

JIHOČESKÁ UNIVERZITA
ZDRAVOTNĚ SOCIÁLNÍ FAKULTA

DIPLOMOVÁ PRÁCE

**Diference rodičovských rolí v rodině se zdravým dítětem a v rodině s
dítětem s mentálním postižením**

Autor práce: Bc. Jana Hrkalíková
Studijní program: Rehabilitace
Studijní obor: Rehabilitační-psychosociální péče o postižené děti, dospělé a seniory
Vedoucí práce: doc. Ing. Lucie Kozlová, Ph.D.
Datum odevzdání práce: 19.5.2014

ABSTRACT

The families with a mental disability child go through the information of child's diagnosis very hard test which can mean even the marital break-up. These mentioned families should manage the crisis, but successful managing of this situation can be very strengthening element. The families with a mental disability child manifest in different way than the families with healthy children, because the birth of child with a mental disability intervenes the peace of the whole family. This fact can remark the family even this way, which the physical problems can appear by the parents or they can incline to risk change of their behaviour. The parents' roles also could change and exist also risk, that brothers and sister of child with a mental disability can follow contacts with difficulties. These families have their own particularity, because the birth of child with a mental disability means great stress for these families. The theoretic part of this work pays attention to a mental disability and its classification. Further are the welfare services available, which can families with a mental disability child use of. It is not also left out the role of family, the importance of parental roles and brotherly and sisterly constellation.

I describe style of upbringing and further I concern the particularity of family with a mental disability child in my dissertation likewise the role of brother and sister by the child with a mental disability. There are also stages of acceptance with the diagnosis of a mental disability and risk behaviour of parents these children with a mental disability as results of managing critical situation described and the related physical problems.

The target of dissertation is finding out if exists diametrically differences between parental roles by the care about a mental disability child and the healthy child. The intermediate target is finding out if the families with a mental disability child are more predisposed to a presence of social pathological syndromes. The theory expects following fact that the care for a mental disability child has provided by overall in majority by mothers.

Families with a mental disability child incline to risk change of their behaviour than by the families with the healthy child. Brothers and sisters of a mental disability child do less friendly relationships than of the healthy children. The approach to quantitative study was used at all. The strategy of questionnaire: The questionnaire inquiry was performed by the 20 families with healthy children and by the 20 families with a mental disability child. The filled questionnaires had evaluated using the elementary statistics of software programmes SPSS and Excel.

I found out more conflicting relationships between brothers and sisters in the families with a mental disability child than in the families with healthy children. Brothers and sisters of a mental disability child care more about their mental disability brother or sister than the elder brothers and sisters care about their younger ones. Likewise the brothers and sisters with a mental disability brother or sister have less friendly relationships than the children with healthy brothers and sisters. Families with healthy children enjoy more harmonious parental care than by the families with a mental disability child and mainly mothers do it. The grandparents act on behalf of parents with healthy children more often than in the families with a mental disability child, there exists often absence caring grandparents. The same is the fact that both compared families models using mostly democratic style of upbringing. Psychological problems exist more often by the parents with a mental disability child.

ABSTRAKT

Rodiny s dítětem s mentálním postižením zažijí po sdělení diagnózy zatěžkávající zkoušku, která může znamenat i rozpad rodiny. Zmíněné rodiny se musí vyrovnat s krizí, jejíž zvládnutí může být pro rodinu velmi posilujícím faktorem. Je jisté, že rodiny s dítětem s mentálním postižením fungují odlišně od rodin se zdravými dětmi. Narození dítěte s mentálním postižením zasáhne celou rodinu. Tato skutečnost může rodinu poznamenat takovým způsobem, že se u rodičů vyskytnou psychické problémy, nebo bude mít rodina sklon k rizikovému chování. Mohou se změnit rodičovské role a také je riziko, že sourozenci dětí s postižením budou obtížně navazovat kontakty. Narození dítěte s mentálním postižením znamená pro rodiče obrovskou zátěž a proto je zřejmé, že tyto rodiny budou mít svá neopomenutelná specifika.

Teoretická část práce je věnována mentálnímu postižení a jeho klasifikaci. Dále pojednává o sociálních službách, které může rodina s dítětem s mentálním postižením využít. Není opomenuta ani úloha rodiny, její funkce, význam rodičovských rolí a sourozenecké konstelace. V práci popisují styly výchovy a dále se zabývám specifiky rodiny s dítětem s mentálním postižením. V práci má své místo také úloha sourozence u dítěte s mentálním postižením. Popsány jsou i fáze vyrovnání se s diagnózou mentálního postižení. Popisují také rizikové chování rodičů dětí s mentálním postižením v důsledku nezvládnutí krizové situace a s tím související psychické problémy.

Cílem práce je zjistit, zda se diametrálně liší rozdělení rodičovských rolí při péči o dítě s mentálním postižením oproti rodině se zdravým potomkem. Dílčím cílem bude zjistit, zda rodiny s dítětem s mentálním postižením jsou náchylnější k výskytu sociálně patologických jevů. Hypotézy jsou následující. Péče o dítě s mentálním postižením je zajištěna v nadpoloviční většině matkami.

V rodinách s dítětem s mentálním postižením bude častější výskyt rizikového chování, nežli u rodin se zdravým dítětem. Sourozenci dětí s mentálním postižením mají méně přátelských vztahů nežli zdravé děti. Použita byla strategie kvantitativního výzkumu. Technika dotazníku. Dotazníkové šetření bylo provedeno u 20 rodin se zdravými dětmi

a u 20 rodin s dětmi s postižením. Vyplněné dotazníky byly vyhodnoceny pomocí elementární statistiky programů SPSS a Excel.

Zjistila jsem, že v rodinách s dětmi s mentálním postižením je mezi sourozenci více konfliktních vztahů než v rodinách se zdravými sourozenci. Dále jsem zjistila, že sourozenci dětí s mentálním postižením se starají o děti s mentálním postižením více, než se starají starší zdraví sourozenci o mladší sourozence. Sourozenci dětí s mentálním postižením mají méně přátelských vztahů než děti se zdravými sourozenci. U zdravých dětí je rodičovská péče více vyvážená než u dětí s mentálním postižením. Zde zajišťuje péči zejména matka. Rodiče zdravých dětí mají zástup v péči zajištěn ponejvíce prarodiči, zatímco mnoho rodičů dětí s mentálním postižením zástup v péči nemá. Rodiče zdravých dětí i dětí s mentálním postižením uplatňují nejvíce demokratický styl výchovy. Psychické problémy rodičů jsou častější u rodičů dětí s mentálním postižením.

Prohlášení

Prohlašuji, že svou diplomovou práci jsem vypracovala samostatně pouze s použitím pramenů a literatury uvedených v seznamu citované literatury.

Prohlašuji, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb. V platném znění souhlasím se zveřejněním své diplomové práce, a to - v nezkrácené podobě - v úpravě vzniklé vypuštěním vyznačených částí archivovaných fakultou - elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejich internetových stránkách, a to se zachováním mého autorského práva odevzdanému textu této kvalifikační práce. Souhlasím dále s tím, aby toutéž elektronickou cestou byly v souladu s uvedeným ustanovením zákona č. 111/1998 Sb. Zveřejněny posudky školitele a oponentů práce i záznam o průběhu a výsledku obhajoby kvalifikační práce. Rovněž souhlasím s porovnáním textu mé kvalifikační práce s databází kvalifikačních prací Theses.cz provozovanou Národním registrem vysokoškolských kvalifikačních prací a systémem na odhalování plagiátů.

Poděkování

Na tomto místě bych chtěla poděkovat doc. Ing. Lucii Kozlové, Ph.D. za poskytnutí podkladů a cenných rad při vypracování mé diplomové práce a své rodině za pomoc a trpělivost nejen při zpracování diplomové práce, ale po celou dobu studia.

OBSAH

ÚVOD.....	10
1 SOUČASNÝ STAV.....	12
1.1 Mentální postižení.....	12
1.1.1 Klasifikace mentální retardace.....	13
1.1.2 Formy mentální retardace.....	14
1.1.3 Služby pro děti s mentálním postižením.....	17
1.2 Rodina.....	20
1.2.1 Funkce rodiny.....	20
1.2.2 Typologie rodiny.....	21
1.2.3 Rodinné role.....	21
1.2.4 Sourozenecké konstelace.....	23
1.2.5 Styly výchovy.....	24
1.3 Rodina s mentálně postiženým dítětem.....	25
1.3.1 Péče o mentálně postižené dítě v rodině.....	26
1.3.2 Faktory ovlivňující vztah v rodině k dítěti s mentálním postižením.....	28
1.3.3 Pozitivní faktory v péči rodiny o dítě s mentálním postižením.....	29
1.3.4 Náročnost péče o dítě s mentálním postižením v rodině.....	29
1.3.5 Sourozenci dětí s mentálním postižením.....	30
1.4 Rodinná odolnost.....	32
1.4.1 Koherence.....	33
1.4.2 Coping strategie.....	33
1.5 Změny v rodině s dítětem s mentálním postižením.....	34

1.5.1	<i>Fáze vyrovnávání rodiny s traumatem</i>	35
1.5.2	<i>Logoterapeutické pojetí smyslu utrpení</i>	37
1.5.3	<i>Komunikace v rodině ovlivněná traumatem</i>	38
1.5.4	<i>Rozpad rodiny</i>	39
1.6	Psychické problémy rodiny v důsledku traumatu	40
1.6.1	<i>Posttraumatická stresová porucha</i>	40
1.6.2	<i>Workoholismus</i>	41
1.6.3	<i>Alkoholismus</i>	42
2	CÍL PRÁCE A HYPOTÉZY	43
2.1	Cíl práce	43
2.2	Hypotézy	43
3	METODIKA	44
3.1	Použitá metoda	44
3.2	Charakteristika výzkumného souboru	45
4	VÝSLEDKY	46
4.1	Popisná statistika	46
4.2	Statistické testování hypotéz	72
5	DISKUZE	75
6	ZÁVĚR	81
7	SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ	83
8	KLÍČOVÁ SLOVA	88
9	PŘÍLOHY	89

ÚVOD

Jak již je uvedeno v samotném názvu práce, bude se tato diplomová práce zabývat rodinami se zdravými dětmi ale také rodinami s dětmi s mentálním postižením. V této práci bych chtěla poukázat na specifika rodin s dítětem s mentálním postižením. Těmito rodinami se zabývá mnoho výzkumů, ale tato práce je ojedinělá tím, že výsledky výzkumu poukazuje v kontextu s tím, jak funguje rodina se zdravými dětmi. V této souvislosti získávají výsledky výzkumu zcela jiný rozměr.

Toto téma je mi velmi blízké, jelikož jsem sama vyrůstala v rodině s dítětem, které má mentální handicap. Mimo jiné při svém zaměstnání, při výkonu sociálního šetření poznávám mnoho rodin, které mají také dítě s mentálním postižením. Mohu tak nejen z vlastní zkušenosti potvrdit, že narození dítěte s mentálním postižením rodinu z velké míry poznamená. Záleží však na mnoha faktorech, jak se s tím rodina vyrovná. Tato skutečnost vede v mnoha případech k rozpadu rodiny a velké břímě péče o takto handicapované dítě zůstává na bedrech matky. Dítě s mentálním postižením v rodině může ale také pro rodinu znamenat výzvu k boji. Mentální postižení nelze nikterak vyléčit, ale může pro rodiče znamenat změnu životních hodnot. Rodič prochází při sdělení diagnózy nelehkým obdobím, které pokud úspěšně zvládne, může znamenat znovu stmelení rodiny a nalezení nového smyslu života v tom, že se rodič bude snažit dítěti jeho život pokud možno co nejvíce zkvalitnit. Dítě s mentálním postižením změní život nejen rodičům, ale také svým sourozencům a dalším rodinným členům. Narušený mohou být také i přátelské vztahy, jelikož přátelé mohou na rodinu začít nahlížet jinak.

V teoretické části práce uvedu základní informace o mentálním postižení, dále se zmíním o sociálních službách, které mohou rodiče dětí s mentálním postižením využít. Další část teoretické části se bude zabývat rodinou a jejími funkcemi. Nezůstane opomenut ani význam rodičovských rolí a význam sourozeneckých konstelací. Následovat budou specifika rodiny s dítětem s mentálním postižením. Práce se dále bude zabývat faktory, které ovlivňují soudržnost rodiny. Následovat budou fáze

vyrovnání se rodiny s traumatem a rizikové chování v souvislosti s nezvládnutím krize a s tím spojené psychické problémy.

Výzkumná část práce odhalí, jak funguje rodina se zdravými dětmi a jak rodina s dětmi s postižením. Ve výzkumu bude patrné, že se tyto dva druhy rodin významně,co se týká do fungování, rodiny liší. Tyto odlišnosti budou patrné, jak v rolích rodičů, tak v sourozeneckých vztazích. Odlišná bude také odolnost rodiny a tím pádem sklon k rizikovému chování.

Práci lze využít jak pro rodiny s dítětem s mentálním postižením, tak pro zaměstnance v pomáhajících profesích, kteří přijdou s těmito rodinami do kontaktu. Rodinám poslouží jako návod, k překonání krize v souvislosti s narozením dítěte s mentálním postižením a profesionálům poslouží k orientaci v problémech, které tato rodina prožívá a tím pádem ke zkvalitnění péče.

1 SOUČASNÝ STAV

1.1 Mentální postižení

Motto:

„Člověk s postižením má stejné potřeby jako zdravý člověk. První z nich je být uznán a milován takový, jaký je.“

Sestra Michele Pascale-Duriezová

V literatuře zabývající se psychopedickou tematikou nalezneme několik definic vysvětlující tento handicap. Jedna z nich pojednává o vývojové duševní poruše charakteristické snížením kognitivních, řečových, pohybových a sociálních schopností s etiologií prenatální, perinatální i postnatální.¹

Pokud nahlédneme do slovníku defektologické terminologie, tak zjistíme, že se jedná o skupinu jedinců, kteří jsou charakterističtí nerovnoměrným psychickým vývojem.²

Jedná se o člověka, u kterého došlo z důvodu organického poškození či abnormálního vývoje mozku ke zpomalení vývoje rozumových schopností, liší se psychickými vlastnostmi i adaptačním chováním.³

Výskyt mentální retardace v populaci České republiky je přibližně 1,5-2,5 %. Jedná se o postižení vrozené a trvalé.⁴

1

VALENTA, Milan a Oldřich MÜLLER. *Psychopedie: [teoretické základy a metodika]*. 1. vyd. Praha: Parta, 2003, 443 s. ISBN 80-732-0039-2.

²SLOWÍK, Josef a Oldřich MÜLLER. *Speciální pedagogika: prevence a diagnostika, terapie a poradenství, vzdělávání osob s různým postižením, člověk s handicapem a společnost*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2007, 160 s. Pedagogika (Grada). ISBN 978-802-4717-333.

³ŠVARCOVÁ-SLABINOVÁ, Iva. *Mentální retardace: vzdělávání, výchova, sociální péče*. Vyd. 3., přeprac. Praha: Portál, 2006, 198 s. Speciální pedagogika (Portál). ISBN 80-736-7060-7.

⁴VÁGNEROVÁ, Marie. *Psychopatologie pro pomáhající profese: vzdělávání, výchova, sociální péče*. Vyd. 3., rozš. a přeprac. Praha: Portál, 2004, 870 s. Speciální pedagogika (Portál). ISBN 80-717-8802-3.

1.1.1 Klasifikace mentální retardace

Od roku 1992 je dle 10. revize Mezinárodní klasifikace nemocí, kterou sepsala Světová zdravotnická organizace dělena mentální retardace do šesti kategorií.

- *Lehká mentální retardace* – IQ 50-69

Tito lidé mohou konverzovat, ovšem mluví pomaleji. Většina z nich zvládá udržovat hygienické návyky. Největší potíže činí teoretická práce ve škole. Zmíněná skupina lidí je zaměstnatelná, ovšem jen v praktických oblastech. V sociální oblasti se nemusí projevovat žádné problémy. Pouze při emoční a sociální nezralosti jsou obtížně řešeny problémy všedního dne. Přidruženě se mohou projevit jiné chorobné stavy (autismus) ⁵

- *Středně těžká mentální retardace* – IQ 35-49

U těchto lidí je výrazně opožděna nejen řeč ale i chápání. Narušená je také schopnost sebeobsluhy. Tito žáci jsou ve škole značně omezeni. Mohou se naučit číst, psát a počítat. V dospělém věku zvládnou manuální práci pod dohledem. Samostatně mohou žít jen v ojedinělých případech. Vyskytují se zde rozdíly ve schopnostech. V některých případech je rozvinutější verbální stránka než motorická a v jiných případech naopak. U mnoho z těchto lidí je přidružen autismus. Častý je výskyt tělesných a neurologických postižení. ⁶

- *Těžká mentální retardace* – IQ 20-34

Tito lidé se v mnohém neliší od předchozí skupiny. Jedinci mohou mít porušenou motoriku a také vadu ústředního nervového systému. Možnosti výchovy a vzdělávání jsou dosti omezené. Je však zkušenostmi prokázáno, že včasnou systematickou a odbornou rehabilitační, výchovnou a vzdělávací péčí se může velkou měrou pozitivně ovlivnit motorika, rozumové schopnosti, komunikační dovednosti, soběstačnost a celkově kvalita jejich života. ⁷

⁵Helpnet: mentální postižení. ŠVARCOVÁ, Ivana. [online]. 15.10.2012 [cit. 2013-01-19]. Dostupné z: <http://www.dobromysl.cz/scripts/detail.php?id=623&tmplid=45>

⁶TAMTÉŽ

⁷TAMTÉŽ

- *Hluboká mentální retardace*-IQ je nižší než 20

Takto postižení jedinci nejsou schopni porozumět požadavku, instrukci, nebo je splnit. Do této kategorie patří lidé, kteří mají značné pohybové problémy, popř. jsou imobilní. Mají minimální, v některých případech žádnou schopnost pečovat o své základní potřeby, tím pádem je potřebná stálá pomoc a dohled. Výchova a vzdělávání jsou hodně omezené. Postižení reagují pouze na jednoduché požadavky.⁸

- *Jiná mentální retardace*

Do této kategorie patří nespecifikovaná mentální retardace. U těchto jedinců bývá problematické zjistit stupeň mentálního postižení vzhledem k somatickému či smyslovému handicapu. Do této skupiny spadá mentální subnormalita NS, oligofrenie a mentální retardace NS.⁹

1.1.2 Formy mentální retardace

- *Autismus*

Jedná se o onemocnění, které postihne jedno z deseti až patnácti tisíc dětí. První příznaky jsou zjevné před třicátým měsícem, ovšem prokazatelné jsou až v období, kdy se u dítěte rozvíjí komunikace. Častěji je tato porucha u chlapců a etiologie není známá. Porucha zahrnuje tři diagnostické kategorie. Mezi ně se řadí sociální interakce, komunikace, činnosti a zájmy. Nemusí být přítomny veškeré znaky. Platí pravidlo, že u těchto dětí nebývají zcela totožné projevy.

