategorie (4) **Orientace na výkon** a (6) **Domov** je použita dvakrát, jinak ostatní po jedné.

Tento fakt by mohl souviset s nálezy v Kapitole 4.3.1.2., kde se ukazuje, že děti v důsledku zraní, školní docházky, či rozšíření sociálních sítí mimo rodinu a mateřskou školu, jsou schopny lepšího sebevyjádření /přechod od názorného myšlení do stadia konkrétních logických operací/.

Kdybychom rozebírali klinicky dalšími dotazy výsledky Nedokončených vět, dalo by se u dívky A vysledovat potenciální spojení kategorií Orientace na výkon (4), Hyperkritičnost (8) a Dospělost (15) s aktuálním zájmem o školní výsledky před pololetním vysvědčením. Dle p. učitelky i rodičů má dívka ve škole větší problémy „držet krok“ než v 1. ročníku.

Tabulka 13a,b. 1 šetření v mateřské škole (MŠ) a 2. šetření ve škole základní (ZŠ)

MŠ	Počet	%
Kategorie		
1	0	
2	0	
3	1	8,33%
4	0	
5	5	41,65%
6	4	33,33%
7	0	
8	0	
9	0	
10	0	
11	1	8,33%
12	0	
13	0	
14	0	
15 chůze	1	8,33%
XX	0	

	Počet	%
kategorie		
1	1	8,33%
2	0	
3	0	
4	2	16,67%
5	1	8,33%
6	2	16,67%
7	0	
8	1	8,33%
9	0	
10	0	
11	2	16,67%
12	1	8,33%
13	1	8,33%
14	0	
15 Dospělost	1	8,33%
XX	0	

Vysvětlivky

Počet počet kategoriálních jednotek

% procenta kategoriálních jednotek

tučné písmo – nejvyšší naměřené

procentuální hodnoty

4.1.5.2. Technika Nedokončených vět u dívky s DMO integrované do běžné třídy ZŠ

V následujícím textu nechci nijak klinicky rozebírat výsledky Nedokončených vět u vyšetřených dětí, ani provádět zásadní interpretace. Výsledné kategoriální třídění z 2.

šetření *dívky A* s DMO (Tabulka 13b) porovnáám formou procentuálního výskytu s jejími spolužáky; srovnám s výsledky kategoriálního třídění získaného v kapitole 4.1.2., a v práci Oborné (2007).

Dívka A (viz předchozí kapitola)

Třída dívky A

S účastí na šetření nesouhlasily rodiče 1 chlapce a 1 dívky (tzn. šetření se účastnilo 16 dětí bez postižení a *Dívka A*).

Dívka má v době šetření 9 let a dva měsíce, spolužáci jsou vesměs o jeden rok mladší (pro odklad školní docházky dívky A). Procentuální vyjádření kategoriálních jednotek (procenta osob a procenta kategoriálních jednotek) u žáků třídy lze nalézt v Tabulce 14.

Tabulka 14. Celkový přehled výsledků kategoriálního třídění u spolužáků dívky A

Třída dívky A (16 probandů bez dívky A)				
kategorie	a	b	c	d
1	7	43,75%	18	9,38%
2	2	12,50%	3	1,56%
3	12	75,00%	14	7,29%
4	7	43,75%	12	6,25%
5	12	75,00%	29	15,10%
6	11	68,75%	21	10,94%
7	1	6,25%	2	1,04%
8	3	18,75%	3	1,56%
9	8	16,44%	9	4,69%
10	4	25,00%	6	3,13%
11	12	75,00%	27	14,06%
12	10	62,50%	13	6,77%
13	10	62,50%	15	7,81%
14	1	6,25%	1	0,52%
15 Dospělost	6	37,50%	8	4,17%
XX	1	6,25%	1	0,52%

Vysvětlivky:

a počet osob

b % osob

c počet kategoriálních jednotek

d % kategoriálních jednotek

tučné písmo – nejvyšší naměřené procentuální hodnoty

tučné červené písmo – nejnižší naměřené hodnoty

Srovnáme-li průměrné výsledky procentuálního zastoupení osob a kategorií 16 spolužáků *dívky A* z Tabulky 14 s průměrnými výsledky dětí ve věku 8–9 let z práce

Oborné (2007), nenacházíme výrazné odlišnosti. I zde je nejvyšší zastoupení kategorie *Věci (5)* a *Aktivity sportovní (11)*, dále v prvních pěti nepoužívanějších **Kategorie ideály, aktivity běžné a domov**. Slabší než u souboru Oborné (2007) je výskyt kategorie **Orientace na výkon**.

Dívka A se odlišuje od průměrného výsledku třídy nižším zastoupením kategorie **Věci** a **Aktivity běžné**, shoduje se kategorií **Aktivity sportovní**.

Výsledky jedince lze porovnávat s průměrem skupiny jen orientačně, spíše je třeba se zaměřit na výrazné odchylky v některých kategoriích v tomto věku (užití jednoho tématu ve většině doplnění vět apod.). U dívky *A* se žádné výrazné výkyvy neobjevily.

5. ZÁVĚRY

V diplomové práci jsem ověřila psychodiagnostickou projektivní techniku Nedokončené věty (Válková, 2000) na souboru 73 dětí s dětskou mozkovou obrnou, ve věku 5–9 let. Byla ověřována především z hlediska použití kategoriálních jednotek. Dále jsme zjišťovala případné signifikantní rozdíly mezi výsledky chlapců a dívek; uživatelů vozíku a chodících dětí s DMO; dětí předškolního a školního věku a v neposlední řadě rozdíly ve výsledcích kategoriálního třídění mezi dětmi s DMO a dětmi bez postižení.