V oblasti sociální interakce bývá v dětství zjevné, že se tyto děti nechtějí chovat, vyhýbají se očnímu kontaktu, nemají zájem o jiné lidi a jindy se zase na nějakou osobu nepřiměřeně vážou.

V oblasti komunikace se vyskytuje opakování slov a vět, řeč bývá opožděná. U čtyřiceti procent dětí nedochází k vývinu řeči. Dítě bývá neobvykle tiché, nepláče

⁸Helpnet: mentální postižení. ŠVARCOVÁ, Ivana. [online]. 15.10.2012 [cit. 2013-01-19]. Dostupné z: <http://www.dobromysl.cz/scripts/detail.php?id=623&tmplid=45>

⁹TAMTÉŽ

ani si nebrouká. Dítě mluví monotónně. Často nepoužívá intonaci a nesprávně používá zájmena.

Oblast aktivit a zájmů je pro tyto děti také specifická. Autistické projevy dětí jsou stereotypní. Zacházejí s hračkami nezvyklým způsobem, dále mají nutkavou zálibu v rovnání věcí do řady. Tyto děti mohou odmítat jídlo specifické barvy či skupenství. Batolata se věnují sebestimulačním aktivitám nebo hledí do prázdna.¹⁰

Z literatury je patrné, že autismus u dítěte má na rodinu v otázce stresu výraznější vliv než v rodinách s dítětem s jiným typem mentálního postižení. Chybění kontaktu v rodině navozuje pocit úzkosti. Rodiče se snaží dohnat u dítěte jeho handicap, což může vést k přetěžování dítěte či k jeho ponižování. Autistické chování dítěte může být pro laiky zaměnitelné s nevychovaností dítěte. Tato skutečnost může být pro rodiče také velmi stresující.¹¹

- *Aspergerův syndrom*

Aspergerův syndrom a autismus mají mnoho společných rysů. Stejně tak jako u autismu se objevují nedostatky v komunikaci, ve společenských vztazích a v představitosti. Tito lidé nerozumí neverbální komunikaci, mluví plynule, avšak zcela nerozumí některým slovním obrátům. Lidé s tímto onemocněním bývají posedlí svým koníčkem. Nemusí u nich být přidružené mentální postižení. Mimo to lidé se zmíněným onemocněním vyžadují neustále rutinní činnosti.¹²

- *Downův syndrom*

Syndrom je soubor společně se projevujícími příznaky. Downův syndrom vzniká, pokud dojde k abnormálnímu vývoji plodu. Zmíněný syndrom je pojmenován podle člověka, který jej objevil jako první, byl jím J. L. Down. Dříve byli tito jedinci označováni za mongoloidní. Tento výraz se používal kvůli podobnosti obličejových rysů s Asiaty.¹³

¹⁰ RICHMAN, Shira a Miroslava JELÍNKOVÁ. *Výchova dětí s autismem: aplikovaná behaviorální analýza*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2006, 127 s. Speciální pedagogika (Portál). ISBN 80-736-7102-6.

¹¹ HRDLIČKA, Michal a Vladimír KOMÁREK. *Dětský autismus*. 1. vyd. Praha: Portál, 2004, 208 s. ISBN 80-7178-813-9.

¹² HOWLIN, Patricia a Miroslava JELÍNKOVÁ. *Autismus u dospívajících a dospělých: cesta k soběstačnosti*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2005, 295 s. Speciální pedagogika (Portál). ISBN 80-736-7041-0.

¹³ SELIKOWITZ, Mark. *Downův syndrom*. 1. vyd. Praha: Portál, 2005, 197 s. ISBN 80-7178-973-9.

Jedinci s tímto onemocněním mají o jeden chromozom navíc, jedná se o vrozenou vadu. Z hlediska rodičovství jsou rizikovou skupinou rodiče, kteří mají sami chromozomální poruchu, narodilo se jim již jedno dítě s Downovým syndromem nebo se jedná o rodičky starší 35 let se srdečním onemocněním. Jedinci s touto poruchou mají své charakteristické znaky, do nichž se řadí menší hlava, ploché rysy obličeje, šikmá víčka a malé rty. Lidé s tímto onemocněním mají kratší mohutný krk a kratší jsou také končetiny. Vzdělání mnou zmíněné skupiny jedinců je zpomalené. Chůze lidí s Downovým syndromem bývá kolébavá a jejich kroky jsou kratší oproti průměru. Lidé s Downovým syndromem mívají často smyslové vady, kterými bývají nejčastěji vady očí. Častý je také výskyt srdečních onemocnění a také u těchto lidí bývá snižená obranyschopnost organismu, což způsobuje častá infekční onemocnění.¹⁴

V prvních pěti letech probíhá vývoj u dětí s Downovým syndromem obdobně jako u zdravých dětí, tempo je však přibližně poloviční. Tyto děti mají v prvních třech letech rychlejší duševní vývoj než motorický. Potřebují více času než zdravé děti na to, aby zareagovaly na podnět. Nepatrné přetížení je u dětí s Downovým syndromem velmi patrné.¹⁵

- *Dětská mozková obrna*

Jedná se o poruchu vývoje, která mění způsob držení těla, dále omezuje aktivitu dítěte v důsledku poškození mozku. Porucha hybnosti je doprovázena poruchou vnímání, chování a myšlení. Jedná se o trvalé poškození projevující se u dítěte opožděným vývojem dovedností, dále poruchou chůze a ochablostí či ztuhlostí svalů.

Příčiny mohou být jak prenatální, perinatální i postnatální. Do prenatálních příčin bychom zařadili infekční onemocnění matky v době těhotenství. Perinatální příčinou bývá obvykle předčasný porod. Jako příčinu postnatální bychom mohli označit infekční onemocnění mozku.

¹⁴Downův syndrom: Typické znaky Downova syndromu. [online]. 2009 [cit. 2013-01-19]. Dostupné z: <http://www.downsyndrom.cz/typicke-znaky-downova-syndromu/>

¹⁵KLUB DOWNOVA SYNDROMU. *Sdružení pro pomoc mentálně postiženým: Čtení nejen pro rodiče*. Jablonec nad Nisou:SPMP, 1998, 32 s. bez ISBN.

Nejčastěji se jedná o spastickou formu, ta může být jak jednostranná tak oboustranná. Dále se vyskytuje forma dyskinetická, ataktická a malá část dětských mozkových obrn spadá pod ostatní formy.¹⁶

1.1.3 Služby pro děti s mentálním postižením

Pro rodiče existuje několik variant péče o jejich dítě, kterými se zabývá následující zákon o sociálních službách.

Zákon o sociálních službách 108/2006 Sb.

§44 Odlehčovací služby

- (1) „Odelehčovací služby jsou terénní, ambulantní nebo pobytové služby poskytované osobám, které mají sníženou soběstačnost z důvodu věku, chronického onemocnění nebo zdravotního postižení, o které je jinak pečováno v jejich přirozeném sociálním prostředí, cílem služby je umožnit pečující fyzické osobě nezbytný odpočinek.“
- (2) „Služba podle odstavce 1 obsahuje tyto základní činnosti:
 - a) pomoc při zvládnání běžných úkonů péče o vlastní osobu
 - b) pomoc při osobní hygieně nebo poskytnutí podmínek pro osobní hygienu
 - c) poskytnutí stravy nebo pomoc při zajištění stravy
 - d) poskytnutí ubytování v případě pobytové služby
 - e) zprostředkování kontaktu se společenským prostředím
 - f) sociálně terapeutické činnosti
 - g) pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí
 - h) výchovné, vzdělávací a aktivizační činnosti“¹⁷

¹⁶Dětská mozková obrna: o DMO. [online]. 2012 [cit. 2013-01-19]. Dostupné z: <http://www.dmo.cz/home/formy-dmo>

¹⁷KOZLOVÁ, Lucie. *Sociální služby*. Vyd. 1. v Praze: Triton, 2005, 79 s. ISBN 80-725-4662-7.

§46 Denní stacionáře

- (1) „V denních stacionářích se poskytují ambulantní služby osobám, které mají sníženou soběstačnost z důvodu věku nebo zdravotního postižení, a osobám s chronickým duševním onemocněním, jejichž situace vyžaduje pravidelnou pomoc jiné fyzické osoby.“
- (2) „Služba podle odstavce 1 obsahuje tyto základní činnosti:
 - a) pomoc při zvládnání běžných úkonů péče o vlastní osobu
 - b) pomoc při osobní hygieně nebo poskytnutí podmínek pro osobní hygienu
 - c) poskytnutí stravy
 - d) výchovné, vzdělávací a aktivizační činnosti
 - e) zprostředkování kontaktu se společenským prostředím
 - f) sociálně terapeutické činnosti
 - g) pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí“¹⁸

§47 Týdenní stacionář

Zahrnuje téže činnosti jako denní stacionář s možností ubytování.¹⁹

§48 Domovy pro osoby se zdravotním postižením

- (1) „V domovech pro osoby se zdravotním postižením se poskytují pobytové služby osobám, které mají sníženou soběstačnost z důvodu zdravotního postižení, jejichž situace vyžaduje pravidelnou pomoc jiné fyzické osoby.“
- (2) „Služba podle odstavce 1 obsahuje tyto základní činnosti:
 - a) poskytnutí ubytování
 - b) poskytnutí stravy
 - c) pomoc při zvládnání běžných úkonů péče o vlastní osobu

¹⁸KAHOUN, Vilém. *Sociální zabezpečení: vybrané kapitoly*. Vyd. 1. Praha: Triton, 2009, 445 s. ISBN 978-807-3873-462.

¹⁹MPSV. *Stručný průvodce zákonem o sociálních službách*. Praha, 2006. Dostupné z: <http://www.mpsv.cz/files/clanky/3222/zlom170x170web.pdf>.

- d) pomoc při osobní hygieně nebo poskytnutí podmínek pro osobní hygienu
- e) výchovné, vzdělávací a aktivizační činnosti
- f) zprostředkování kontaktu se společenským prostředím
- g) sociálně terapeutické činnosti
- h) pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí“

§51 Chráněné bydlení

- (1) „Chráněné bydlení je pobytová služba poskytovaná osobám, které mají sníženou soběstačnost z důvodu zdravotního postižení nebo chronického onemocnění, včetně duševního onemocnění, jejichž situace vyžaduje pomoc jiné fyzické osoby. Chráněné bydlení má formu skupinového, popřípadě individuálního bydlení.“
- (2) „Služba podle odstavce 1 obsahuje tyto základní činnosti:
 - a) poskytnutí stravy nebo pomoc při zajištění stravy
 - b) poskytnutí ubytování
 - c) pomoc při zajištění chodu domácnosti
 - d) výchovné, vzdělávací a aktivizační činnosti
 - e) zprostředkování kontaktu se společenským prostředím
 - f) sociálně terapeutické činnosti
 - g) pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí“²⁰

Mentálně postižené děti vyrůstají v rozdílných rodinách, jimiž se zabývá další kapitola.

²⁰MPSV. *Sociální služby a příspěvek na péči*. Praha, 2009. Dostupné z:http://www.mpsv.cz/files/clanky/7174/Socialni_sluzby_a_prispevek_na_peci.pdf.

1.2 Rodina

„Rodina je společenská skupina spojená manželstvím nebo pokrevními vztahy a odpovědností a vzájemnou pomocí.“ Další definice zní následovně. „Rodina je biopsychosociální skupina, která vzniká ze dvou členů odlišného pohlaví, mezi kterými neexistují pokrevní pouta, a z jejich dětí.“²¹

Gavrilová uvádí, že rodinu lze chápat jako sociální subjekt, který je typický přírodními, biologickými, sociálními a společenskými aspekty. Rodina je institucí, kde vnitřní vztahy plní potřeby skupiny i společnosti. Pro rodinu je důležité množství vztahů v rodině a interakcí mezi jednotlivými členy rodiny. Dle Langmeiera a Langmeierové je rodina systémem mezilidských vztahů, které se neustále mění, přestože jsou relativně trvalé. V rámci rodiny se uspokojují psychologické a biologické potřeby rodiny.²²

1.2.1 Funkce rodiny

Biologicko-reprodukční – Princip této funkce tkví v tom, že rodiče mají plodit děti.

Ekonomicko-zabezpečovací – Smyslem této funkce je, aby bylo dítě ekonomicky zabezpečeno dle možností rodičů. Tato funkce by neměla být výraznější než následující emocionální funkce.

Emocionální funkce – Tato funkce slouží k tomu, aby bylo dítě zahrnuto láskou. Tato láska má však své hranice, pomocí této funkce by se měla vnést do života dítěte jistota.

Socializačně výchovná – Prostřednictvím této funkce se děti připravují na své fungování ve společnosti.²³

²¹PRŮCHA, Jan. *Dětská řeč a komunikace: poznatky vývojové psycholingvistiky*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2011, 199 s. ISBN 978-80-247-3603-7.

²²OLIVERIUS, Rudolf. *Psychologické problémy rodiny a rodinných vztahů*. Praha: Státní pedagogické nakladatelství, 1989. ISBN 80-7066-038-4.

²³PRŮCHA, Jan. *Dětská řeč a komunikace: poznatky vývojové psycholingvistiky*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2011, 199 s. ISBN 978-80-247-3603-7.

1.2.2 Typologie rodiny

- *Rodiny s jedním rodičem*

Tyto rodiny tvoří zejména matky s dítětem. Osamělost matek je z důvodu rozvodu, rozchodu či ovdovění. V poslední době dochází k nárůstu počtu matek, které s otcem nepočítají pro dlouhodobý vztah a cíleně chtějí zůstat svobodné.

- *Nukleární rodina*

Jedná se o rodinu, kterou tvoří oba rodiče spolu s dítětem. Tato rodina je založená zejména na jednotném jednání. Tato jednotnost přináší dítěti pocit jistoty. Přibližně do 5 let je dítě zcela odkázané na názor jeho rodičů. Nejednotný názor může vyvolat v dítěti úzkostlivost. Někdy je vytvořena mezi rodičem a dítětem koalice. Tato situace znevýhodňuje jednoho z rodičů.

- *Bezdětná rodina*

Z důvodu zaměření této práce na rodiny s dětmi, tento druh rodiny dále nespecifikuji.²⁴

1.2.3 Rodinné role

- *Matka*

Matka přináší do vzájemného soužití dar, kterým je přijetí dítěte. Některé ženy přijímají dítě, aniž by znaly jeho vlastnosti ihned po narození a jiným matkám trvá toto přijetí delší dobu. Čas přijetí dítěte je ovlivněn mnoha okolnostmi. Dítě může být odlišné, než si matka představuje, přesto by nemělo být limitováno a mělo by být přijato. Matka do společného soužití přináší také lásku. To znamená, že dítě miluje, bez ohledu na to, co se stalo. Matka představuje pro dítě jistotu. Dítě si uvědomuje, co má zakázáno a co naopak dovoleno. Matka dítě ochraňuje, ovšem nebrání v poznání nástrah. Dítě by mělo být ze strany matky také navigováno tak, aby vědělo, co má dělat, pokud nebude matka přítomna. Mezi matkou a dítětem je velmi důležitá komunikace.

²⁴SOBOTKOVÁ, Irena. *Psychologie rodiny: poznatky vývojové psycholingvistiky*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2001, 173 s. Psyché (Grada). ISBN 80-717-8559-8.

Matka by s dítětem měla hovořit i o nepříjemných tématech, aby dítě nemělo zbytečné obavy. Dítě přejímá ženskou roli do svého života, byť si to mnohdy neuvědomuje.²⁵

- *Otec*

Otec dítěti věnuje tytéž dary jako matka, ovšem jeho přínos tkví také v jiných oblastech života. Především s dítětem netráví tolik času, jako matka vzhledem k tomu, že je pracovně zaneprázdněn. Otec věnuje dítěti svůj aktivní i pasivní čas. Dítě si z otcova chování také bere vzor pro svůj budoucí život. Otec poskytuje rodině ochranu, což také znamená, že je rozhodný. Poskytuje samozřejmě také lásku, oproti matce je láska však razantnější. Razantnost lze chápat tak, že dítě si může být jisté v tom, co otec řekl. Otec s dítětem komunikuje jiným způsobem než matka. Dítě ve světě určitým způsobem naviguje. Role otce také modifikuje u dívky model, podle kterého si vybírá partnera. Otec zajišťuje matce oporu a podporu. Matku by měl podpořit v jejím názoru, což by mělo fungovat i obráceně. Otec by měl pracovat na budování vztahu s dítětem i matkou. Rodiče by se měli navzájem respektovat.²⁶

- *Dítě*

Příchod dítěte do rodiny je spojen s pocitem radosti. Rodičům také dítě přináší možnost vzájemně se o někoho starat. Mimo jiné slouží také k osobnímu růstu rodičů, jelikož se rodiče mohou zamyslet a změnit svůj názor. Dítě se také rodičům postará o náplň času. Rodiče narozením dítěte získávají větší odpovědnost a také získávají prostřednictvím dítěte nové postřehy. Rodičům dává dítě pocit naplnění a blízkosti.²⁷

- *Širší rodina*

Do širší rodiny spadají babičky, dědové, strýcové, tety a ostatní příbuzenstvo. Tito členové rodiny zajišťují pocit pospolitosti. Můžeme se s nimi podělit o své starosti i radosti. Mezi členy širší rodiny by měl být vztah založen na vzájemnosti. Neměli

²⁵ ŠPAŇHELOVÁ, Ilona. *Dítě a rozvod rodičů: poznatky vývojové psycholingvistiky*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2010, 173 s. Pro rodiče. ISBN 978-80-247-3181-0.

²⁶ TAMTÉŽ

²⁷ TAMTÉŽ

bychom se bát požádat je o pomoc. S pomocí širší rodiny si můžeme vyměňovat zkušenosti. Děje se tak především ze strany prarodičů k vnoučatům.²⁸

1.2.4 Sourozenecké konstelace

- *Prvorozené dítě*

Tyto děti usilují většinou o to, aby byly zodpovědné a spolehlivé. Bývají vychovávány přísněji než další děti. Jsou také často zvyklé na to, že jsou středem pozornosti. Někdy mají potřebu pečovat o druhé. Prvorození mívají vysoké cíle a neradi prohrávají. Pro tyto děti bývá těžké vyrovnat se s narozením sourozence, jelikož na něj žárlí.

- *Druhé dítě*

Mnoho rodičů by chtělo mít dvě děti, a to jednoho chlapce a jednu dívku. Pokud je chlapec starší, tak si užívá ochrannou roli. Mladší dívka je naopak ráda, když má svého ochránitele. Starší dívka se naopak vžije do role druhé matky. Vzhledem k tomu, že má každé dítě své hračky, tak nejsou příliš časté střety. Nevýhodou se může stát, že každé z dětí vyrůstá ve svém světě. Mladší dítě často se starším soupeří a chce se mu vyrovnat.