Také jsem prezentovala využití techniky Nedokončených vět pro komparační výzkumné účely (v pedagogické praxi jako techniky doplňkové u dívky s DMO integrované do běžné třídy ZŠ).

Na položené výzkumné otázky lze odpovědět takto:

1. Je psychodiagnostická technika Nedokončené věty využitelná u dětí s DMO ve věku 5–9 let?

Nedokončené věty (Válková, 2000) jsou psychodiagnostická technika využitelná u dětí s DMO (5–9 let) bez mentálního postižení.

Protože původní verze Nedokončených vět (Válková, 2000) byla použita u osob s mentálním postižením ve věku „časné dospělosti“ (Langmeier & Krejčířová, 2006), lze předpokládat možnost použití i u dětí s DMO s lehkou mentální retardací, tento závěr je však třeba ověřit výzkumným šetřením.

2. Jak na aplikaci techniky Nedokončené věty reagují dětské klienti při šetření (z hlediska srozumitelnosti, navození a udržení motivace, délky administrace)?

Protože techniku Nedokončené věty administruje a odpovědi zapisuje examinátor, byla technika srozumitelná všem probandům, mimo sedmi (ve věku 5–7 let), těm musela být instrukce blíže vysvětlena. Během šetření se už dále nevyskytly žádné nepředvídatelné situace.

S navozením a udržením motivace probandů a soustředěním na danou techniku nebyly problémy, díky poměrně krátké době trvání administrace Nedokončených vět (do 10 min).

3. Odpovídají kategoriální jednotky (kategorie) použité v technice Nedokončené věty u osob s mentálním postižením kategoriím u dětí s DMO?

Významné, nejčastěji vyskytované kategoriální jednotky u dětí s DMO:

- **Věci (kategorie 5):** 82,18% osob; 21,58% kategoriálních jednotek
 - **Domov (kategorie 6):** 73,97% osob; 18,95% kategoriálních jednotek
 - **Abstraktní obsahy (kategorie 13):** 69,86% osob; 10,16% kategoriálních jednotek
 - **Běžné aktivity (kategorie 3):** 52,05% osob; 8,22% kategoriálních jednotek
- (výklad kategorií viz Příloha 2)

Kategoriální jednotky (kategorie) použité v metodě Nedokončené věty (Válková, 2000) u osob s mentálním postižením převážně obsahově odpovídají kategoriím u dětí s DMO (5–9 let).

- Bylo však nutné vytvořit kategorii novou: **15 Dovednost chůze, mobilita** (zahrnuje touhu dětí s DMO po nezávislosti na vozíku, lepší lokomoci; dále odpovědi týkající se nespokojenosti s vozíkem).

Kategorie **15** sice měla nejmenší procento výskytu (%), přesto do ní patří odpovědi, které nebylo možno zařadit do už stávajících kategorií, ale dle mě, odpovědi typické pro tuto populaci dětí s DMO, specificky těch užívajících k lokomoci vozík.

Doporučuji prozatím tuto kategorii nevyřazovat, ale sledovat její výskyt v dalším šetření. Případné potvrzení jejího minimálního hodnocení by nám ukázalo až šetření u většího souboru probandů.

- Druhé nejvyšší procento výskytu bylo u kategorie **Počasí (7):** 13,70% osob, 2,17% kategoriálních jednotek. I u této kategorie bude vhodné sledovat její výskyt.

4. Ovlivňují interindividuální rozdíly probandů jejich výsledky kategoriálního třídění u techniky Nedokončených vět?

Testem porovnání relativních četností jsme hodnotili statisticky významné rozdíly (na $p = 0.01$ a 0.05) jak u četnosti výskytu odpovědí, tak u počtu opakovatelnosti v dané kategorii mezi:

a) skupinou chlapců a dívek

Rozdíl v četnostech odpovědí u chlapců a dívek je pouze u kategorie **10 (Chování)**, kterou častěji používají chlapci. Při hodnocení rozdílů u opakování jevu v dané kategorii (% rozdílů v počtu kategoriálních jednotek) nalezneme rozdíly u kategorií: **7 (Počasí)**, která je více používaná u dívek; a kategoriemi **10 (Chování)**, **2 (Jídlo)** a **8 (Hyperkritičnost)** preferovanými chlapci.

Dané výsledky mohou být ovlivněny genderovými rozdíly (Oakleyová, 2000) či použitím techniky v období pobytu dětí mimo typické domácí prostředí.

b) probandy předškolního věku (5–7 let) a školního věku (8–9 let)

Signifikantních rozdílů mezi těmito dvěma kategoriemi je velké množství:

U dětí předškolního věku se však častěji vyskytuje kategorie **5 (Věci)**, a to „na úkor“ častějšího výskytu kategorií ostatních (signifikantně více děti školního věku užívají kategorie **7 (Počasí)**, **8 (Hyperkritičnost)**, **9 (Nekritičnost)**, **10 (Chování)** a **12 (Ideály)**).