- *Prostřední dítě*

Toto dítě se může cítit mezi benjamínkem a starším sourozencem stísněně. Rodiče mají mnohdy na prostřední dítě nejméně času. Z tohoto důvodu může hledat pozornost jinde. V pubertě se proto lehce může ocitnout v rizikové skupině. Toto dítě umí dobře vyjednávat, protože již zjistilo, že svět se netočí jen kolem něj. Dítě nebývá soutěživé. Je ovšem spolehlivé.

- *Nejmladší dítě*

Tyto děti bývají hravé, srdečné a roztomilé. Rodiče těchto dětí často na úspěchy jejich mladších potomků již nereagují. Mladší dítě se předvádí a snaží na sebe strhnout

²⁸ŠPAŇHELOVÁ, Ilona. *Dítě a rozvod rodičů: poznatky vývojové psycholingvistiky*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2010, 173 s. Pro rodiče. ISBN 978-80-247-3181-0.

pozornost. Rodiče již nebývají tolik přísní. Nejmladší dítě se může stát nezodpovědným. Ostatní sourozenci v něm mohou spatřovat pořád malé dítě.

- *Jedináček*

Toto dítě má mnoho společných rysů s nejmladším. Bývá pro ně obtížné se o něco dělit. Vyžadují od rodičů mnoho pozornosti. Z důvodu nadměrné péče mohou mít snížené sebehodnocení. Tuto zkušenost mají nejčastěji děti, na které rodiče dlouho čekali. Rodiče, kteří se snaží dětem od útlého věku vnést určitý řád a mají na dítě přemrštěné požadavky, mohou z dítěte vychovat perfekcionista. Tento člověk netoleruje chyby druhých ani chyby své. Jedináčci se velmi brzy chovají jako dospělí. S vrstevníky nevyhází příliš dobře. Na druhou stranu mohou na sebe brát tyto děti příliš velkou zodpovědnost a řešit za druhé problémy.²⁹

1.2.5 Styly výchovy

- *Autoritativní styl*

Tato výchova využívá psychické i fyzické tresty. Je založena na autoritě. Touto výchovou je zapříčiněno nízké sebevědomí a submisivní postoj vůči autoritě. Pokud rodiče vychovávají na základě testů a odměn, má dítě potřebu jim své příkoří nějak vrátit anebo vyžaduje za vše, co udělalo nějakou odměnu.

- *Liberální styl*

Tento styl výchovy nestaví dětem žádné mantinely. Děti se nezapojují do chodu domácnosti. Pokud rodič od dítěte chce nějakou pomoc, musí se dítěti zavděčit. Dítě očekává, že se mu všichni přizpůsobí. Je v životě zmatené a nedokáže spolupracovat.

- *Demokratický styl výchovy*

Principem této výchovy je povzbuzování, rodič se vyhýbá kritice. Dalším pilířem této výchovy je respektující komunikace. Dítě může vyjádřit svůj názor. Rodič přiznává

²⁹ČAPEK, Jan a Markéta ČAPKOVÁ. *Pozitivní výchova sourozenců v rodině*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2010, 115 s. Rádcí pro rodiče a vychovatele. ISBN 978-80-7367-779-4.

skutečnost, že také on může chybovat. Učí se řešit problém bez pomoci rodiče. Dítě by mělo domýšlet následky svého chování. Tím se stává autonomním. Děti se učí tomu, že mají svobodu do určité míry omezenou svobodou druhých lidí. Rodič získá u dítěte autoritu, jen pokud sám půjde příkladem.³⁰

1.3 Rodina s mentálně postiženým dítětem

V České republice je přibližně 50 až 60 tisíc rodin, které pečují o zdravotně postižené dítě, a 20 tisíc rodin z tohoto počtu pečuje o dítě s těžkým mentálním postižením. Tyto rodiny nejsou uniformní. Proto zde dochází k celé řadě problémů. Zmíněné rodiny mají specifické problémy a význam pomáhajícího pracovníka tkví zejména v řešení těchto potíží. Je nutné vztahy v rodině posilovat, jelikož v těchto rodinách dochází častěji k vyhoření. Některé rodiny se i nadále věnují společenskému životu. Řada rodin se však soustředí pouze na svůj život. V rodinách s mentálním postižením dítěte je nejčastěji zastoupen model tradiční rodiny, kdy je matka pečující osobou a otec zajišťuje rodinu ekonomicky. Postupně v těchto rodinách proto může docházet k odcizení otce či izolaci matky, což nemusí být na první pohled zřejmé. Procesu izolace či odcizení lze předejít výměnou rolí. Mnoho matek totiž závidí otcům možnost seberealizace a domácí práce se jim jeví jako jednotvárné.³¹

Jakákoliv závažná nemoc ovlivní určitým způsobem chod celé rodiny. To znamená, že se mění role, vztahy, hodnoty i normy zasažené rodiny. Nemoc je zátěží a problémem, který se rodina snaží zvládnout. Rodina se v této situaci přestává zajímat o banální problémy. Tato zátěž vede buď k posílení rodiny anebo k jejímu rozpadu. Rodina se stává jedinou sociální skupinou, která umožní integraci a emoční podporu.³²

³⁰ČAPEK, Jan a Markéta ČAPKOVÁ. *Pozitivní výchova sourozenců v rodině*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2010, 115 s. Rádcí pro rodiče a vychovatele. ISBN 978-80-7367-779-4.

³¹JAN MICHALÍK. *Šance dětem: Rodina a dítě se zdravotním postižením* [online]. 2013 [cit. 2013-03-22]. Dostupné z: <http://www.sancedetem.cz/cs/hledam-pomoc/deti-se-zdravotnim-postizenim/rodina-dite-se-zdravotnim-postizenim/rodina-a-dite-se-zdravotnim-postizenim.shtml>.

³²VÁGNEROVÁ, Marie. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. Vyd. 5., rozš. a přeprac. Praha: Portál,

Rodina si uvědomuje, že dítě nenaplní rodičovské ambice. Je si vědomá také toho, že oproti zdravému vrstevníkovi bude vývoj dítěte zpomalen. Je si také vědoma toho, že soužití s ním bude těžké. Traumatizace je přítomna zejména ze strany matky. Tato traumatizace je psychoanalyticky nazývána narcistické trauma. Tento prožitek je přirovnatelný s traumatem, které způsobilo zohyzdění. Matka považuje na pomyslných váhách kvality svých dětí se svými kvalitami. Tuto skutečnost si mnohdy neuvědomuje. Matka se cítí kvůli tomu, že má takovým způsobem handicapované dítě sama nedokonalá. Obranou reakcí může být přenesení důvodu postižení na jiného původce. Toto přenesení jí může způsobit úlevu. Zjištění mentální retardace u dítěte je přímo úměrné smrti člena rodiny.

Diagnóza mentální retardace je obtížněji zpracovatelná pro vzdělané rodiče. Tito rodiče také častěji umisťují dítě do domova pro osoby zdravotně postižené. Tyto rodiny mají tendence handicap před sociálním okolím tajit. Matky s nižším vzděláním se na dítě s postižením zaměřují a mohou zanedbávat ostatní děti i partnera. U otců těchto dětí je nejčastěji situace řešena rozvodem.

Rodiče se musí rozhodnout, zda dítě zůstane v domácí péči nebo bude umístěno do již zmíněného domova pro osoby zdravotně postižené. Obě dvě varianty mohou být pro matku traumatem. V případě ponechání si dítěte v domácí péči, bude matčina profesní dráha ohrožena. Pokud se rozhodne pro umístění do domova pro osoby zdravotně postižené, je matka také traumatizována.³³

1.3.1 Péče o mentálně postižené dítě v rodině

Pro mentálně postižené dítě je důležité stejně tak pro jakékoliv jiné dítě, aby vyrůstalo v klidném prostředí. Aby se rodiče radovali ze života a byli vyrovnaní. I když je to beze sporu velmi těžké. Ovšem je to důležité proto, aby dítě bylo v rámci svého postižení v dobré psychické kondici. Rodina by si měla navzájem pomáhat, být

³³ 2012, 870 s. ISBN 978-802-6202-257.
ich.

), sv. 3. ISBN 80-901-4247-8.

vůči sobě solidární a trpělivá. Jednotlivé fáze vyrovnávání se s traumatem totiž u každého z členů rodiny trvají různě dlouho. Rodiče by měli přijmout své dítě stejně tak jako sami sebe. Rodič by se neměl za handicap dítěte stydět a nějakým způsobem jej zastírat. Úloha rodiče spočívá v tom, že zajišťuje dítěti šťastný život, což je mimořádné osobní a společenské hrdinství. Rodič by se neměl bát získávat informace od odborníků. Je to jistě prospěšnější než se obrátit na své známé. Není ku prospěchu věci čekat na zázraky a vyvíjet zbytečnou energii, čas a finance. Lepší variantou je věnovat se rehabilitaci. Informace lze také získat prostřednictvím sdružení pro pomoc mentálně postižených. Péče o dítě by se měla hned od počátku v rodině rozdělovat. Pokud je přenechána veškerá péče na bedrech jednoho člena rodiny, hrozí jeho vyčerpání a v této situaci je již pozdě na přerozdělování rolí. Pokud je dítě svěřeno do péče starší osoby, může být organismus ještě rychleji vyčerpán. Často se stává, že je dítě svěřeno do péče prarodiče, jelikož má více času se mu věnovat. Část dne by měl rodič, který je více do výchovného procesu zainteresován, věnovat jiné činnosti. Dovolenu by měl čerpat minimálně jednou optimálně dvakrát za rok. Dovolená by měla trvat dva, tři, nejlépe čtyři týdny. Velmi účinný je z hlediska duševní hygieny pobyt v lázních bez dítěte. Rodina by tuto samozřejmost měla pečujícímu členu rodiny poskytnout. K dalším opatřením patří zajištění náhradní pečující osoby v případě onemocnění hlavní pečující osoby.

Tato situace by měla být chápána jako životní úkol. Rodič by se neměl uzavřít sám do sebe, nýbrž by měl být aktivní. Pečující rodič by neměl mít obavy požádat dalšího člena rodiny o pomoc. Péče o dítě není jen mužskou záležitostí. Otcové mentálně postižených dětí rádi vyrábějí užitečné pomůcky.³⁴

Identita rodičů je po narození dítěte s mentálním postižením narušena. Jinak se rodiče vyrovnávají s diagnózou mentálního postižení než s diagnózou sluchového či jiného handicapu. Rodičovské ideály a ambice nejsou naplněny,

³⁴MATĚJČEK, Zdeněk a Markéta ČAPKOVÁ. *Rodičům dětí s vážnějším mentálním postižením*. 2., upr. vyd. Praha: Nakladatelství České geografické společnosti, 2000, 15 s. Rádci pro rodiče a vychovatele. ISBN 80-707-1147-7.

což může do hloubi zasáhnout osobnost rodiče. Splnění výchovného úkolu rodiče mentálně handicapovaného dítěte lze pojmut z hlediska psychologie jako hrdinství.³⁵

1.3.2 Faktory ovlivňující vztah v rodině k dítěti s mentálním postižením

Tyto faktory lze rozdělit z hlediska věku rodičů, počtu dětí v rodině a zkušeností s krizovými situacemi v rodině.

- *Věk rodičů*

Mladým rodičům do 20 let chybí životní zkušenosti. Narození dítěte s mentálním postižením pro ně znamená první závažnou krizovou situaci. Oproti tomu starší rodiče ve věku nad 55 let se vyznačují povolnou výchovou. Hůře se adaptují a nadměrně se soustředí na dítě s postižením.

- *Rodinné konstelace*

Pokud je v rodině pouze jedno dítě a to dítě s mentálním postižením, mívají rodiče sklon k popření nevy léčitelnosti nemoci a přílišně na dítě soustředí veškerou pozornost. Pakli-že je v rodině jedno dítě s mentálním postižením a jedno dítě zdravé, tak se rodiče svou péčí zaměřují na dítě s postižením a zdravé dítě tak může mít z nedostatku péče psychologické problémy. Pokud je v rodině s dítětem s mentálním postižením více zdravých sourozenců, tak se rodiče s touto skutečností lépe vyrovnají.

- *Zkušenosti rodiny*

Jestliže rodina již nějakou krizovou situaci zažila, bude mít kvalitnější vyrovnávací schopnosti. V neposlední řadě také záleží na tom, zda je partnerský vztah fungující a zda jsou oba partneři kompetentní.³⁶

³⁵MATĚJČEK, Zdeněk. *Dítě a rodina v psychologickém poradenství*. 1. vyd. Praha: Státní pedagogické nakladatelství, 1992, 223 s. ISBN 80-04-25236-2.

³⁶MATĚJČEK Z., Dytrych Z. *Jak a proč nás trápí děti*. Praha: Grada, 1997. bez ISBN

1.3.3 Pozitivní faktory v péči rodiny o dítě s mentálním postižením

V rodině by se mělo otevřeně komunikovat nejen o onemocnění ale také o událostech mimo rodinu. Pokud je v rodině více sourozenců, tak zdraví sourozenci dítě s mentálním postižením motivují a rodina se nesoustředí pouze na dítě s postižením. Optimální je, pokud v rodině panuje uvolněná atmosféra a do péče se aktivně zapojí oba rodiče. Nemocné dítě by se mělo rodinou zapojovat do všech rodinných aktivit. Rodina by se neměla uzavírat před okolním sociálním děním, pořádat výlety, navštěvovat divadla. Rodina by měla pěstovat společné zájmy, stejně tak by měla podporovat individuální zájmy členů rodiny. Rodinné zážitky mají vliv na soudržnost rodiny a atmosféru v rodině. Pokud to situace umožňuje, je prospěšné, pokud pečující člen rodiny pracuje alespoň na částečný úvazek, pozitivně to ovlivní jeho duševní zdraví a dítě je vedeno k samostatnosti. Pokud rodiče prožili šťastné dětství a mají vyváženou zodpovědnost v péči o dítě, tak budou vztahy v rodině také pozitivně ovlivněny. Rodina by měla důvěřovat lékařům, mít stabilní hodnotový systém a navazovat vztahy s rodinami, které mají obdobné problémy.³⁷

1.3.4 Náročnost péče o dítě s mentálním postižením v rodině

- *Finanční náročnost*

Péče o dítě s mentálním handicapem je společností nedoceňovaná. Péče o dítě se specifickým postižením je náročná nejen psychicky ale také z důvodů finančních. Nejčastěji je v těchto rodinách péče zajišťována tím způsobem, že se jeden z rodičů vzdá svého zaměstnání a zůstane s dítětem doma. Pro úplné rodiny s průměrným příjmem je tato strategie velmi zatěžující. Pokud se rodiče rozvedli, tak je tato situace ještě složitější. Pokud chce některý z rodičů pracovat na částečný úvazek, je toto řešení obtížné, jelikož pracovní nabídka je velmi omezená. Vyloučení z pracovního trhu ovlivní sebehodnocení i vztahy partnerů. Nedostatek finančních

³⁷MATĚJČEK Z., Dytrych Z. *Jak a proč nás trápí děti*. Praha: Grada, 1997. bez ISBN

prostředků negativně ovlivňuje i volný čas hlavní pečující osoby. Rodič také nemůže dostatečně zdravého sourozence finančně podporovat.

- *Prostorová náročnost*

Vzhledem k tomu, že dítě s mentálním postižením mívá i přidružená pohybová omezení, tak je potřebné, aby byly bytové prostory bezbariérové a aby dítě mělo svůj vyhraněný prostor. V naší zemi je běžným standardem byt 2+1 v nájmu, což neumožňuje jakoukoliv přestavbu. Tento faktor u rodiče způsobuje únavu a vyčerpání.

- *Časová náročnost*

Rodič pečující o dítě s postižením věnuje činnostem v domácnosti více hodin, než by odpracoval v běžném zaměstnání.³⁸

1.3.5 Sourozenci dětí s mentálním postižením

Sourozenci si mezi sebou vytváří zvláštní vztah, který může trvat po celý život. Vztah sourozenců, z nichž jeden má mentální postižení, může být stejně kvalitní jakou zdravých sourozenců. Vztah sourozenců může ovlivnit rozvod rodičů ale také i kulturní rozdíly. Zdraví sourozenci mohou pociťovat některé nepříjemné pocity, které jsou jim společné. U zdravých sourozenců se objevují obavy, jaká bude budoucnost poté, co zemřou rodiče. Některé děti cítí vinu, za to, že samy nejsou postiženy. Nemocný sourozenec se do jisté míry liší svým vzhledem, a proto se mu mohou vyhýbat a z této obavy si také domů nezvat kamarády. Zdravé děti se mohou obávat, že se u nich handicap rozvine v pozdějším věku. Tito sourozenci se cítí být se svými problémy sami. Snaží se být úspěšnější, aby rodičům sourozencův handicap vynahradili. Péče o sourozence je pro ně zatěžující a chybí jim informace o mentálním postižení.³⁹

³⁸Rodiny postižených dětí: Náročnost péče o dítě se zdravotním postižením. [online]. 2012 [cit. 2013-01-22]. Dostupné z: [http://rodiny-postizenich-deti.webnode.cz/narocnost-pece-o-dite-se-zdravotnim-postizenim-/](http://rodiny-postizenich-deti.webnode.cz/narocnost-pece-o-dite-se-zdravotnim-postizenim/)

³⁹MEYER D. J. A VADASY P.F. *"Sibshops: Workshops for Brothers and Sisters of Children with Special Needs"*. 1. vyd. Baltimore: Paul H. Brookes Publishing Co., Inc., 1994. bez ISBN.

Zdraví sourozenci mohou pociťovat po narození mentálně postiženého sourozence pocity méněcennosti a hanby. Tyto pocity mohou zapříčinit, že se sourozenec projevuje nevhodným způsobem. Zdravý sourozenec se může cítit oproti nemocnému nespravedlivě znevýhodněn. Rodiče by neměli zapomínat na přirozené soupeření mezi sourozenci. Může také docházet k nevědomému odsunutí zdravých sourozenců. Rodiče na ně nemají dostatek času a energie, očekávají zralejší chování, než odpovídá věku, očekávají spolupráci na společném úkolu a vymezují sourozenci roli garanta péče. Varovnými signály u zdravých sourozenců může být agrese, špatné školní výsledky, poruchy spánku, krádeže a jiné. Může se jednat o aktuální pocity žárlivosti, ale také to může značit, že vyrovnání se s okolnostmi nestačí silám zdravého sourozence. Zdravý sourozenec může nést stigma rodiny⁴⁰

Zdravý sourozenec by měl dostatek času trávit v prostředí zdravých dětí, to platí zejména u malých dětí. Rodiče dětí s těžším mentálním postižením postupně omezují kontakty s rodiči zdravých dětí. Pripadá jim zbytečné mluvit s nimi o běžných problémech, protože nemají tušení, co skutečný problém je.⁴¹

- *Pozitivní vliv postižení na zdravého sourozence*

Zdraví sourozenci bývají odpovědnější, dospělejší, sebejistější, trpělivější a nezávislejší. Mezi jejich vlastnosti dále patří altruismus a zaměřují se na humanitární práci. Důležitou životní hodnotou je pro ně rodinný život. Mají taktéž vůdcovské vlastnosti. Společný život s nemocným sourozencem může zdravého sourozence podnítit k tomu, aby se více rozvíjel a rozuměl lidským problémům.⁴²

⁴⁰HELENA KOČOVÁ. *Šance dětem: Rodina dítěte s tělesným postižením* [online]. 2013 [cit. 2013-03-23]. Dostupné z: <http://www.sancedetem.cz/cs/hledam-pomoc/deti-se-zdravotnim-postizenim/rodina-ditete-s-telesnym-postizenim.shtml>.