- zdá se, že Nedokončené věty jsou schopny „odhalit“ vývojové změny způsobené zráním, zvětšováním slovní zásoby, zdokonalováním řečového projevu, přechodem myšlení do stadia konkrétních logických operací apod. Jedná o změnu způsobenou vstupem do základní školy, získáváním zkušeností a vývojem a zráním nervové soustavy dětí. (Např. kategorie *Ideály* vyžaduje více abstraktní myšlení a porozumění „sociálně žádoucím reakcím“).
- Kategorie *Nekritičnost* u Válkové (2000) obsahuje i oblasti školních dovedností, jako „*Umím číst, psát...*“. Je možné, že u dětí bez mentálního postižení se doplněním věty touto formou nejedná o „nekritičnost“, ale reálné zhodnocení kompetencí. Je třeba se na tuto eventualitu zaměřit při dalším výzkumu a případně vyjmout z obsahu kategorie *Nekritičnost* u dané populace.

c) dětmi chodícími a užívajícími k lokomoci vozík

Rozdíl v maximální preferenci kategorie **15 (Dovednost chůze, mobilita)** skupinou uživatelů vozíku. Kategorie, které statisticky významně více preferují chodící, jsou: **10 (Chování)**, **13 (Abstraktní obsahy)**, **6 (Domov)**.

Preference nově vytvořené **kategorie 15** osobami na vozíku je logická. Děti na vozíku se konfrontují s dětmi zdravými, i s dětmi s postižením, které chodí. Výsledek podtrhují nálezy signifikantně vyššího sebevědomí u chodících než u vozíčkářů v oblasti pohybových kompetencí Čurdové (2005).

Vyšší preference kategorie *Domov* u chodících odráží pravděpodobně skutečnost, že větší množství dětí chodících absolvuje lázeňský pobyt bez doprovodu rodičů a „touha po domově“ se tak v projektivní technice projeví.

5. Vyskytují se rozdíly ve výsledcích použití techniky Nedokončených vět mezi dětmi s DMO a dětmi bez postižení, ve věku 8–9 let?

Statisticky významné rozdíly ve výsledcích skórování mezi dětmi s DMO a dětmi bez postižení byly sledovány pouze u 33 dětí s DMO školního věku a ne u celého souboru

děti s DMO. To vzhledem k množství rozdílů mezi dětmi předškolního a školního věku v užití Nedokončených vět. Přesto jsou rozdíly ve výsledcích značné, odlišují se v šesti (respektive sedmi) z patnácti kategorií.

Děti s DMO (8–9 let) statisticky významně více používají kategorie **2 (Jídlo)**, **6 (Domov)**, **13 (Abstraktní)** a **7 (Počasí)**.

Děti bez postižení, ve věku 8–9 let více používají kategorie **4 (Orientace na výkon)**, **11 (Aktivity sportovní)** a **10 (Chování)**.

Interpretace nálezů je složitá, pouze nabízím v diskusy podněty k zamyšlení, výsledky může ovlivnit řada faktorů, např.:

- rozdílné časové období sběru dat (DMO rok 1999, děti ze ZŠ 2006)
- rozdílné roční období sběru dat (DMO období předvánoční a zimní /listopad-únor/, děti ze ZŠ měsíc červen) apod.
- děti s postižením jsou často ve školním věku opožděny ve vývoji a jejich uvažování a chování se podobá dětem mladším (rozdíl předškolní a školní věk)
- šetření u osob s DMO neprobíhalo v přirozeném „domácím“ prostředí

Kategorie 15 je ze srovnávání vyřazena (jiný obsah: u dětí s DMO **Chůze, mobilita**, u dětí bez postižení **Dospělost**).

V poslední části práce jsem předvedla další možnosti využití techniky Nedokončených vět pro komparační výzkumné účely. Jednalo se o využití Nedokončených vět jako techniky doplňkové u dívky s DMO integrované do běžné třídy ZŠ, o komparaci časovou a komparaci se spolužáky bez postižení. Výsledky komparace mezi šetřením technikou v předškolním mladším školním věku podtrhují schopnost škály „odhalovat vývojové změny“, je poukázáno na klinické interpretace.

Výsledky jedince lze porovnávat s průměrem skupiny jen orientačně, teprve výrazné odchylky v některých kategoriích v tomto věku (užití jednoho tématu ve většině doplnění vět apod.) mohou vyvolat klinickou pozornost examinátora.

Protože se jedná se o práci pilotního charakteru, výsledky jsou součástí širšího šetření a měly by sloužit především jako podněty pro další zkvalitnění psychodiagnostické techniky Nedokončené věty, **doporučujeme se více zaměřit na:**

1. Ověření techniky u většího souboru probandů, s důrazem na reprezentativnější výběr probandů pro šetření
2. Závislost výsledků na osobě examinátora (objektivita a zkušenosti), především při kategoriálním třídění doplněných obsahů vět. (Obsahy, které mají nejasné zařazení, mohou různí examinátoři interpretovat a vřadit do různých kategorií.)
3. Ověření schopnosti škály zachycovat vývojové trendy
4. Závislost výsledků na aktuálním stavu vyšetřované osoby, okolnostech a prostředí vyšetřování
5. Vliv období provádění šetření na náplň obsahů nedokončených vět (výrazné svátky, prázdniny, další kritická období)

6. SOUHRN

Idea diplomové práce vychází z výzkumného projektu s osobami s mentálním postižením „Skutečnost nebo fikce? Socializace mentálně postižených prostřednictvím pohybových aktivit“ autorky Válkové (2000). Součástí metodiky řešení tohoto projektu bylo i použití techniky Nedokončených vět, jako ukazatele sociálního chování a vnitřního prožívání kvality života. Technika Nedokončené věty se jevila jako vhodná pro komparační účely různých skupin osob a klinickou praxi, bylo rozhodnuto tuto techniku použít i u dalších skupin populace.

Diplomová práce se zabývá ověřením projektivní psychodiagnostické techniky Nedokončené věty u dětí s dětskou mozkovou obrnou ve věku 5–9 let, především v oblasti použití kategoriálních jednotek. Dále zjišťuje případné signifikantní interindividuální rozdíly ve výsledcích mezi dětmi s DMO a rozdíly mezi dětmi s DMO a dětmi bez postižení. Jedná se o práci pilotního charakteru, výsledky jsou součástí širšího šetření a měly by sloužit jako podněty pro další zkvalitnění této psychodiagnostické techniky.

V teoretické části práce se věnuji informacím o dětské mozkové obrně, specifikách psychologické diagnostiky u dětí obecně a dětí s postižením specificky, dále o projektivních technikách a jejich využití v dětském věku. Také charakterizuji stručně předškolní a mladší školní věk a zaměřuji se na psychické zvláštnosti dětí s postižením.

Projektivní psychodiagnostická metoda Nedokončené věty (Válková, 2000) byla ověřována u souboru 73 probandů, dětí s DMO pobývajících v léčebných a lázeňských zařízeních v České republice. Sebraná data byla roztríděna do 15 kategorií (respektive 16) a výsledky vyhodnoceny.

Výsledky šetření ukázaly, že technika Nedokončené věty (Válková, 2000) je využitelná i u dětí s DMO (5–9 let). Při výzkumném šetření se až na malé drobnosti nevyskytovaly žádné problémy. Kategoriální jednotky, použité v metodě Nedokončené věty u osob s mentálním postižením, jsou použitelné i u dětí s DMO bez mentálního postižení, je však třeba je doplnit o kategorii 15: Dovednost chůze, mobilita.

Byly zjištěny rozdíly mezi výsledky chlapců a dívek. V kategoriích **10 (Chování)**, **2 (Jídlo)** a **8 (Hyperkritičnost)** skórují více chlapci, **7 (Počasí)** dívky. Možná interpretace: vliv genderových rozdílů (Oakleyová, 2000), použití techniky v období pobytu dětí v lázních, mimo typické domácí prostředí.

Dále velké množství signifikantních rozdílů mezi **předškolním** (5–7 let) a **školním** (8–9 let) věkem. V předškolním věku častý výskyt kategorie **5 (Věci)**, „na úkor“ častějšího

výskytu kategorií **7 (Počasí)**, **8 (Hyperkritičnost)**, **9 (Nekritičnost)**, **10 (Chování)** a **12 (Ideály)**) u dětí školních. Je třeba ověřit, zda jsou Nedokončené věty schopny detekovat vývojové změny probíhající mezi předškolním a školním věkem.

Doporučuji kontrolu obsahu kategorie *Nekritičnost* u Válkové (2000), konkrétně vhodnosti obsahu oblasti školních dovedností, jako „*Umím číst, psát...*“. Je možné, že u dětí bez mentálního postižení se doplněním věty touto formou nejedná o „nekritičnost“, ale reálné zhodnocení kompetencí.

Rozdíl v maximální preferenci kategorie **15 (Dovednost chůze, mobilita)** dětmi chodícími a užívajícími k lokomoci vozík, jejímž důvodem je předpokládaná komparace dětí s ostatními dětmi, která v mobilitě vyznívá v neprospěch dětí na vozíku. Kategorie, které preferují chodící, jsou: **10 (Chování)**, **13 (Abstraktní obsahy)**, **6 (Domov)**.

Je třeba zdůraznit významné rozdíly mezi dětmi s DMO (33 dětí školního věku) a dětmi bez postižení (111), a to v šesti (respektive sedmi) z patnácti kategorií.

Děti s DMO (8–9 let) statisticky významně více používají kategorie **2 (Jídlo)**, **6 (Domov)**, **13 (Abstraktní)** a **7 (Počasí)**. Děti bez postižení, ve věku 8–9 let více používají kategorie **4 (Orientace na výkon)**, **11 (Aktivity sportovní)** a **10 (Chování)**.

Problémem interpretace nálezů může být rozdílné časové období sběru dat (DMO rok 1999, děti ze ZŠ 2006); rozdílné roční období sběru dat (DMO období předvánoční a zimní /listopad–únor/, děti ze ZŠ měsíc červen); potenciální opoždění dětí s DMO ve vývoji a jejich uvažování a chování podobné dětem mladším (rozdíl předškolní a školní věk); osoby s DMO nejsou šetřeny v přirozeném „domácím“ prostředí. Kategorie 15 je ze srovnávání vyřazena (jiný obsah: u dětí s DMO *Dovednost chůze, mobilita*, u dětí bez postižení *Dospělost*).

Při využití Nedokončených vět jako techniky doplňkové u dívky s DMO integrované do běžné třídy ZŠ výsledky komparace v předškolním mladším školním věku potvrzují schopnost škály „odhalovat vývojové změny“. Výrazné odchylky v některých kategoriích v tomto věku (užití jednoho tématu ve většině doplnění vět apod.) by měly vyvolat klinickou pozornost examinatora.

Tato práce je součástí širšího výzkumu a její významnost spočívá v odkrývání problémových oblastí v šetření projektivní technikou Nedokončené věty (Válková, 2000) u dětí s DMO. Při její standardizaci může být technika nabídnuta jako doplňková psychodiagnostická technika pro využití ve školní psychologické praxi. Je třeba se zaměřit na ověření techniky u většího souboru probandů, s důrazem na reprezentativnější výběr

probandů pro šetření. Na vliv osoby examinatora na výsledky šetření (objektivita a zkušenosti). Především při kategoriálním třídění doplněných obsahů vět (obsahy, které mají nejasné zařazení, mohou různí examinatori interpretovat a vřadit do různých kategorií). Dále je třeba ověřit následující nálezy:

- a) schopnosti škály zachycovat vývojové trendy;
- b) závislost výsledků na aktuálním stavu vyšetřované osoby, okolnostech a prostředí vyšetřování;
- c) závislost náplně obsahů nedokončených vět na období provádění šetření (výrazné svátky, prázdniny, další kritická období).