⁴¹JAN MICHALÍK. *Šance dětem: V rodině není pouze nemocné dítě* [online]. 2013 [cit. 2013-03-22]. Dostupné z <http://www.sancedetem.cz/cs/uhledam-pomoc/deti-se-zdravotnim-postizenim/rodina-ditete-se-zdravotnim-postizenim/v-rodine-neni-pouze-nemocne-dite.shtml>.

⁴²LOBATO, D. J. *Brothers, Sisters, and Special Needs: Information and Activities for Helping Young Siblings of Children with Chronic Illnesses and Developmental Disabilities.*". 1. vyd. Baltimore: Paul H. Brookes Publishing Co., Inc., 1990. bez ISBN

1.4 Rodinná odolnost

Schopnost rodiny překonat krizi je odborně nazývána resiliencí. Rodina je resilientní, pokud si udržuje své vzorce fungování i v krizové situaci. Antonymum pro resilienci je zranitelnost. Individuální resilience zahrnuje tři skupiny protektivních faktorů. Pojem resilience je širší než odolnost vůči stresu. Resilience rodiny může vést k rozvoji osobnosti členů rodiny a k přehodnocení priorit v krizové situaci. Rodinné vztahy se v těžkých obdobích mohou stát intenzivnějšími. U rodin, kde je největším stresorem onemocnění dítěte, je tendence k polarizaci. To znamená, že rodina se může semknout anebo naopak se může partnerský vztah zhroutit.

Rodiny nemusí být resilientní ve všech oblastech. Změna zdravotního stavu člena rodiny a s tím související péče o člena rodiny může pro rodinu znamenat takovou zátěž, že přestává být resilientní, přestože do té doby resilientní byla. Bylo prokázáno, že většina rodin, které musejí čelit náročným životním okolnostem je resilientní.

Na resilienci rodiny existují dva názory. Jeden uvádí, že každá rodina, která čelí běžné zátěži je resilientní a opačný názor tvrdí, že rodina musí být vystavena nepříznivým podmínkám, aby se mohla označit za resilientní.⁴³

- *Protektivní faktory ve vývoji jedince*

Odolné děti jsou v útlém věku mazlivé, aktivní, milé a lehce se přizpůsobí. V předškolním věku si umí říci o pomoc a jsou samostatné. V mladším školním věku záleží na tom, jak dítě komunikuje, zda se věnuje nějakému koníčku a o mnohém vypovídá také, pokud dítě navazuje přátelské vztahy.

- *Protektivní faktory v rodině*

Dítě, které je resilientní, tak se vyznačuje tím, že má úzký emocionálně založený vztah ke kompetentní osobě. U dítěte se tak vytvoří pocit důvěry a bezpečí. Pro odolné dítě je typické pečování o nemocného člena v rodině. V těžkých obdobích je pro rodinu také důležitá duchovní dimenze. Je prokázáno, že resilientní chlapci jsou vychováni v rodinách, kde funguje mužský model, se kterým se dítě identifikuje. Tato rodina

⁴³SOBOTKOVÁ, Irena. Psychologie rodiny. 2. přeprac. Vyd. Praha: Portál, 2007, 219 s. ISBN 978-807-3672-508.

je také specifická tím, že je zde kladen důraz na vyjadřování citů. Resilientní dívky pochází z rodin, kde je signifikantním znakem nezávislost. Tyto rodiny poskytují v ženské roli spolehlivou oporu. Výzkumy poukazují na resilienci dívek v dětství a chlapců v adolescenci.

- *Protektivní faktory ve společnosti*

Těmito faktory jsou sociální opora, mezi kterou můžeme řadit přátele, sousedy a také pozitivní životní vzory.⁴⁴

1.4.1 Koherence

Duševní i tělesné zdraví je dle výzkumu A. Aantonovského závislé při traumatických událostech na pocitu koherence. Osoba, které se přihodí nějaká krizová situace, považuje za smysluplný a srozumitelný. Člověk čelí události tváří tvář a nepovažuje se za objekt, proti kterému stojí okolnosti. Podle Johna Bowlbyho je základem koherence období prvních tří let života. Jestliže v této době byl navázán pevný vztah s matkou, tak bude člověk lépe zvládat krizové situace. Dle Henryho Krystala má člověk vrozen optimistický stav z raného dětství. Na základě tohoto poznatku jsme přesvědčeni o tom, že nás mají druzí lidé rádi a rádi nás vidí. Pokud dítěti funguje dobře vědomí já, kojeneček se cítí dokonale a posiluje se v něm pocit všemohoucnosti.⁴⁵

1.4.2 Coping strategie

Jedná se o strategie zvládnání zátěže. Zahrnout lze veškeré činnosti k využití zdrojů odolnosti. Jedná se jak o pasivní tak aktivní činnosti. Rodina může využít jak sociální zdroje, občanská sdružení, svépomocné organizace, tak i poradenské služby. Únik před problémem ani pasivita nejsou účinnými copingovými strategiemi. Copingové strategie jsou přímo úměrné funkčnosti rodiny.

⁴⁴WERNER, Emmy E a Ruth S SMITH. *Overcoming the odds: high risk children from birth to adulthood*. Ithaca: Cornell University Press, 1992, xiv, 280 p. ISBN 08-014-8018-3.

⁴⁵RUPPERT, Franz. *Trauma a rodinné konstelace: Duševní štěpení a jejich léčba*. 1. vyd. Praha: Portál, 2008, 240 s. ISBN 978-80-7367-367-3.

Důležité je, jakým způsobem rodina hodnotí nastalou situaci. Stresor může být vnímán konstruktivně (adaptivně) ale také maladaptivně jako nespravedlnost osudu.⁴⁶

Strategie zaměřené na problém – Jedná se o strategie, kdy usilujeme o změnu prostředí, analyzujeme problém a aktivně samostatně konáme.

Strategie zaměřené na emoce – Snažíme se ovlivňovat vlastní emocionální reakce, expresivně vyjádříme emoce nebo přijmeme či popřeme situaci. Patří sem i únikové reakce jako je denní snění, spánek a užívání alkoholu, drog.⁴⁷

1.5 Změny v rodině s dítětem s mentálním postižením

Rodina nemusí vždy projít všemi vyrovnávacími fázemi a může v nějakém období ustrnout, proto se mohou ve výchově těchto dětí vyskytovat některé odchylky.

- *hyperprotektivita* – Rodič preferuje nepřiměřeně ochrannářskou výchovu vůči dítěti a nevhodně stanovuje své požadavky vůči němu.
- *odmítání dítěte* – Rodič dítě nedokáže kvůli jeho handicapu přijmout.
- *přetrvávající vztek* – Rodič se nevyrovnal s traumatem, pociťuje vztek a stále hledá nositele viny.⁴⁸

Rodiny se po zpracování traumatu nově orientují, podle druhu orientace rozlišujeme čtyři typy.

- *rodina orientovaná na rodiče* – V této rodině se rodiče zaměřují na svou kariéru.
- *rodina orientovaná na děti* – Pro tuto rodinu je specifické, že matka zůstane doma, pečuje o děti a otec se věnuje kariéře.
- *rodina orientovaná na domov* – Veškeré šance a možnosti této rodiny jsou zaměřovány na děti.

⁴⁶SOBOTKOVÁ, Irena *Psychologie rodiny*. 2. přeprac. vyd. Praha: Portál, 2007, 219 s. ISBN 978-807-3672-508.

⁴⁷KŘIVOHLAVÝ, Jaroslav.: *Psychologie zdraví*. Praha, Portál, 2001

⁴⁸MATĚJČEK Z., Dytrych Z. *Jak a proč nás trápí děti*. Praha: Grada, 1997. bez ISBN

- *rodina bez orientace* – Tato rodina nemá svou vlastní filozofii, a proto je traumatem nejvíce zasažena.⁴⁹

1.5.1 Fáze vyrovnávání rodiny s traumatem

Rodina po sdělení diagnózy u jejich dítěte prochází několika fázemi, které musí emočně i racionálně zpracovat.

1. Fáze šoku

Rodiče jsou zprvu rozrušení, což je může při jejich jednání ochromit. Nechtějí diagnóze uvěřit a mnohdy mohou jednat iracionálně. Tato fáze trvá rozdílně dlouho, záleží na osobnosti člověka a na tom, jak je sdělená diagnóza závažná. Pozitivně v této situaci může zapůsobit lékař či učitel a rodinu motivovat.⁵⁰

2. Fáze reaktivní

V této fázi si rodič může rodič trauma odžít psychicky i fyzicky. Pociťuje úzkost z dalšího vývoje, sklíčenost a odmítá informaci uvěřit. Obviňuje z neštěstí sám sebe a někdy může směřovat jeho projev až do agresivního jednání. Dále se snaží získat veškeré informace o nemoci, aby mohl problém nějakým způsobem řešit. Profesionál může rodiči pomoci tím, že jej nechá vypovídat a bude mu naslouchat.

⁴⁹BLAŽEK. B, Olmrová J. *Světy postižených: sociální posila v rodinách s mentálně retardovaným dítětem*. 1. vyd. Praha: Avicenum, 1988.

⁵⁰BLAŽEK. B, Olmrová J. *Světy postižených: sociální posila v rodinách s mentálně retardovaným dítětem*. 1. vyd. Praha: Avicenum, 1988.

3. *Fáze adaptační*

Pokud rodič dospěje do této fáze, tak již může racionálně zhodnotit situaci. Rodič potřebuje přesnou diagnózu a prognózu spolu s časovými údaji. Podané informace musí být pravdivé. Rodiči nepomůže, pokud bude mít zbytečné naděje.

4. *Fáze reorientace*

V tomto období rodič vyhledává odbornou pomoc, obrací se na sociální pracovníky, psychology a lékaře. Rodič se snaží vyhledávat rodiny, které mají podobné zkušenosti. Rodina přehodnotí životní cíle a budoucnost. S tím souvisí i změna životního stylu. V této fázi je zdravým sourozencům vysvětlena problematika postižení a sourozenec se také zapojuje do péče. Jsou řešeny ekonomické otázky v souvislosti s potřebnými kompenzačními pomůckami a dietami. Pomáhající pracovník by měl v tomto období rodinu vést a pomáhat jí.⁵¹

Dle Matějčka a Dytrycha jsou reakce na zjištění diagnózy u dítěte následující:

1. *Popření*

Rodiče si nechtějí skutečnost připustit a čekají na zázrak. Myslí si, že jim bylo dítě zaměněno nebo, že existuje nějaká operace, která dítě vyléčí. Doufají v to, že se dítě podaří vyléčit některým lékem nebo, že léčba bude úspěšnější v cizině.

2. *Hledání viny*

Rodič v této fázi hledá někoho, na koho by mohl obrátit svou agresi. Toto hledání viníka je ovšem nesmyslné, jelikož ve většině případů není viníkem nikdo. Vznikají tím v rodině pouze rozpory, které mohou vést v konečné fázi až k rozpadu manželství či rozchodu.

⁵¹ BLAŽEK, B., Olmrová J. *Světy postižených: sociální posila v rodinách s mentálně retardovaným dítětem*. 1. vyd. Praha: Avicenum, 1988.

3. Vztažení viny na sebe sama

Tento mechanismus je pro rodiče ještě více nebezpečný než předchozí. Pocity vlastní viny se mohou stupňovat až do depresivních stavů.

4. Proces přijetí dítěte

Rodiče v této fázi naleznou nový smysl života a zjistí, že pro dítě mohou mnohé udělat. Přijmou tím i sami sebe jako vychovatele.⁵²

Postoje rodičů mohou mít různé podoby.

1. *útočné* – Rodiče trestají dítě za něco, co nezavinilo.
2. *obránné* – Rodiče obviňují sami sebe a upadají do deprese.
3. *úhybné* – Rodiče naleznou jiný zdroj uspokojení. Mohou se věnovat více práci nebo začnou nadměrně konzumovat alkohol.⁵³

1.5.2 Logoterapeutické pojetí smyslu utrpení

Zakladatelem logoterapie je psychiatr Viktor E. Frankl. Základem této terapie je oddělení osudových faktorů v životě jedince od svobodného jednání. Dle této teorie není člověk podroben svému osudu, nýbrž si za své jednání nese odpovědnost. Terapie skýtá útěchu trpícímu člověku. Otvírá mu možnost svobodně se rozhodnout. Logoterapie popírá absolutní determinismus. Pro rodiče s mentálně postiženým dítětem je logoterapie možností, jak se vyrovnat s životním úkolem, který je nezměnitelný.

- *Noetivní disonance*

Každý člověk má ideově určen smysl života. Některé cíle lze nahradit a jiné bohužel nelze. Noetivní disonance je způsob ke znovu nalezení smyslu života. Každý člověk

⁵² MATĚJČEK Z., Dytrych Z. *Jak a proč nás trápí děti*. Praha: Grada, 1997. bez ISBN

⁵³ MATĚJČEK Z., Dytrych Z. *Jak a proč nás trápí děti*. Praha: Grada, 1997. bez ISBN

není flexibilní a může mu činit problémy přizpůsobit se. Logoterapie učí člověka ke znovu nalezení smyslu života a k tomu, že každé utrpení má v životě svůj smysl⁵⁴

Smysl života postupně objevujeme. Touha po naplňování životního smyslu je nejdůležitějším hybným činitelem člověka. Smysl lze objevit, pokud vykonáme nějaký čin, prožijeme nějakou hodnotu či zažijeme utrpení. Utrpení je v každém lidském životě, sami jej nevyhledáváme. Příležitostí pro nejhlubší růst člověka je triáda utrpení, vina a smrt⁵⁵

Každý člověk potřebuje mít pevný bod v budoucnosti, ke kterému se bude moci upínat. Člověk také musí mít něco, pro co stojí za to žít. Pokud člověk prožívá lásku, může být šťastný a také dovede snášet utrpení. Záchytným bodem by neměla být jediná hodnota, ke které se člověk upne, jelikož při nenaplnění této hodnoty lze dospět k pocitu zoufalství. Člověk opírající se o pevný bod může nalézt smysl i v utrpení. Pevný bod člověka by měl být nedosažitelný, pro věřící může být tímto pevným bodem Bůh.⁵⁶

1.5.3 Komunikace v rodině ovlivněná traumatem

Již dříve zmíněný psychiatr Frankl uvádí, že pro abnormální situaci je abnormální chování chováním normálním. Čím je člověk normálnější, tím abnormálněji bude na nastalou situaci reagovat. Člověk reaguje abnormálně pod vlivem prodělaného traumatu. Stejně tak může reagovat na subtraumatické podněty, které pro ostatní nemusí mít charakter traumatu. Člověku může dojít trpělivost a silnou reakci spouští takzvaná „poslední kapka“. Traumata spouští autonomní reakce organismu, což zasáhne také jedincovy emoce.⁵⁷

V rodině, kde je dítě s mentálním postižením, může docházet častěji k neshodám. Každý člověk má jinou frustrační toleranci a jiný způsob vyrovnávání se s úzkostí.

⁵⁴ LUKASOVÁ, Elisabeth. *I tvoje utrpení má smysl: Logoterapeutická útěcha v krizi*. Brno: Nakladatelství Cesta, 2006. ISBN 80-85319-79-9.

⁵⁵ *Psychoweb: Frankl Viktor* [online]. 2013 [cit. 2013-05-01]. Dostupné z: <http://www.psychoweb.cz/psychologie/frankl-viktor-e---logoterapie--vule-ke-smyslu-noologie/>.

⁵⁶ *Cesty katecheze: pevný bod v životě člověka* [online]. 2013 [cit. 2013-05-01]. Dostupné z: <http://www.cestykatecheze.cz/casopis/2009-2/Pevny-bod-v-zivote-cloveka.html>.

⁵⁷ VYBÍRAL, Zbyněk. *Psychologie lidské komunikace*. 1. vyd. Praha: Portál. 2000. ISBN 80-7178-291-2.

Jednou z nejčastějších obran vůči úzkosti je agrese. Agrese může být obrácena jak proti dítěti, tak proti jiným rodinným členům. Nejčastěji tedy člověk obrací agresi proti nejbližším lidem. Proto často ve zmíněných rodinách může dojít ke konfliktům. Tyto konflikty mohou vyústit až k rozvodu.⁵⁸

Mezi partnery může docházet k verbálnímu násilí. Jeden z partnerů se obává odhalit svou křehkost, kterou skrývá pod maskou verbálního násilí. Agresor se tak cítí být silnější. Snaží se tím zmírňovat své pocity bezmoci. Partnera agresor obviňuje za své pocity. Chrání si tím svůj idealizovaný obraz sebe sama. Agrese se může projevat trivializováním, podrýváním a vyhrožováním. Dokud se jeden partnerů nezačne aktivně snažit o změnu, bude pouze přežívat s iluzorní představou.⁵⁹

1.5.4 Rozpad rodiny

Pokud rodiče neprojdou všemi fázemi vyrovnání se s traumatem, mohou vůči dítěti s mentálním postižením zastávat ambivalentní postoje. Tato situace narušuje rovnováhu rodinného systému a končit může až rozchodem rodičů. Důvodem nepokojů bývá předpoklad rodiče, že partner prožívá smutek obdobným způsobem jako on sám. Pakli-že tomu tak není, domnívá se, že partner nemá dítě dostatečně rád. Další z důvodů rozchodu je opomíjení partnera v souvislosti s věnováním veškerého času nemocnému dítěti. Vztah muže k dítěti není od počátku natolik intimní jako u matky, proto mohou mít muži tendenci ze vztahu odejít. Některá stádia vývoje dítěte jsou více stresující (nástup do školy, dospívání), proto obzvláště v tomto období dochází k neadekvátním reakcím, které mohly již dříve odeznít.⁶⁰

⁵⁸MATĚJČEK, Zdeněk. *Co děti nejvíc potřebují*. 5. vyd. Praha: Portál. 2008. ISBN 978-8-7367-504-2.