7. LITERATURA

- Anastasi, A., & Urbina, S. (1997). *Psychological testing* (7th Ed.). New York, NY: Prentice-Hall.
- Balcar, K. (1991). *Úvod do studia psychologie osobnosti* (2nd. Ed.). Chrudim: Mach.
- Barabas, G., & Taft, L. T. (1986). The early signs and differential diagnosis of cerebral palsy. *Pediatric Annals*, 15, 203–214.
- Čálek, O. (1982). Sebepečetí u zrakově postižených z hlediska sebevědomí osobnosti. *Psychol6gia a patopsychol6gia dieťaťa*, 17(2), 145–164.
- Čurková, J. (2001). Measuring of subjective experience of children with cerebral palsy participating in integrative physical activities [Abstract]. *Brain Dev.*, 23(3), 188.
- Čurková, J. (2005). *Hodnocení sebevědomí u dětí s dětskou mozkovou obrnou*. Nепublikovaná disertační práce, Universita Palackého, Olomouc.
- Čurková, J. (2005a). *Sebehodnotící škály pro děti s postižením*. Postupová práce, Univerzita Palackého, Olomouc.
- David, M. (in press). *Ověření projektivní psychodiagnostické techniky Nedokončené věty u dětí ve věku 8–9 let v regionu Opavska*. Diplomová práce, Univerzita Palackého, Fakulta tělesné kultury, Olomouc.
- Dvořáková, H. (2002). *Pohybem a hrou rozvíjíme osobnost dítěte: [tělesná výchova ve vzdělávacím programu mateřské školy]*. Praha: Portál.
- Dykens, E. M., & Cohen, D. J. (1996). Effects of Special olympics International on Social Competence in Persons with mental retardation. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 35, 2, 223–229.
- Dykens, E. M. a kol. (1999). Socio-Emotional Functioning and Special Olympics. In *Strategic research symposium of SOI*, June 25–25, 1999. Ferrington House, Pitsbooro, North Karolina.
- Erikson, E. H. (2002). *Dětství a společnost* (J. Valeška, Trans.). Praha: Argo. (Original work published 1993)
- Ferjenčík, J. (2000). *Úvod do metodologie psychologického výzkumu: Jak zkoumat lidskou duši* (P. Bakalář, Trans.). Praha: Portál.
- Fialová, L. (2001). *Body image jako součást sebepečetí člověka*. Praha: Nakladatelství Karolinum.
- Fox, K. R. (Ed.). (1997). *The physical self. From motivation to well-being*. Champaign, IL: Human Kinetics.
- Gilliganová, C. (2001). *Jiným hlasem*. Praha: Portál.

- Hajzner, M., (2006). DP: Ověření projektivní psychodiagnostické techniky Nedokončené věty u dětí ve věku 8–9 let v regionu Olomoucka.
- Harter, S. (1999). *The construction of the self: A developmental perspective*. New York, NY: The Guilford Press.
- Hartl, P., & Hartlová, H. (2000). *Psychologický slovník*. Praha: Portál.
- Ingham, T. T. S. (1966). The neurology of cerebral palsy. *Archives of Disease in Childhood*, 41, 337–357.
- Hendl, J. (2004). *Přehled statistických metod zpracování dat*. Praha: Portál.
- Janda, V., & Kraus, J. (1975). *Neurologie pro rehabilitační pracovníky*. Praha: Avicenum.
- Janda, V., & Kraus, J. (1987). *Neurologie pro rehabilitační pracovníky* (2nd ed.). Praha: Avicenum.
- Janoušek, J. et al. (1986). *Metody sociální psychologie*. Praha: SPN.
- Jones, J. A. (1988). *Training guide to cerebral palsy sports*. Champaign, IL: Human Kinetics Books.
- Juhás, J. (1990). *Škála sociální akceptace* [Testová metoda]. Brno: Psychodiagnostika.
- Ketelaar, M. (1999). *Children with cerebral palsy: A functional approach to physical therapy*. Delft: Eburon Publishers.
- Koluchová, J., & Morávek, S. (1990). *Psychologická diagnostika dětí a mládeže* [Učební texty]. Olomouc: Univerzita Palackého, Pedagogická fakulta.
- Koluchová, J., & Vavrdová, H. (1983). *Kapitoly z patopsychologie dítěte* [Učební texty]. Olomouc: Univerzita Palackého, Pedagogická fakulta.
- Koluchová, J. et al. (1989). *Přehled patopsychologie dítěte II* [Učební texty]. Praha: Státní pedagogické nakladatelství.
- Kondáš, O. (1978). *Asociační experiment*. Bratislava: Psychodiagnostické a didaktické testy.
- Kraus, J. (2005). Etiopatogeneze a patofyziologie. In J. Kraus et al. (Eds.), *Dětská mozková obrna* (pp. 35–51). Praha: Grada.
- Kunnen, S. (1991). *Mastering with handicap: The development of motivation in physically handicapped children*. Dissertation thesis, Universiteit Utrecht, Utrecht.
- Kusák, P., & Dařilek P. (1989). Sebeobraz postiženého dítěte. In J. Koluchová et al. (Eds.), *Patopsychologie dítěte I* (pp. 108–117). Praha: Státní pedagogické nakladatelství.
- Langmeier, J., & Krejčířová, D. (2006). *Vývojová psychologie* (2nd ed.). Praha: Grada.
- Lilienfeld, S. O. (1999). Projective measures of personality and psychopathology: How well do they work? *Skeptical Inquirer*, 23, 32–39.

- Lilienfeld, S. O., Wood, J. M., & Garb, N. (2000). The scientific status of projective techniques. *Psychological science in the public interest, Vol. 1, No. 2*, pp. 27-66.
- Loveinger, J. (1976). *Ego development: Conceptions and theories*. San Francisco: Jossey-bass.
- Loveinger, J. (1984). On the self and predicting behavior. In R. A. Zucker, J. Aronoff, and A. I. Rabin (Eds.), *Personality and the prediction of behavior* (pp. 46–68). Orgando, FL: Academic Press.
- Matějček, Z. (1991). *Praxe dětského psychologického poradenství*. Praha: SPN.
- Michal, V. (1971). *Projektivní metody*. In Švancara, J. 1971, s. 95–101, Diagnostika psychického vývoje. Praha: Avicenum.
- Miovský, M. (2006). *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu*. Praha: Grada.
- Mutch, L., Alberman, E., Hagberg, B., Kodama, K., & Perat, M. V. (1992). Cerebral palsy epidemiology “Where are we now where we are going?” *Developmental Medicine and Child Neurology, 34*, 547–551.
- Nakonečný, M. (1995). *Lexikon psychologie*. Praha: Vodnář.
- Oakleyová, A. (2000). *Pohlaví, gender a společnost*. Praha: Portál.
- Oborná, R. (2007). *Ověření projektivní psychodiagnostické techniky Nedokončené věty u dětí ve věku 8–9 let v regionu Třebíčska*. Diplomová práce, Univerzita Palackého, Fakulta tělesné kultury, Olomouc.
- Reithmiller, R. J., & Handler, L. (1997). Problematic methods and unwarranted conclusions in DAP research: Suggestions for improved research procedures. *Journal of personality assessment, 69*, 459-475.
- Říčan, P., & Ženatý, J. (1988). *K teorii a praxi projektivních technik*. Bratislava: Psychodiagnostické a didaktické testy.
- Říčan, P., & Krejčířová, D. a kol. (1997). *Dětská klinická psychologie* (3rd ed.). Praha: Grada.
- Seitz, J. A. (2001). A Cognitive-perceptual analysis of projective tests in children. In *Perceptual and motor skills, 93*, 505-522.
- Sherrill, C. (1997). Disability, identity, and involvement in sport and exercise. In K. R. Fox (Ed.), *The Physical Self. From motivation to well-being* (pp. 257–286). Champaign, IL: Human Kinetics.
- Sherrill, C. (1998). *Adapted physical activity, recreation and sport: Crossdisciplinary and lifespan* (5th ed.). Boston, MA: McGraw-Hill.

- Sherrill, C. (2003). *Adapted physical activity, recreation and sport: Crossdisciplinary and lifespan* (6th ed.). New York, NY: McGraw-Hill.
- Stehlík et al. (1977). *Dítě s dětskou mozkovou obrnou v rodině*. Praha: Avicenum.
- Svoboda, M. (1999). *Psychologická diagnostika dospělých*. Praha: Portál.
- Svoboda, M. (2001a). Metodologické otázky. In M. Svoboda (ed.), D. Krejčířová, & M. Vágnerová, *Psychodiagnostika dětí a dospívajících* (pp. 13-30). Praha:Portál.
- Svoboda, M. (2001b). Projektivní metody. In M. Svoboda (ed.), D. Krejčířová, & M. Vágnerová, *Psychodiagnostika dětí a dospívajících* (pp. 236-270). Praha:Portál.
- Svoboda, M., Krejčířová, D., & Vágnerová, M. (2001). *Psychodiagnostika dětí a dospívajících*. Praha: Portál.
- Šípek, J. (2000). *Projektivní metody*. Praha: ISV nakladatelství.
- Švancara, J. (1980). *Diagnostika psychického vývoje*. Praha: Avicenum.
- Trojan, S., Druga, R., Pfeiffer, J., & Votava, J. (1996). *Fyziologie a léčebná rehabilitace motoriky člověka*. Praha: Grada – Avicenum.
- Vágnerová, M. (1997). *Psychologie problémového dítěte školního věku*. Praha: Univerzita Karlova.
- Vágnerová, M. (1999). *Psychopatologie pro pomáhající profese. Variabilita a patologie lidské psychiky*. Praha: Portál.
- Vágnerová, M. (2000). *Vývojová psychologie. Dětství, dospělost, stáří*. Praha: Portál.
- Vágnerová, M. (2001a). Smyslově a motoricky postižené děti. In M. Svoboda, D. Krejčířová, & M. Vágnerová (Eds.), *Psychodiagnostika dětí a dospívajících* (pp. 413–460). Praha: Portál.
- Vágnerová, M., Hadj-Mousová, Z., Štech, S. (1999). *Psychologie handicapu*. Praha: Karolinum.
- Válková, H. (1996). The differences in behaviour indices of participants and non-participants in Special Olympics Movement. In *Acta Universitatis Palackianae Olomouensis gymnica*, 28, 53–60.
- Válková, H. (2000). *Skutečnost nebo fikce? Socializace mentálně postižených prostřednictvím pohybových aktivit. Závěrečná publikace projektu č. RS 97075*. Olomouc: Univerzita Palackého, Fakulta tělesné kultury.