⁵⁹EVANS, Patricia. *Jedovatá slova: jak rozpoznat verbální násilí a jak na ně reagovat*. Vyd. 1. Překlad Petra Žižlavská. Brno: Computer Press, 2010, 176 s. ISBN 978-802-5127-902.

⁶⁰VÁGNEROVÁ, M., Hajd-Mousová, Z., Štěch, S.: *Psychologie handicapu*. Praha: Karolinum. 2004. 232 s. ISBN 80-7184-929-4.

1.6 Psychické problémy rodiny v důsledku traumatu

Rozdíl mezi očekáváním rodičů a nastalou realitou je pro rodinu závažným stresem. Matka začne o dítě pečovat s vytěsněním partnerských i osobních potřeb. Přestane se věnovat svému partnerovi a své síly upne k péči o dítě. Matka může reagovat odvrácením své pozornosti na nutkavé činnosti. Tyto obranné mechanismy však nefungují, pakliže je matka konfrontována úspěchy u jiného dítěte. Při plánování dalšího těhotenství může prožívat úzkost, která může přecházet až do panické reakce. Úzkost bývá pocíťována také při výročí narození dítěte. Od narození dalšího dítěte může také očekávat nemožné s přáním, aby dítě uspokojilo očekávání za všechny. Matky hledající vinu u sebe si mohou přivodit psychosomatické problémy. Pokud vinu přijmou, ale nesmíří se s ní, může docházet k depresím a k sebedestruktivnímu chování. Pokud žena své pocity viny ventiluje na veřejnosti, může být reakce okolí zlehčující a ženě nezbyvá jiná možnost, než se uzavřít sama do sebe. Matky mohou být v důsledku těchto pocitů enormně nesmělé a potřebují být emočně ujišťovány. Žijí ve značném napětí a nedokáží se uvolnit. Matka má biologicky danou větší adaptační schopnost než otec. Rodina unese tolik zátěže, jako nejslabší článek v rodině, kterým je otec. Pokud jsou nároky na péči překračující adaptační schopnost rodiny, může dojít k dysfunkčnosti rodiny či k jejímu rozpadu.⁶¹

1.6.1 Posttraumatická stresová porucha

Traumatizující událost vyvolává u obětí extrémní zážitky. Traumatizovaná osoba má narušen pocit, že jsou události pod kontrolou. Nemá sílu se se situací vyrovnat. Je zhroutil smysl i řád dění, zkrátka celá kontinuita života. Osoba je událostí zaskočena a nechápe, proč se musela stát událost právě jí. Traumatizující zkušenost nelze vsadit do dosavadních představ o světě. Závažnost traumatu je velmi individuálně

⁶¹MICHAELA MROWETZ, GAURÍ CHRÁSTILOVÁ. *Šance dětem: Jak se vyrovnat s postižením dítěte*[online]. 2013 [cit. 2013-03-22]. Dostupné z : <http://www.sancedetem.cz/srv/www/content/pub/cs/jak-se-vyrovnat-s-postizenim-ditete-44.html>.

prožívána. Po určité době po prožití traumatu se u dotyčné osoby může rozvinout posttraumatická stresová porucha. Dochází k znovuprožívání traumatu, které se zobrazuje v neodbytných myšlenkách. Člověk se cítí otupělý a emočně oploštělý. Mohou se přidružit pocity úzkosti, depresivní stavy a také sebevražedné myšlenky. Tento stav trvá po dobu několika týdnů až měsíců. Průběh může kolísat a při chronickém průběhu může dojít až ke změně osobnosti.

- *Posttraumatický rozvoj*

S odstupem desítek let od narození dítěte s postižením zažívají rodiče pocit radost i uspokojení. Negativní pocity jsou minimální. Pozitivní zlomy nastávají při zlepšení vývoje dítěte, nebo pokud se zapojil do péče efektivně někdo další. Někteří rodiče jsou odolnější vůči stresu. Rodiče získávají nadhled nad žitím a mění svoje hodnoty. Člověk dospívá tím, že prochází těžkými zkouškami. Posttraumatický rozvoj rozvíjí dále osobnost.⁶²

1.6.2 Workoholismus

Workoholismus znamená závislost na práci. Do této kapitoly je zařazen proto, že zejména muži řeší partnerské problémy a nespokojenost v rodině tím, že utíkají od problémů a věnují příliš času v zaměstnání. Pohltit práci se nechají zejména ti lidé, kteří mají nedostatek sebevědomí, a chvála jim přináší uznání. Workoholika nezajímají mimopracovní vztahy ani koníčky, a pokud nemůže řešit pracovní problémy, mohou se vyskytnout abstinenční příznaky. Jedná se o závislost, která je stejná jako jakákoliv jiná. Většinou si dotyčný nechce závislost na práci přiznat.⁶³

Workoholismus častěji postihuje osoby s vyšším vzděláním. Tito lidé bývají neklidní a podráženi. Pracují i přes příznaky únavy a vyčerpání. S postupem času

⁶²JIŘÍ MAREŠ. *Šance dětem. Posttraumatický rozvoj dětí a rodičů*[online]. 2013 [cit. 2013-03-22].

Dostupné z: <http://www.sancedetem.cz/cs/hledam-pomoc/rodina-v-problemove-situaci/psychicke-problemy-v-rodine/posttraumaticky-rozvoj-deti-a-rodicu.shtml>.

⁶³*Náš člověk: Závislost na práci*[online]. 2013 [cit. 2013-03/23]. Dostupné z: <http://zavislost-na-praci-workoholismus.nasclovek.cz/>.

workoholikovi klesá výkonnost, což může způsobovat paniku. Pokud nezačne svou závislost řešit, hrozí mu deprese, vysoký tlak a srdeční onemocnění.⁶⁴

1.6.3 Alkoholismus

Jedním z faktorů, proč lidé začnou v nadměrném množství konzumovat alkohol, je vyřešení frustrujícího pocitu mezi realitou a potřebami. Odstraňují tím nepříjemné pocity vyhořelého vztahu. Překonávají tím také psychickou nestabilitu.⁶⁵

Problém s alkoholem má podle statistik 25 % mužů a 10 % žen. V ČR. Alkohol je tvrdou drogou, která je návyková, obzvláště v těžkých životních situacích. Dle statistik je přibližně v ČR 550 tisíc lidí závislých na alkoholu. Nebezpečnost této drogy tkví zejména v tom, že je legální a spojená se společenskými oslavami. Podle K. Nešpora jsou příznaky alkoholismu následující. Bažení (craving, zhoršené sebeovládání, odvykací stav, zvyšování tolerance, zanedbávání zájmů a pokračování v konzumaci alkoholu přes nepříznivé následky. Pokud člověk trpí alespoň třemi příznaky po dobu jednoho roku, je pravděpodobné, že je závislý na alkoholu.⁶⁶

⁶⁴Zapni mozek: *Workoholismus-když se z práce stane posedlost* [online]. 2013 [cit. 2013-03/23]. Dostupné z:<http://www.zapnimozek.cz/workoholismus-kdyz-se-z-prace-stane-posedlost/>.

⁶⁵Závislosti: *Závislost na alkoholu* [online]. 2013 [cit. 2013-3-23]. Dostupné z:http://www.zavislosti.com/zavislost_na_alkoholu/pozorovatelné_priznaky.html.

⁶⁶Alkoholik: *Příznaky závislosti na alkoholu* [online]. 2013 [cit. 2013-03-23]. Dostupné z:
http://www.alkoholik.cz/zavislost/psychika_a_telo/priznaky_zavislosti_na_alkoholu_podle_mudr_karl_a_nespora.html.

2 CÍL PRÁCE A HYPOTÉZY

2.1 Cíl práce

Cílem práce je zjistit, zda se diametrálně liší rozdělení rodičovských rolí při péči o dítě s mentálním postižením oproti rodině se zdravým potomkem. Dílčím cílem bude zjistit, zda rodiny s dítětem s mentálním postižením jsou náchylnější k výskytu sociálně patologických jevů.

2.2 Hypotézy

- Hypotéza č. 1: Péče o dítě s mentálním postižením je zajištěna převážně matkami.
- Hypotéza č. 2: V rodinách s dítětem s mentálním postižením bude častější výskyt rizikového chování, nežli u rodin se zdravým dítětem.
- Hypotéza č. 3: Sourozenci dětí s mentálním postižením mají méně přátelských vztahů nežli zdravé děti.

3 METODIKA

3.1 Použitá metoda

Teoretická část diplomové práce je zpracována s využitím sekundární analýzy dat. Při zpracování analýzy bylo využito internetových zdrojů, monografií, literárních zdrojů a internetových dokumentů.

Ke sběru primárních dat praktické části diplomové práce byla využita metoda dotazování, technika dotazníku. Jedná se o nejpoužívanější prostředek ke sběru kvantitativních dat.⁶⁷

Vytvořila jsem dotazníky pro dva soubory, rodiče dětí s mentálním postižením a rodiče zdravých dětí. Tyto dotazníky měly některé shodné otázky pro oba soubory a některé odlišné. Dotazník pro rodiče dětí s mentálním postižením obsahoval 22 otázek, dotazník pro rodiče zdravých dětí měl otázek 12. Veškeré otázky byly uzavřené. U každé otázky bylo respondentům uvedeno několik možných odpovědí a prostor byl vyhrazen vždy i pro jinou odpověď, které jsem vyhodnotila kvalitativně. U rodičů dětí s mentálním postižením byly první tři otázky informační a zbývající byly zjišťovací. U rodičů zdravých dětí byly všechny otázky zjišťovací. Informační otázky se zabývaly věkem rodičů, věkem dětí s mentálním postižením a stupněm mentálního postižení dítěte. Zjišťovací otázky se zabývaly rodičovskými a sourozeneckými rolemi. Rodičům dětí s mentálním postižením jsem osobně rozdala 20 dotazníků a rodičům zdravých dětí bylo rozdáno také 20 dotazníků. Návratnost byla 100%. Vzhledem k nízkému počtu respondentů je při porovnání dat nízký stupeň významnosti. Tato skutečnost je zapříčiněna nízkou ochotou rodičů dětí s mentálním postižením vyplňovat dotazníky, jelikož jsou zahlceni řadou výzkumů.

Výsledky jsem zpracovávala za pomoci elementární statistiky ve statistickém programu SPSS a v programu Excel. Pro záznam z dotazníků jsem použila grafy.

⁶⁷DISMAN, M. *Jak se vyrábí sociologická znalost: Příručka pro uživatele*. 3. vyd.

Praha: Univerzita Karlova v Praze. Nakladatelství Karolinum. 2002. 374 s. ISBN 80-246-0139-7

Výsledky uvádím v celých číslech. Vyplňování dotazníků bylo na základě dobrovolnosti a dotazníky byly anonymní.

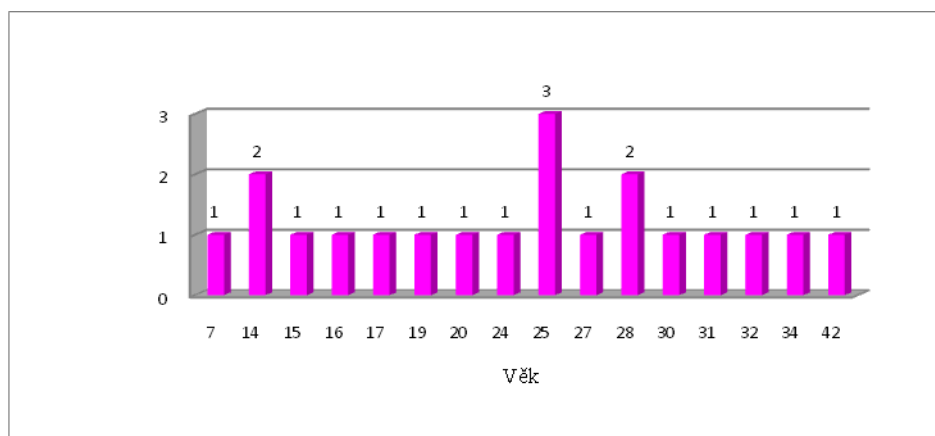
3.2 Charakteristika výzkumného souboru

Sběr dat probíhal v březnu a dubnu roku 2013. Před samotným výzkumem jsem provedla předvýzkum na menším počtu rodičů dětí s mentálním postižením, abych si potvrdila, zda jsou otázky srozumitelné. Po provedení předvýzkumu jsem provedla drobné opravy v otázkách. Výzkum jsem provedla v Českých Budějovicích a přilehlém okolí. Rodiče dětí s mentálním postižením jsem kontaktovala pomocí své matky, jelikož má dítě s mentálním postižením a navazuje s rodiči těchto dětí kontakty. Rodiče zdravých dětí byli vybráni dle náhodného výběru v městě České Budějovice.

4 VÝSLEDKY

4.1 Popisná statistika

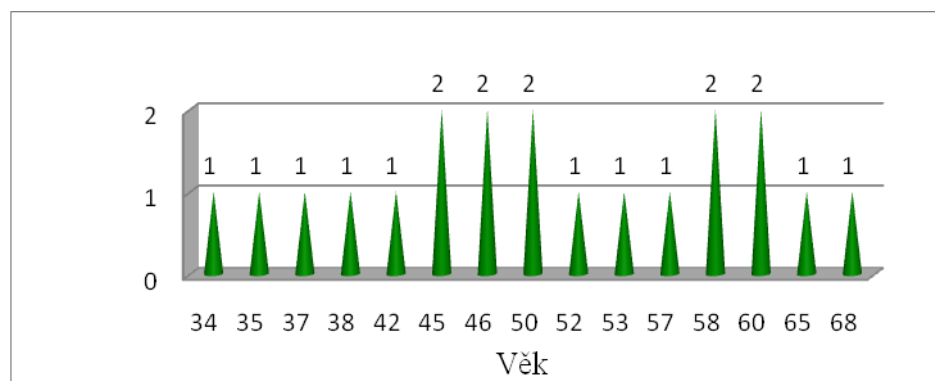
Graf 1: Rozdělení dětí s mentálním postižením dle věku



Zdroj: vlastní výzkum

Z grafu vyplývá, že věk potomků s mentálním postižením se pohyboval v rozmezí od 7 do 42 let. Věk 7, 15, 16, 17, 19, 20, 24, 27, 30, 31, 32, 34, 42 let se objevil jednou, 2 lidé jsou ve věku 14 let, 3 lidé ve věku 25 let a dva lidé ve věku 28 let.

Graf 2: Rozdělení rodičů dle věku

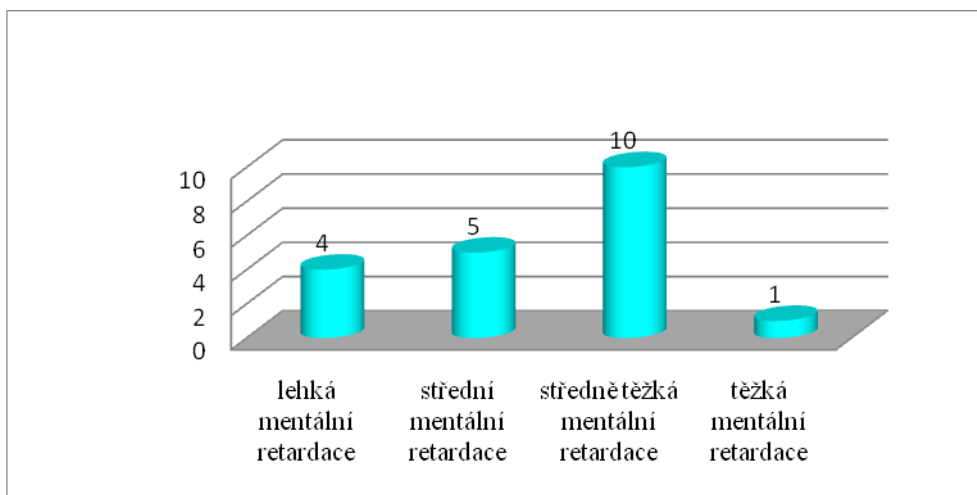


Zdroj: vlastní výzkum

Z grafu je patrné, že věk rodičů se pohyboval v rozmezí od 34 let do 68 let. Věk 34, 35, 37, 38 a 42 let byl zaznamenán jedenkrát. 2 respondenti byli ve věku 45, 46 a 50 let.

Věk 52, 53 a 57 let byl uveden jedenkrát. 2 respondenti byli ve věku 58 let a 60 let. Jeden rodič byl ve věku 65 let a jeden rodič byl šedesáti osmiletý.

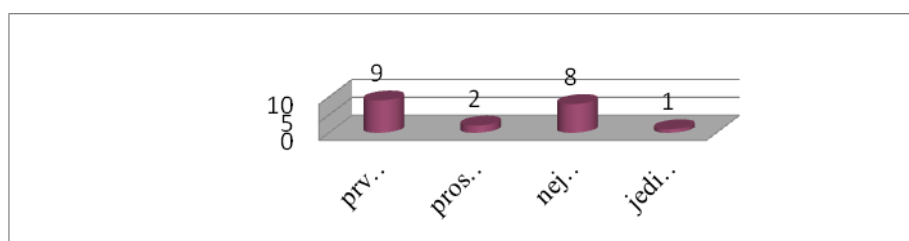
Graf 3: Rozdělení dětí podle stupně mentálního postižení



Zdroj: vlastní výzkum

Výzkumu se zúčastnili 4 rodičovské páry, které mají dítě s lehkým mentálním postižením. 5 rodičovských párů které mají dítě se středním mentálním postižením, 10 rodičovských párů se středně těžce mentálně postiženým dítětem a jeden rodič s těžce mentálně postiženým dítětem.

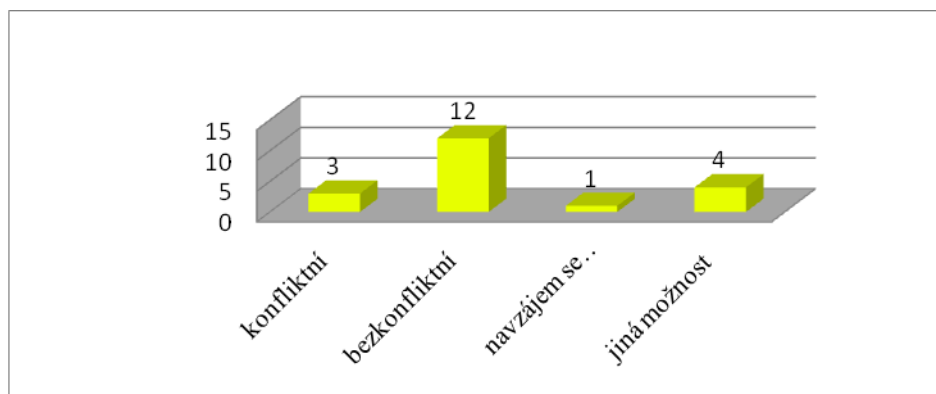
Graf 4: Pořadí dítěte s mentálním postižením



Zdroj: vlastní výzkum

Výzkumu se účastnilo 9 rodičů, jejichž dítě s mentálním postižením je prvorozené. 2 rodiče mají dítě s mentálním postižením jako prostřední. 8 rodičů uvedlo, že jejich dítě s mentálním postižením je nejmladší a jeden rodič již žádné jiné dítě nemá.