8. SEZNAM PŘÍLOH

Příloha 1. Nedokončené věty

Příloha 2. Výklad kategorií (Válková, 2000)

Příloha 3. Tabulky rozdílů mezi dětmi bez postižení a dětmi s DMO (celé soubory)

Příloha 4. Formulář pro Nedokončené věty Dívka A

Příloha 1.

NEDOKONČENÉ VĚTY

Pokyn:

1. Prosím, přečti klientovi hlasitě každý začátek věty a zapiš doslovně jeho odpověď. Abys preventivně vyloučil ovlivnění nebo odpovědi, o nichž si klient myslí, že je chceš slyšet, nadávej žádnou další informaci (jako "dobře", „hm", "opravdu").

Jestliže klient řekne „nevím", pobídni ho, aby ještě chvíli přemýšlel. Jestliže je stále zaražený, pokračuj dále. K vynechaným větám se vrať až po dokončení pořadí. (Věty, k nimž jsi se vracel, zakroužkuj.)

2. Vysvětli, že to bude taková hra, kdy budeš říkat jen začátky vět a chceš, aby je klient dokončil podle toho, co ho hned napadne, co si myslí nebo co cítí a každá odpověď (dokončení, věta) jsou správné, protože jen na něm záleží, jaký má názor, co cítí, co chce vyjádřit. Hlavně je musí doplnit a já si je zapíši. Když je jasné, že porozuměl úkolu, začneme: "Jsi připraven? Tak tady je první."

1. Rád(a) bych

2. Přeji si, abych

3. Kdybych tak

4. Doufám

5. Jsem

6. Nejraději bych

7. Nejlepší je, když

8. Lidé si mysu, že já

9. Někdy přemýšlím o

10. Kdybych měl(a) tři kouzelná přání, která se vyplní, přál(a) bych si:

1.

2.

3.

Příloha 2.

VÝKLAD KATEGORIÍ (VÁLKOVÁ, 2000)

KATEGORIE:

1. ZVÍŘATA: vlastnit je, hrát si s nimi, pečovat o ně.
2. JÍDLO (včetně sladkostí, zmrzliny): těšit se na ně, mít je v oblibě, chtít je, konzumovat či kupovat si je.
3. AKTIVITY BĚŽNÉ: hlavně kreslení-malování, práce (obecně i v konkrétní poloze), zpívání, vyšívání, zahradničení, poslech hudby, činnosti spojené s denním režimem a sebeobsluhou, zábavou (jít na ples, pouť, diskotéku), odpočívat, spát.
4. ORIENTACE NA VÝKON: mít tendenci něco dokázat, dokončit, naučit se něco, zvládnout něco, být úspěšný, nezklamat.
5. VĚCI (vlastnit je, přát si je): věci denní potřeby, pohádkové-kouzelné (kouzelný prsten, závoj, zlatou rybičku), hračky, věci nákladnější (magnetofon, auto, motorka, satelit).
6. DOMOV: být doma, provádět činnosti spojené s domovem a sourozenci, činnosti typické pro úzký rodinný život (chodit sám do města, mít svoje nádobí a sám si vařit, mít miminko, mít partnera, být s partnerem, založit rodinu, jít pryč odsud, být doma, být s rodinnými příslušníky), mít blízkého kamaráda.
7. POČASÍ: počasí, roční-denní doba: je pěkně, sluníčko, jaro atd.
8. HYPERKRITICHNOST: negativní (hostilní) hodnocení vlastní osoby okolím i sebou samým: hloupý, postižený, škaredý, tlustý, lžu, nemají mě rádi, kdybych raději nebyl, jsem sám
9. NEKRITICHNOST: pozitivní, až nadnesené hodnocení vlastní osoby sebou samým: chytrý, šikovný, pracovitý, hezký, ale také umím číst, psát.
10. CHOVÁNÍ: jsem hodný, poslušný, zlobivý, umím se slušně chovat, přemýšlet o sobě.
11. AKTIVITY SPORTOVNÍ: provádět sportovní činnosti včetně tance, cestování, výletů a vycházek, připravovat se na soutěže, mít sportovní potřeby.
12. IDEÁLY: pomáhat jiným, aby byl mír, lidé se nehádali, mít se dobře, spokojenost, ale i ideály nerealistické (lítat v kosmu, být Zlatovláskou, významnou osobností, něco vykouzlit), dále uvědomění si hodnoty zdraví vlastního i jiných.
13. ABSTRAKTNÍ: nezařaditelné obsahy: uvádění vlastního jména, inkohrentní a opakované obsahy, věty, většinou bez kontextu s uvádějí myšlenkou: Jiří, jsem, jsem rád, jsem tady.

14. NEVÍM

XX Počet opakovaných vět

***15. Dospělost:** přání být dospělý, přání týkající se budoucího povolání, přání: být velký, starší, mít dokončenou školu. PRO DĚTI 8–9 LET

****15. DOVEDNOST CHŮZE, MOBILITA:** touha dětí s DMO po nezávislosti na vozíku, lepší lokomoci; Dále odpovědi týkající se nespokojenosti s vozíkem „*Chtěl (a) bych chodit jako brácha; ...nejraději... bych ho (vozík) zahodil! Kdybych tak...mohl chodit či lidé si myslí, že já ...neumím chodit.*“ apod. PRO DĚTI S DMO

* Doplněno na základě šetření probandů mladšího školního věku 8–9 let (Oborná, 2007)

** Doplněno na základě šetření probandů mladšího školního věku 8–9 let (Wittmannová, tato práce)

Příloha 3

Tabulky rozdílů mezi dětmi bez postižení a dětmi s DMO (celé soubory)