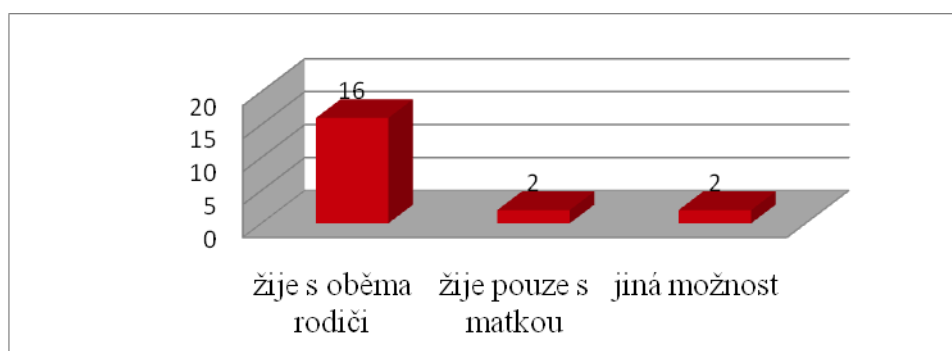
Graf 5: Vztahy mezi sourozenci



Zdroj: vlastní výzkum

Z výzkumu je zřejmé, že ve 12 rodinách jsou vztahy zdravých dětí s dětmi s mentálním postižením bezkonfliktní. 4 rodiny uvedly jinou možnost. Tato možnost zahrnovala odpovědi, že se sourozenec ještě nenarodil, občas se vyskytují problémy a zdravé dítě na dítě s postižením žárlí. Tři rodiny mají mezi dětmi konfliktní vztahy. V jedné rodině se děti navzájem ignorují.

Graf 6: Rodinné zázemí dětí

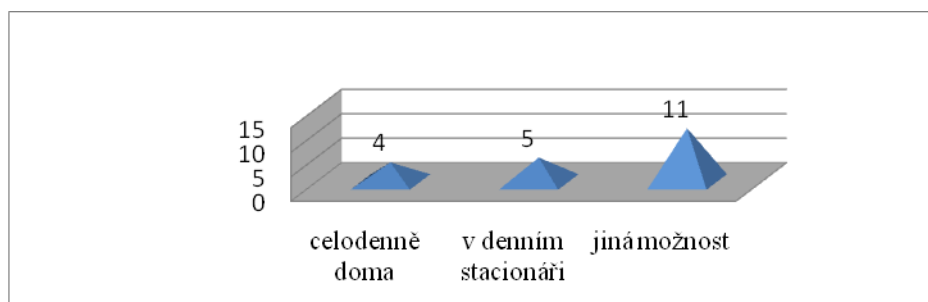


Zdroj: vlastní výzkum

Z grafu vyplývá, že 16 dětí s mentálním handicapem žije s oběma rodiči. Dvě děti žijí jen s matkou a dvě rodiny uvedly jinou možnost. Jiné možnosti byly následující. Jedno

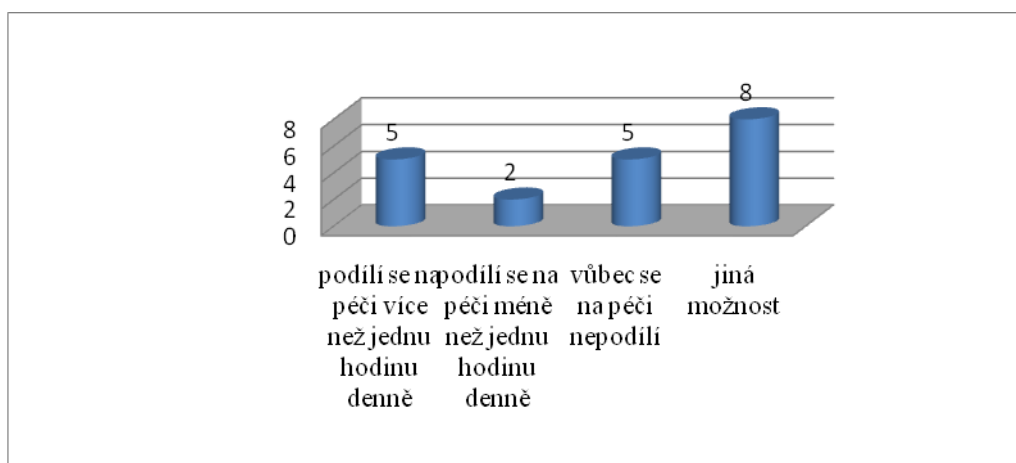
dítě žije v domově pro osoby se zdravotním postižením a jedno dítě žije spolu s novým partnerem matky.

Graf 7: Umístění dítěte s mentálním postižením



Zdroj: vlastní výzkum

Z výzkumu je patrné, že pouze 4 děti s mentálním postižením jsou celodenně doma. 5 dětí je umístěno v denním stacionáři a 11 rodin uvedlo jinou možnost. Děti navštěvují týdenní stacionář, pracují v podporovaném zaměstnání nebo pouze několikrát týdně navštěvují denní stacionář.



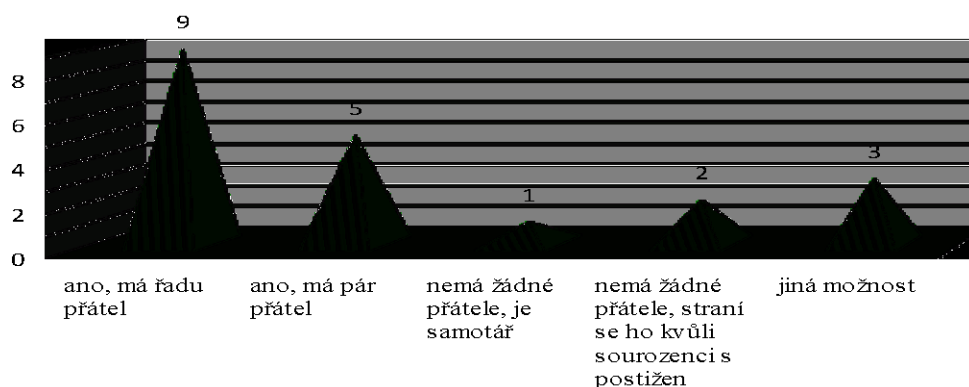
Graf 8: Podíl péče o sourozence s mentálním postižením

Zdroj: vlastní výzkum

Z grafu je patrné, že 8 rodičů zvolilo jinou možnost. Odpovědi byly následující. Sourozenci pečují dle pracovních možností. Někteří sourozenci jsou mladší, proto si spolu zatím jen hrají. Podílí se na péči, jen pokud nejsou rodiče přítomní a další

odpověď byla, že se podílí pouze nárazově. 5 rodičů uvedlo, že se děti na péči vůbec nepodílí a 5 rodičů uvedlo, že je péče častější než jednu hodinu denně. 5 rodičů uvedlo, že se sourozenci do péče o postiženého bratra nebo sestru vůbec nezapojují.

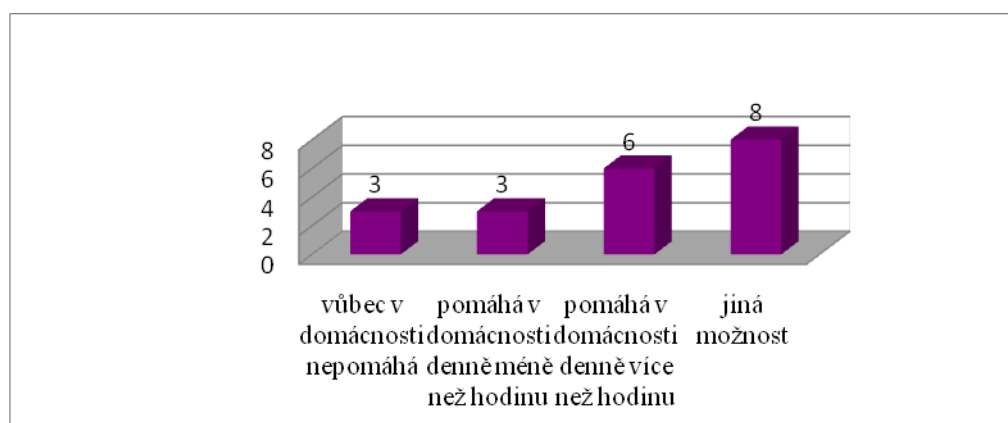
Graf 9: Navazování přátelských vztahů u sourozenců



Zdroj: vlastní výzkum

Z grafu vyplývá, že v devíti rodinách mají sourozenci dětí s mentálním postižením řadu přátel. V pěti rodinách mají sourozenci pár přátel. V jedné rodině je dítě samotářské a ve dvou rodinách se dítěte přátelé strání kvůli jeho sourozenci s postižením. Tři rodiny uvedly jinou možnost. V jiné možnosti byla obsažena odpověď, že má již svou rodinu a nemá čas navazovat kontakty.

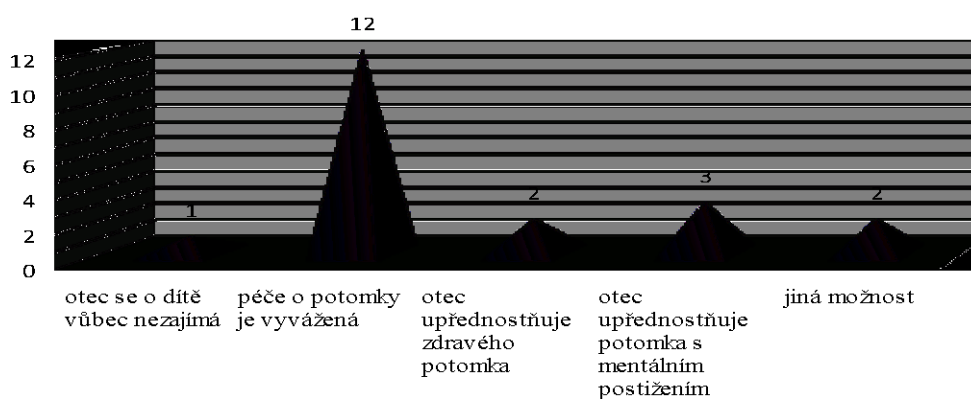
Graf 10: Pomoc sourozence v domácnosti



Zdroj: vlastní výzkum

Z grafu je patrné, že ve 3 dotazovaných rodinách sourozenci dětí s mentálním postižením v domácnosti nepomáhají. 3 sourozenci pomáhají méně než hodinu. 6 sourozenců pomáhá v domácnosti více než hodinu denně. 8 respondentů zvolilo jinou možnost. V této možnosti byla zahrnuta odpověď, že je sourozenec doma jen o víkendu, protože studuje vysokou školu. Jedna rodina má dítě s postižením jedináčka. Někteří sourozenci se již osamostatnili. Někteří pomáhají jen občas. 6 rodin z dotázaných uvedlo, že sourozenci pomáhají denně více než jednu hodinu.

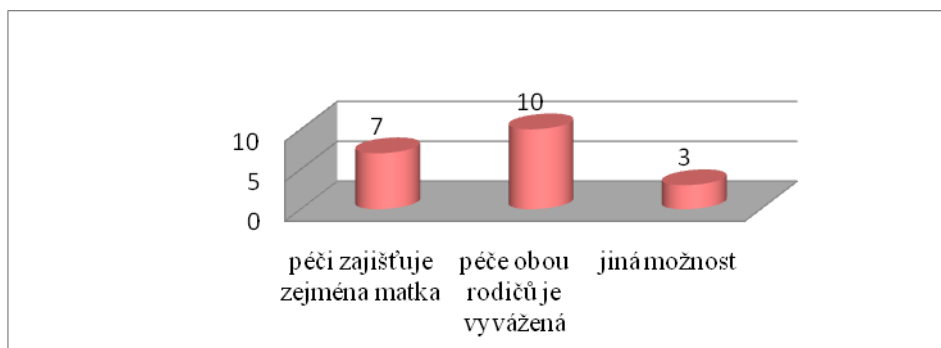
Graf 11: Zapojení partnera do péče o dítě s mentálním postižením



Zdroj: vlastní výzkum

Z grafu vyplývá, že v jedné rodině ze všech dotázaných se otec o dítě nezajímá. 12 rodin uvádí, že péče o potomky je ze strany otce vyvážená. Ve dvou dotázaných rodinách otec upřednostňuje otec zdravého potomka. Ve třech rodinách naopak otec upřednostňuje dítě s mentálním postižením. Dvě rodiny uvedly jinou možnost. Jedna z dotázaných rodin je bez partnera a v jedné rodině se otec do péče zapojuje málo.

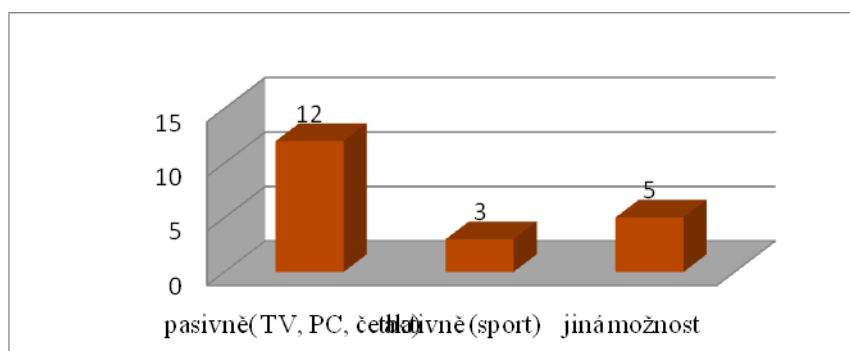
Graf 12: Podíl péče o dítě s postižením mezi rodiči



Zdroj: vlastní výzkum

Z grafu je patrné, že v deseti dotázaných rodinách je péče o dítě s mentálním postižením vyvážená. V deseti rodinách pečuje o dítě s mentálním postižením zejména matka. 3 rodiny z dotázaných zvolily jinou možnost, pod kterou uvedly, že dítě žije pouze s matkou. Další z odpovědí byla, že otec pečuje jedenkrát týdně a současný partner se zapojuje do péče stejnou měrou jako matka.

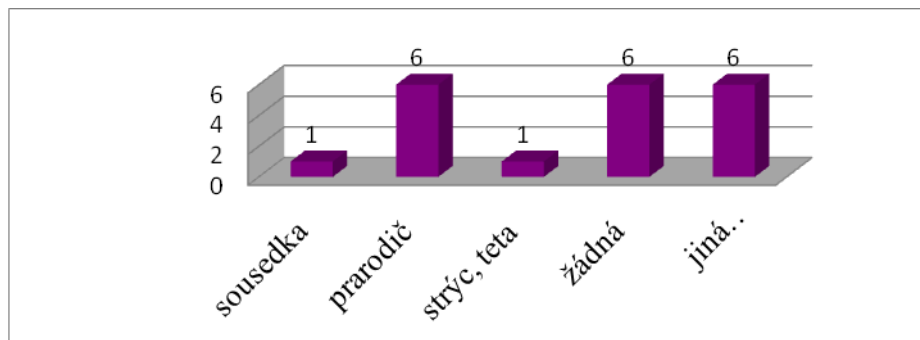
Graf 13: Trávení volného času



Zdroj: vlastní výzkum

Z výzkumu vyplývá, že 12 z dotázaných rodičů s dítětem s mentálním postižením tráví volný čas pasivně, 3 rodiny využívají volný čas aktivně sportem a 5 rodin uvedlo jinou možnost. V těchto možnostech uvedly, že mají nedostatek volného času, další z odpovědí byla studium a přátelé, masáže a relaxace, zpívání.

Graf 14: Zástup pečující osoby



Zdroj: vlastní výzkum

Z grafu vyplývá, že 6 z dotázaných rodičů dětí s mentálním postižením nemá zastupující osobu v péči. 6 rodičů uvedlo, že v péči zastupují prarodiče. Jedna rodina spoléhá na pomoc souseda a 6 rodin zvolilo jinou možnost. Do této možnosti bylo uvedeno, že zastupuje zdravý sourozenec dítěte či otec.

Graf 15: Zaměstnání rodičů

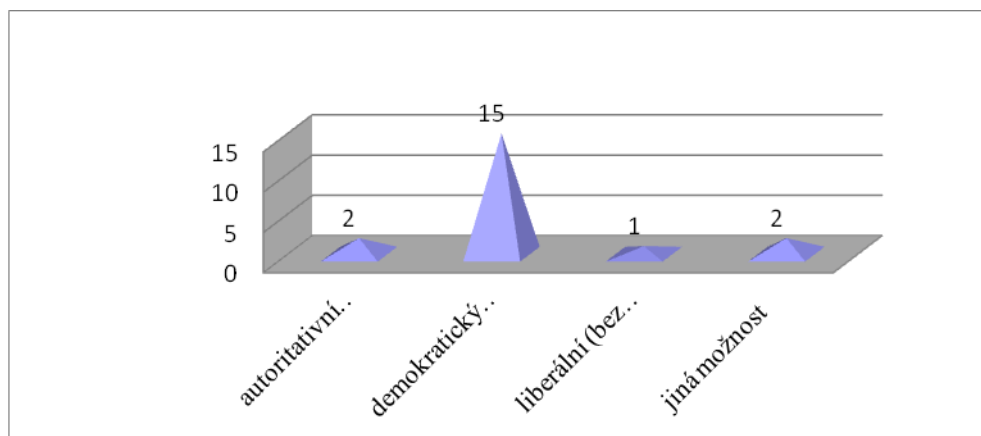


Zdroj: vlastní výzkum

Z grafu je patrné, že 6 z dotázaných rodičů dětí s mentálním postižením je celodenně doma. 6 rodičů pracuje na částečný úvazek, 4 rodiče pracují na plný úvazek, jeden rodič

pracuje příležitostně, pokud je brigáda a 3 rodiče zvolili jinou možnost. V této možnosti byly obsaženy následující odpovědi. Jeden rodič podniká a dva jsou v důchodovém věku.

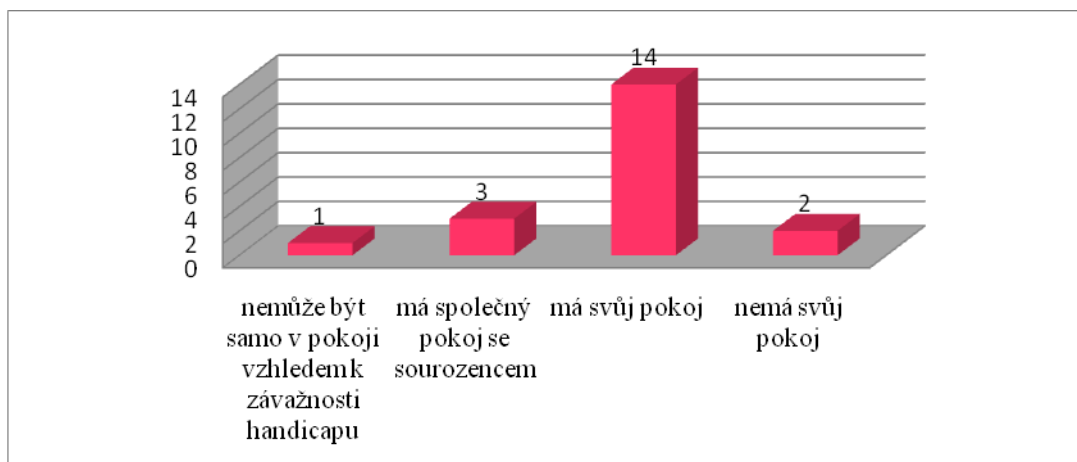
Graf 16: Styl výchovy



Zdroj: vlastní výzkum

Z grafu je patrné, že 15 z dotázaných rodin dětí s mentálním postižením upřednostňuje demokratický styl výchovy. 2 rodiny využívají autoritativní výchovu a jeden rodič zvolil liberální styl výchovy. Jeden rodič uvedl, že se v jeho výchově objevuje autoritativní, hyperprotektivní i liberální styl výchovy. Další rodič uvedl, že se snaží být ve výchově důsledný.

Graf 17: Vlastní pokoj pro dítě s mentálním postižením



Zdroj: vlastní výzkum

Z grafu vyplývá, že 14 z dotázaných rodin má pro dítě s mentálním postižením vyhrazen vlastní pokoj. 3 z dotázaných rodin uvádí, že dítě má společný pokoj se sourozencem. Jedna rodina uvedla, že dítě nemůže mít svůj pokoj kvůli závažnosti mentálního postižení. Dvě rodiny uvádí, že dítě s mentálním postižením nemá svůj pokoj.

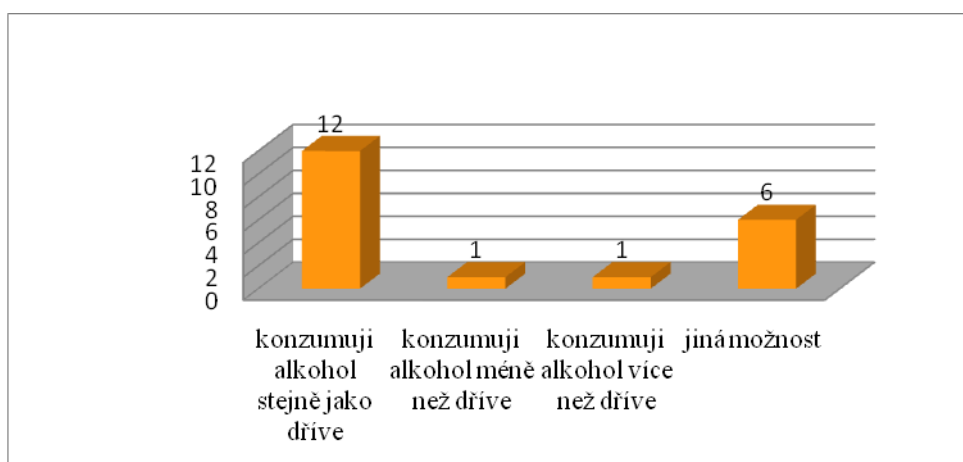
Graf 18: Prožití krizové situace



Zdroj: vlastní výzkum

Z grafu vyplývá, že 10 rodin s dítětem s mentálním postižením nezažilo nikdy před sdělením diagnózy dítěte jinou krizovou situaci. 3 rodiče uvedli, že již jednou před tím zažili krizovou situaci. 6 z dotázaných rodin uvedlo, že již před tím vícekrát zažily krizovou situaci. Jedna rodina zvolila jinou možnost. Tato rodina uvedla, že pro ni bylo krizovou situací opoždění dítěte v řeči.

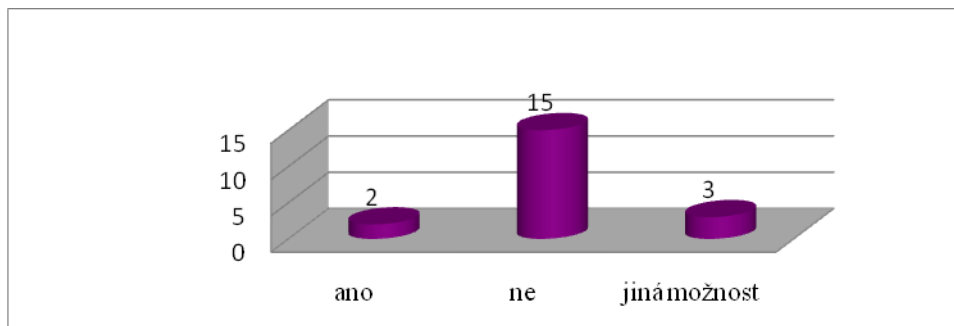
Graf 19: Konzumace alkoholu po narození dítěte s mentálním postižením



Zdroj: vlastní výzkum

Z grafu vyplývá, že 12 z dotázaných rodin konzumuje alkohol ve stejném množství, jako jej konzumovalo dříve. 1 rodič konzumuje alkohol méně, než před narozením dítěte a jeden rodič konzumuje alkohol více, než jej konzumoval před narozením dítěte s mentálním postižením. 6 rodičů zvolilo jinou možnost. Jinou možností byla abstinence rodiny. Další z uvedených možností byla občasná konzumace alkoholu.

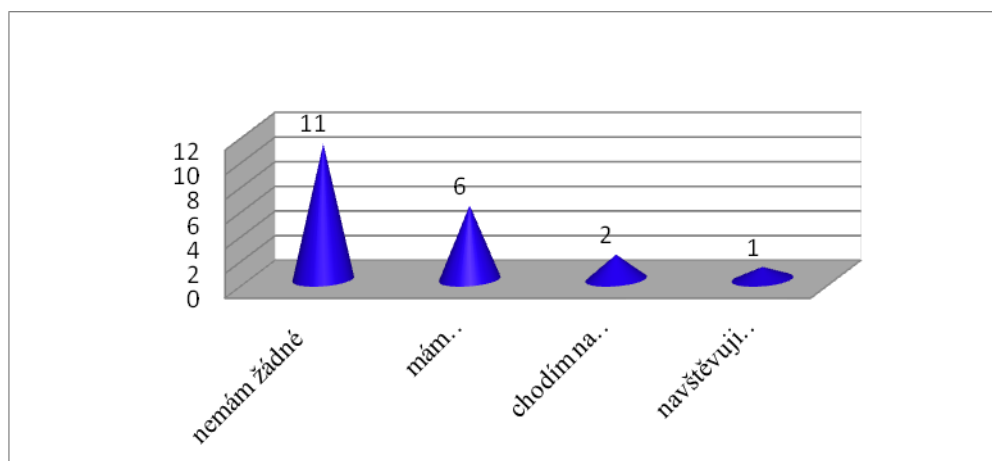
Graf 20: Množství práce strávené v zaměstnání u partnera



Zdroj: vlastní výzkum

Z výzkumu vyplynulo, že 15 z dotázaných rodičů s dítětem s mentálním postižením neregistruje u svého partnera nárůst času stráveného v zaměstnání. 2 z dotázaných rodičů s dítětem s mentálním postižením zaznamenali po narození potomka s mentálním postižením nárůst času stráveného v zaměstnání u partnera. 3 dotázaní rodiče uvedli jinou možnost. Jinou možností byla odpověď, že rodič je bez partnera. Další odpovědí bylo, že množství času stráveného v zaměstnání je proměnlivé.

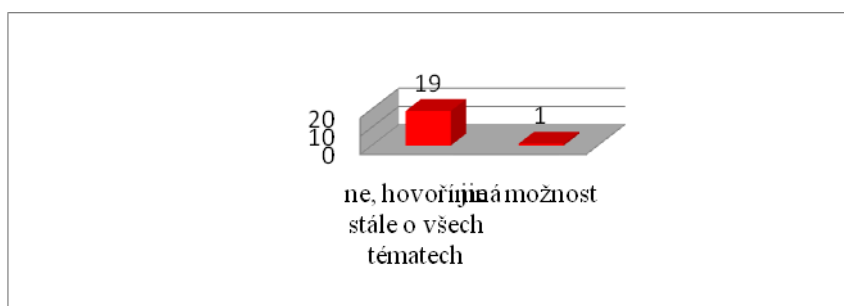
Graf 21: Psychické problémy související s narozením dítěte s mentálním postižením



Zdroj: vlastní výzkum

Z uvedeného grafu vyplývá, že 11 z dotázaných rodin s dítětem s mentálním postižením nemá žádné psychické problémy vzniklé narozením dítěte s mentálním postižením. 6 z dotázaných rodin má problémy, se kterými se vyrovnají bez pomoci. 2 dotázané rodiny musí navštěvovat psychologa a jedna z dotázaných rodin se léčí farmakologicky u psychiatra.

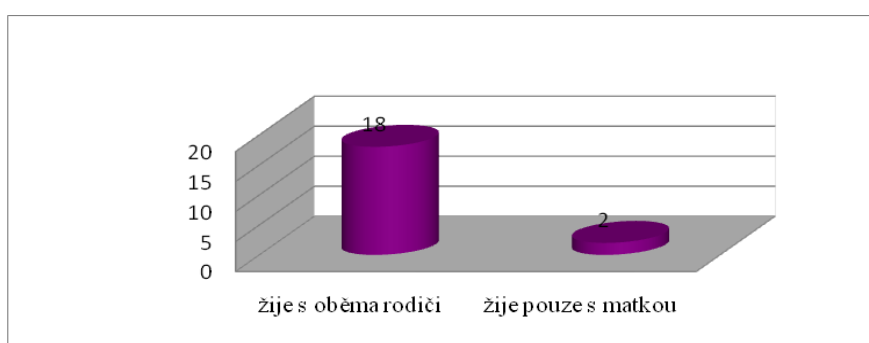
Graf 22: Komunikace v rodině po narození dítěte s mentálním postižením



Zdroj: vlastní výzkum

Z grafu vyplývá, že 19 z dotázaných rodin s dítětem s mentálním postižením hovoří stále o všech tématech. Jedna rodina uvedla jinou možnost. Do této možnosti uvedla, že se vyhýbají tématům, která by byla pro dítě nepříjemná.

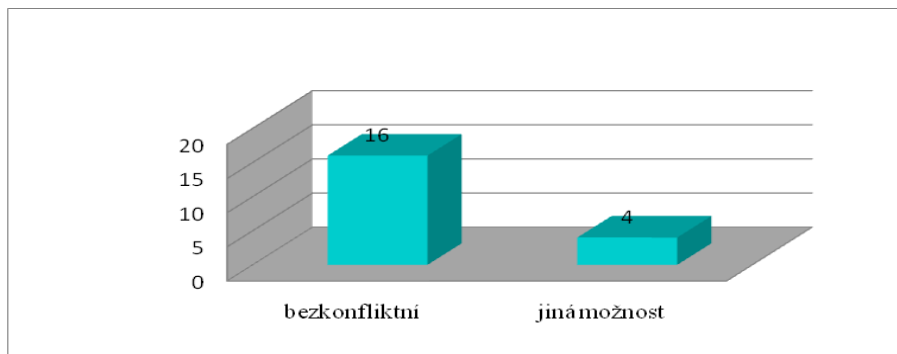
Graf 23: Rodinné zázemí zdravých dětí (Otázka č. 1)



Zdroj: vlastní výzkum

Z grafu vyplývá, že 18 z dotázaných rodin se zdravými dětmi je úplných. Pouze dvě z dotázaných rodin jsou bez otce.

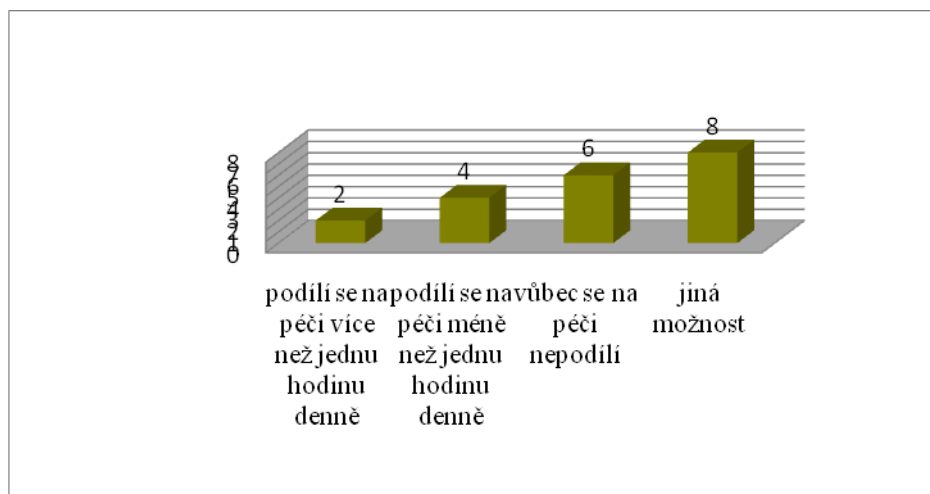
Graf 24: Vztahy mezi zdravými sourozenci (Otázka č. 2)



Zdroj: vlastní výzkum

Z uvedeného grafu vyplývá, že 16 z dotázaných rodin se zdravými dětmi uvádí, že vztahy mezi sourozenci jsou bezkonfliktní. 4 dotázané rodiny zvolily jinou možnost. Do jiné možnosti byly uvedeny odpovědi, že vztahy jsou někdy konfliktní.

Graf 25: Podíl péče staršího potomka o mladšího (Otázka č. 3)

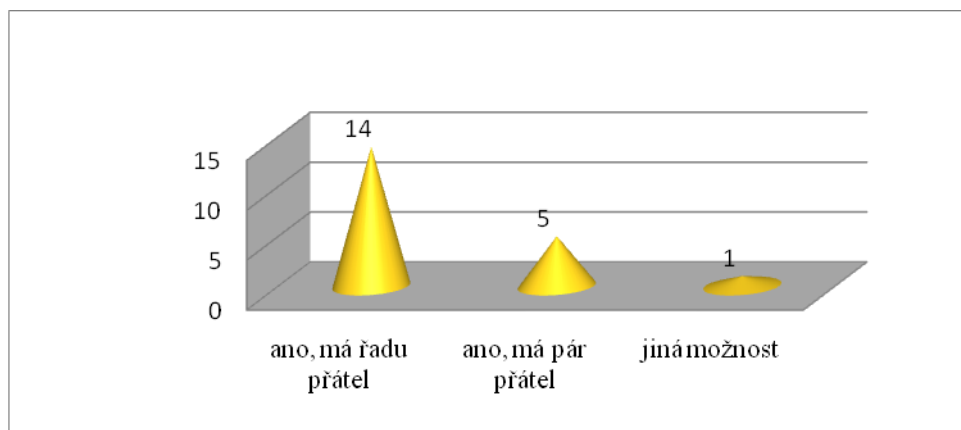


Zdroj: vlastní výzkum

Z grafu vyplývá, že ve dvou z dotázaných rodin se starší potomek stará o mladšího více než jednu hodinu denně. 4 dotázané rodiny zodpověděly, že starší potomek se věnuje mladšímu méně než jednu hodinu denně. 6 dotázaných rodin uvádí, že se starší potomek

vůbec nepodílí na péči o mladšího. 8 dotázaných rodin si zvolilo jinou možnost. Uvedly zde, že mají pouze jedno dítě. Další odpověď byla, že je mezi dětmi minimální věkový rozdíl. Dále byla zaznamenána odpověď, že dítě se podílí na péči občas.

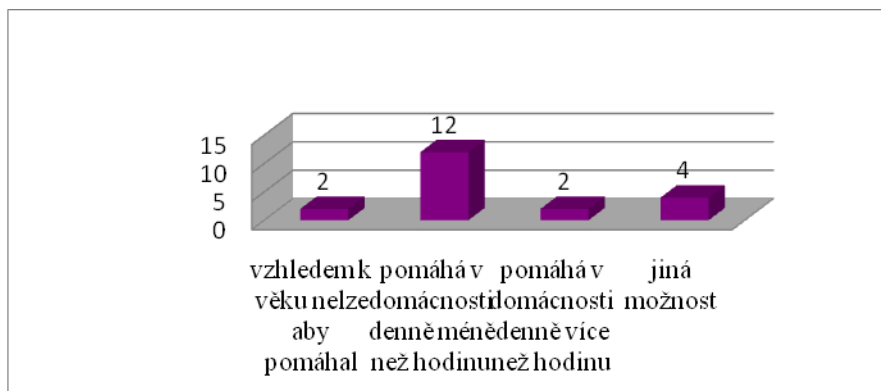
Graf 26: Navazování přátelských vztahů u zdravých dětí (Otázka č. 4)



Zdroj: vlastní výzkum

Z grafu je patrné, že 14 z dotázaných rodin se zdravými dětmi uvádí, že jejich děti navazují řadu přátelských vztahů. 5 dotázaných rodin uvádí, že jejich děti mají pár přátel a jedna rodina uvedla jinou možnost. Zde byla zaznamenána odpověď, že obě děti mají řadu přátelských vztahů.

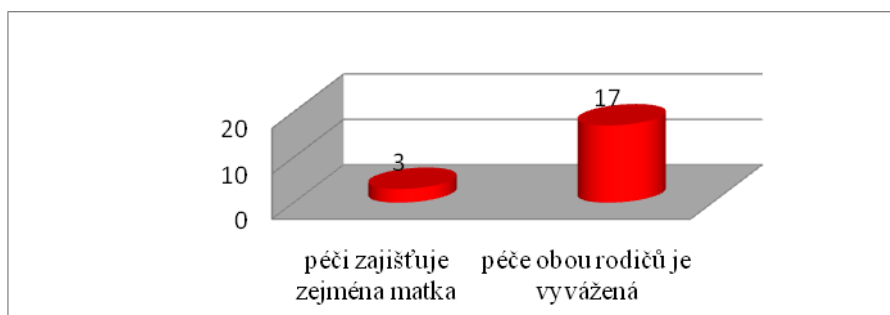
Graf 27: Pomoc zdravých dětí v domácnosti (Otázka č. 5)



Zdroj: vlastní výzkum

Z grafu vyplývá, že 12 dotázaných rodin se zdravými dětmi uvedlo, že dítě pomáhá v domácnosti méně než jednu hodinu. 2 dotázané rodiny sdělily, že jejich dítě vzhledem k nízkému věku v domácnosti pomáhat nemůže. 2 dotázané rodiny uvádí, že dítě pomáhá v domácnosti více než jednu hodinu. 4 rodiny si vybraly jinou možnost. Rodiny uvedly, že děti pomáhají, pokud je rodiče vyzvou k pomoci. Další odpověď byla, že děti pomáhají občas a jedna rodina uvedla, že starší dítě pomáhá v domácnosti několikrát týdně méně než jednu hodinu a mladší dítě pomáhá jednou týdně méně než jednu hodinu.