Tabulka 15. Přehled rozdílů v četnosti výskytu jevu u skupiny dětí bez postižení a dětí s DMO (p = hladina významnosti)

Kategorie	DMO (73)	ZŠ (111)	p
1	25	51	0.108
2	29	4	< 0.001
3	38	64	0.424
4	25	77	< 0.001
5	60	85	< 0.001
6	54	62	0.014
7	10	15	> 0.999
8	25	50	0.139
9	12	38	0.008
10	10	49	< 0.001
11	29	83	< 0.001
12	29	71	0.002
13	51	35	< 0.001
14	24	30	0.383
XX	24	55	0.024

Vysvětlivky: Červená – p = 0.01; Modrá – p = 0.05

Tabulka 16. Přehled statisticky významných kategoriálních rozdílů u skupiny dětí bez postižení a dětí s DMO (p = hladina významnosti)

Kategorie	DMO (73)	ZŠ (111)	p
1	49	107	0.076
2	52	5	< 0.001
3	72	96	0.380
4	43	179	< 0.001
5	189	215	< 0.001
6	133	115	< 0.001
7	19	16	> 0.05
8	34	56	> 0.999
9	13	43	0.002
10	18	61	< 0.001
11	51	168	< 0.001
12	55	147	< 0.001
13	89	44	< 0.001
14	59	56	< 0.001
XX	72	126	0.412

Vysvětlivky: Červená – p = 0.01; Modrá – p = 0.05

Příloha 4
Formulář pro Nedokončené věty Dívka A

1. šetření – mateřská škola, 7 let 6 měsíců (v závorce kategorie)

1. **Rád(a) bych**házela míčem (11)
2. **Přeji si, abych** sem dostala panenku (5)
3. **Kdybych tak** měla obrázky (5)
4. **Doufám** že dostanu do školy aktovku, pouzdro
5. **Jsem** kreslila (3)
6. **Nejraději bych** doma zůstala a poslouchala pohádku (6)
7. **Nejlepší je, když** jsem doma (6)
8. **Lidé si mysu, že já** chodím (15) – chůze
9. **Někdy přemýšlím o** mamince (6)
10. **Kdybych měl(a) tři kouzelná přání, která se vyplní, přál(a) bych si:**
 1. panenku (5)
 2. ať je tady maminka a tatínek (6)
 3. aby jsem dostala k vánocům barbínu (5)

2. šetření, 2. ročník běžné ZŠ,

1. **Rád(a) bych** učitelkou (15) – dospělost
2. **Přeji si, abych** dostala dárek (5)
3. **Kdybych tak** mohla jezdit na kole (11)
4. **Doufám** že přijede ... třeba můj tat'ka (6)
5. **Jsem** ráda (13)
6. **Nejraději bych** jela do Prahy. (11)
7. **Nejlepší je, když** Jsem doma (6)
8. **Lidé si mysu, že já** jsme špatná (8)
9. **Někdy přemýšlím o** pejskovi (1)
10. **Kdybych měl(a) tři kouzelná přání, která se vyplní, přál(a) bych si:**
 1. aby byly všichni zdraví (12)
 2. abych měla hodně úspěchu (4)
 3. aby mi to šlo ve škole (4)

Vysoká škola: **Palackého univerzita Olomouc** Fakulta: **filozofická**
Katedra: **psychologie** Školní rok: **2008/2009**

ANOTACE DIPLOMOVÉ PRÁCE

Jméno: **Mgr. Julie Wittmannová, Ph.D.**

Obor: **Psychologie jednooborová**

Vedoucí práce: **Mgr. Denisa Otipková, Ph.D.**

Počet stran (znaků): **78 (117 813)**

Počet příloh: **4**

Počet titulů použité literatury: **67**

Název diplomové práce:

PROJEKTIVNÍ TECHNIKA NEDOKONČENÉ VĚTY U DĚTÍ S DĚTSKOU MOZKOVOU OBRNOU

Abstrakt diplomové práce:

V diplomové práci jsem ověřovala a aplikovala psychodiagnostickou projektivní techniku Nedokončené věty (Válková 2000) na soubor 73 dětí s dětskou mozkovou obrnou (DMO) ve věku 5–9 let. Technika byla ověřována z hlediska použití kategoriálních jednotek. Dále jsem zjišťovala případné intraindividuální rozdíly mezi výsledky dětí s DMO a dětmi s DMO a bez postižení. Tato práce je součástí širšího výzkumu a její významnost spočívá v odkrývání problémových oblastí v šetření projektivní technikou Nedokončené věty. Technika může být nabídnuta jako doplňková psychodiagnostická technika pro využití ve školní psychologické praxi.

Klíčová slova: Psychodiagnostika, projektivní techniky, Nedokončené věty, dětská mozková obrna, předškolní a mladší školní věk

ANOTATION OF THE DIPLOMA THESIS

Title:

**INCOMPLETE SENTENCES PROJECTIVE TECHNIQUE IN CHILDREN WITH
CEREBRAL PALSY**

Abstract:

In the diploma thesis I verified and applied the psycho-diagnostic projective technique Incomplete sentences (Válková, 2000) on a group of 73 children with cerebral palsy (CP) at the age of 5–9. The technique was verified for use of categorization units. I also examined possible intraindividual results differences of children with cerebral palsy and differences between the results of children with CP and non-disabled children. This work is a part of bigger research project and it deals with detection of problematic areas in use of this projective technique. This technique can be offer as complementary for use in school psychological practice.

Key words: psychological diagnostic, projective techniques, Incomplete sentences, cerebral palsy, preschool and early school age