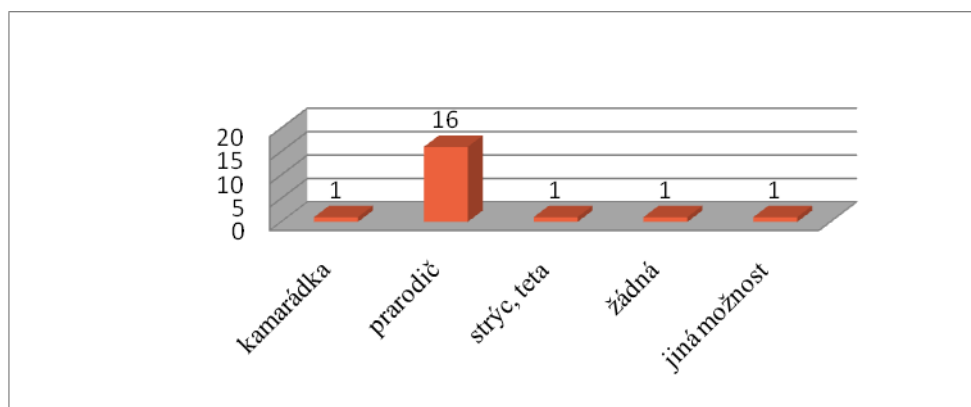
Graf 28: Podíl péče otce a matky o zdravé děti (otázka č. 6)



Zdroj: vlastní výzkum

Z grafu je patrné, že ve třech dotázaných rodinách se zdravými dětmi zajišťuje péči zejména matka. 17 rodin uvedlo, že péči zajišťuje jak otec, tak matka.

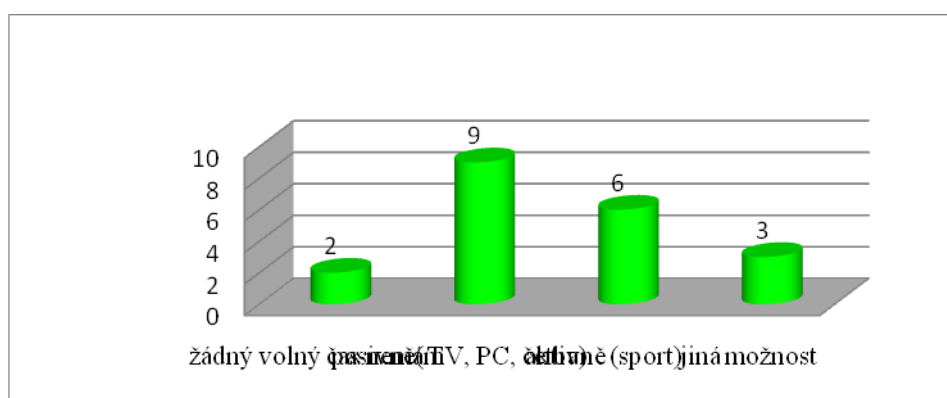
Graf 29: Možnost zastoupení v péči o zdravé děti (Otázka č. 7)



Zdroj: vlastní výzkum

Z grafu je patrné, že rodiny se zdravými dětmi mají nejčastěji zajištěn zástup v péči prarodiči, takto odpovědělo 16 dotázaných rodin. Jedna dotázaná rodina uvedla, že rodiče v péči zastupuje kamarádka. Jedna rodina uvedla, že rodiče v péči zastupuje strýc nebo teta. Jedna z dotázaných rodin nemá zajištěn žádný zástup v péči a jedna rodina zvolila jinou možnost, ve které sdělila, že v péči rodiče zastupuje sestřenice.

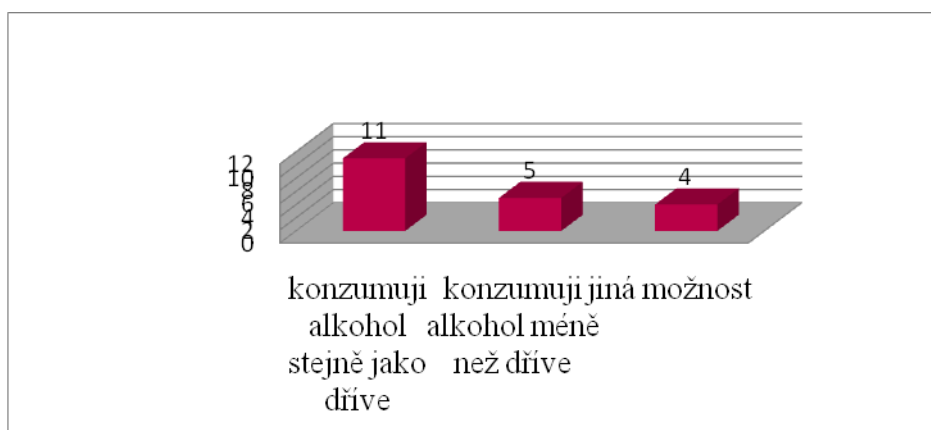
Graf 30: Možnost trávení volného času u rodičů se zdravými dětmi (Otázka č. 8)



Zdroj: vlastní výzkum

Z grafu vyplývá, že 9 dotázaných rodin tráví svůj volný čas pasivně. 6 dotázaných rodičů se věnuje sportu a dvě rodiny uvedly, že žádný volný čas nemají. Tři dotázané rodiny si zvolily jinou možnost, kde se vyskytla odpověď, že tráví volný čas aktivním i pasivním způsobem, dále včelařením, zahradničením, výlety a studiem.

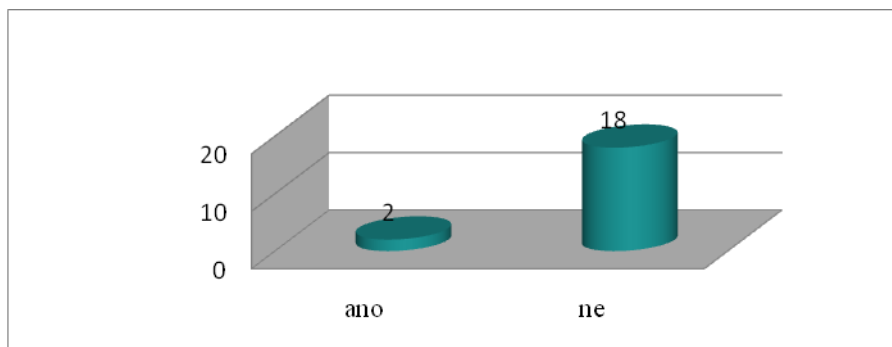
Graf 31: Konzumace alkoholu u rodičů po narození zdravých dětí (Otázka č. 9)



Zdroj: vlastní výzkum

Z grafu vyplývá, že 11 dotázaných rodin se zdravými dětmi konzumuje alkohol ve stejné míře než před narozením dítěte. 5 dotázaných rodin konzumuje alkohol méně než před narozením dítěte. 4 dotázané rodiny zvolily jinou možnost. V této možnosti uvedly, že nekonzumují alkohol vůbec anebo příležitostně.

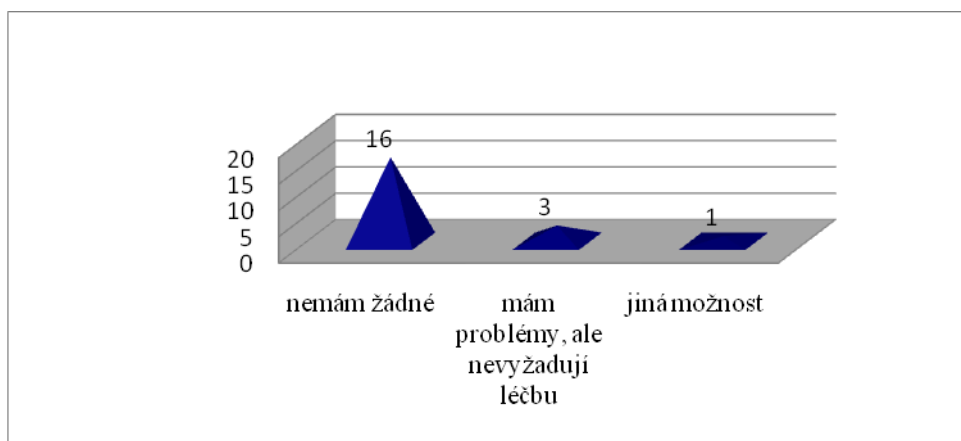
Graf 32: Množství času stráveného v zaměstnání po narození dítěte u partnera (Otázka č. 10)



Zdroj: vlastní výzkum

Z grafu je patrné, že 18 dotázaných rodin uvádí, že množství času stráveného v zaměstnání u partnera je po narození dítěte stejné jako před narozením dítěte. 2 dotázané rodiny uvádí, že po narození dítěte se u partnera změnila doba strávená v zaměstnání.

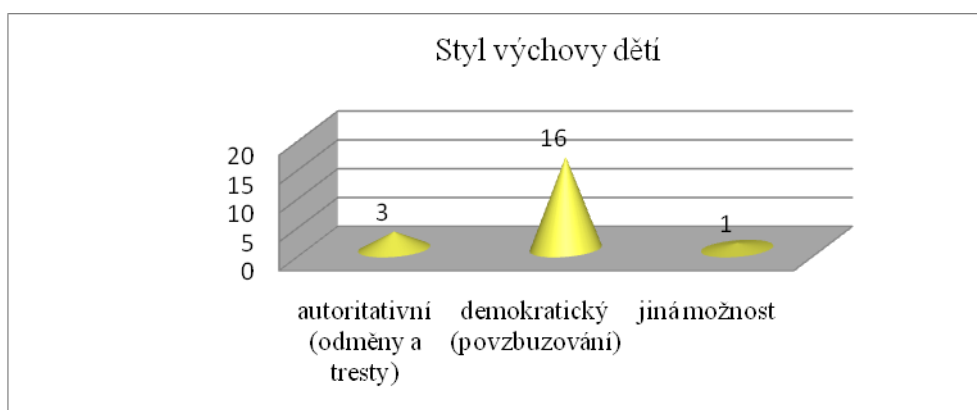
Graf 33: Psychické problémy spojené s výchovou dětí u rodičů se zdravými dětmi (Otázka č. 11)



Zdroj: vlastní výzkum

Z grafu je patrné, že 16 dotázaných rodin nemá žádné psychické problémy, které by byly spojené s výchovou dětí. 3 dotázané rodiny uvedly, že mají problémy, které nevyžadují léčbu, a jeden dotázaný rodič uvedl, že se farmakologicky léčí, avšak toto není způsobeno výchovnými problémy dětí.

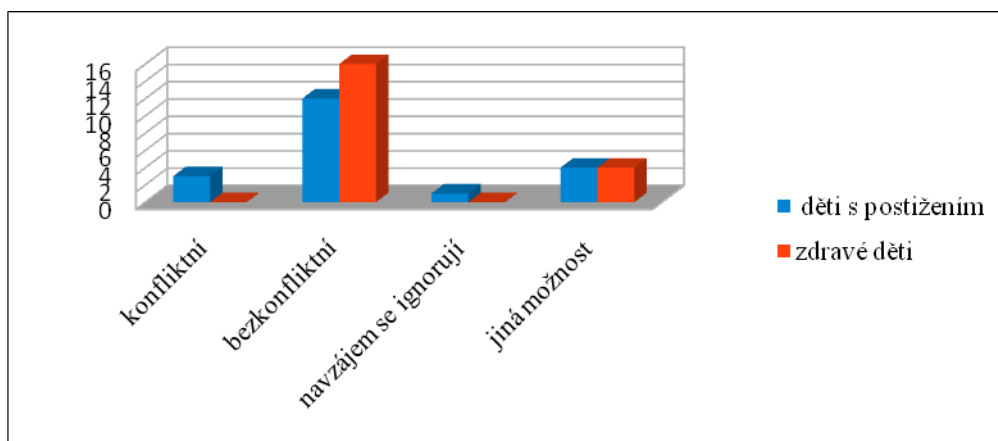
Graf 34: Styl výchovy u rodičů zdravých dětí (Otázka č. 12)



Zdroj: vlastní výzkum

Z grafu vyplývá, že 16 rodičů zdravých dětí, kteří byli dotázáni, upřednostňují demokratický styl výchovy. 3 z dotázaných rodičů využívá autoritativní styl výchovy a jedna rodina zvolila jinou možnost, kde uvedla, že používá autoritativní i demokratickou výchovu.

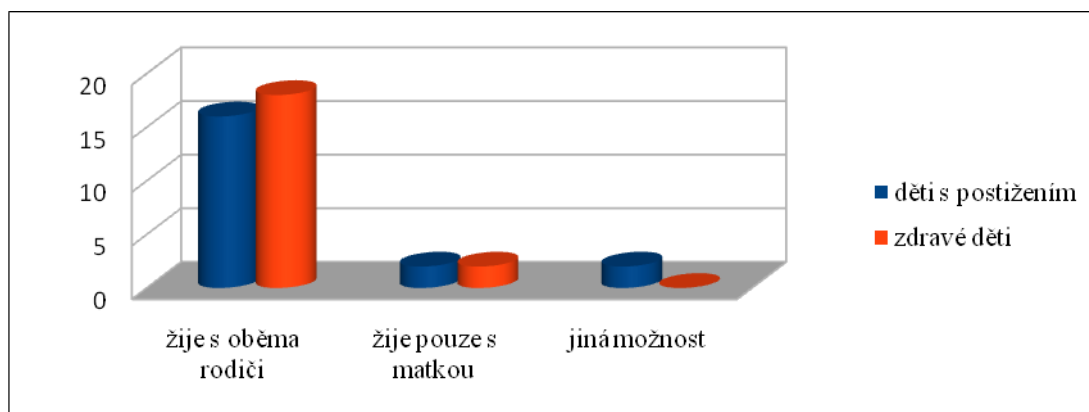
Graf 35: Porovnání vztahů mezi sourozenci v rodině se zdravými dětmi a v rodině s dítětem s mentálním postižením



Zdroj: vlastní výzkum

Z grafu je patrné, že v rodinách s dítětem, které má mentální postižení, se oproti rodinám se zdravými dětmi vyskytuje více konfliktních vztahů mezi sourozenci. V rodinách s dítětem s mentálním postižením někteří zdraví sourozenci děti s postižením ignorují.

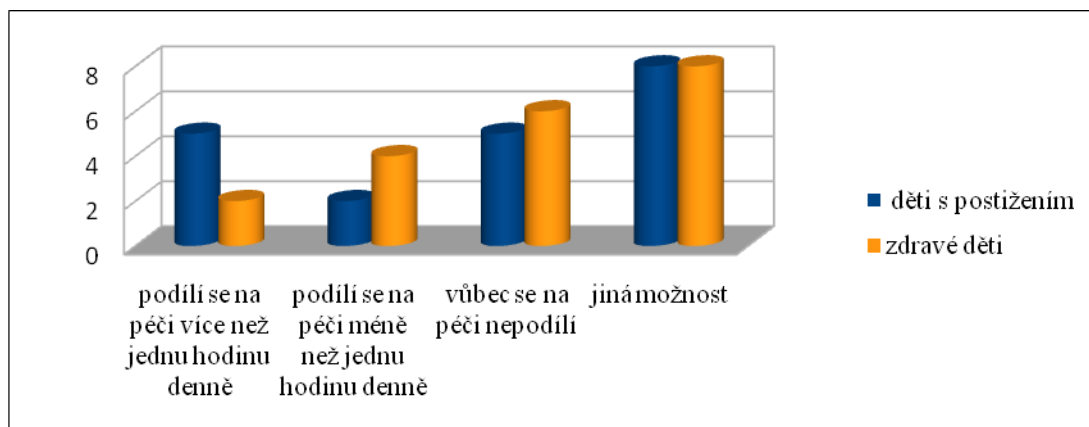
Graf 36: Rodinné zázemí dětí s mentálním postižením a dětí zdravých



Zdroj: vlastní výzkum

Z grafu vyplývá, že podíl dětí žijících pouze s matkou je u obou dotázaných vzorků stejný, zatím co více zdravých dětí než dětí s mentálním postižením žije s oběma rodiči.

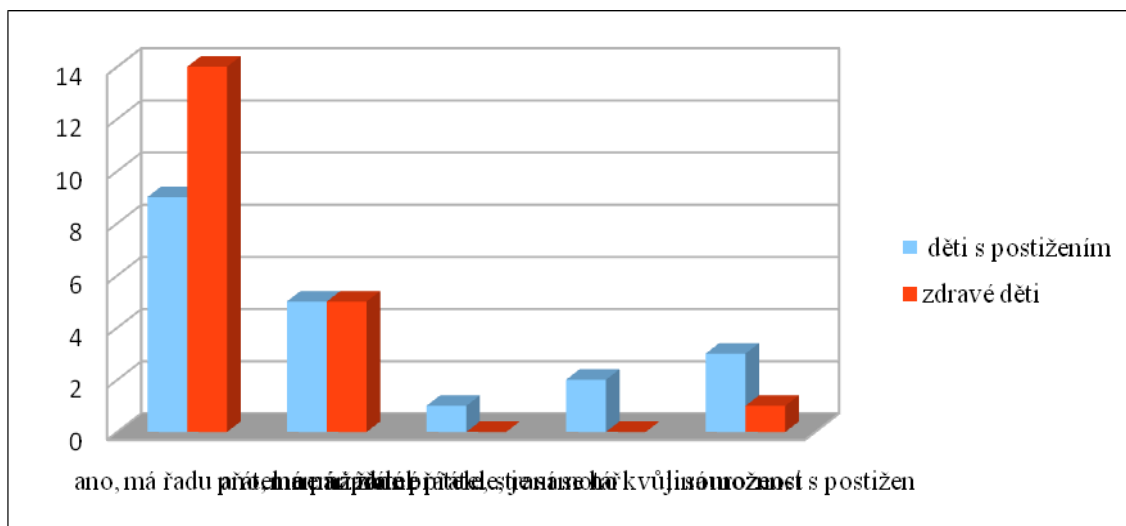
Graf 37: Pomoc starších zdravých sourozenců s mladšími sourozenci a pomoc zdravých sourozenců s péčí o sourozence s mentálním postižením



Zdroj: vlastní výzkum

Z grafu je patrné, že sourozenci dětí s mentálním postižením se podílejí na péči o děti s postižením více než zdraví sourozenci o mladší sourozence.

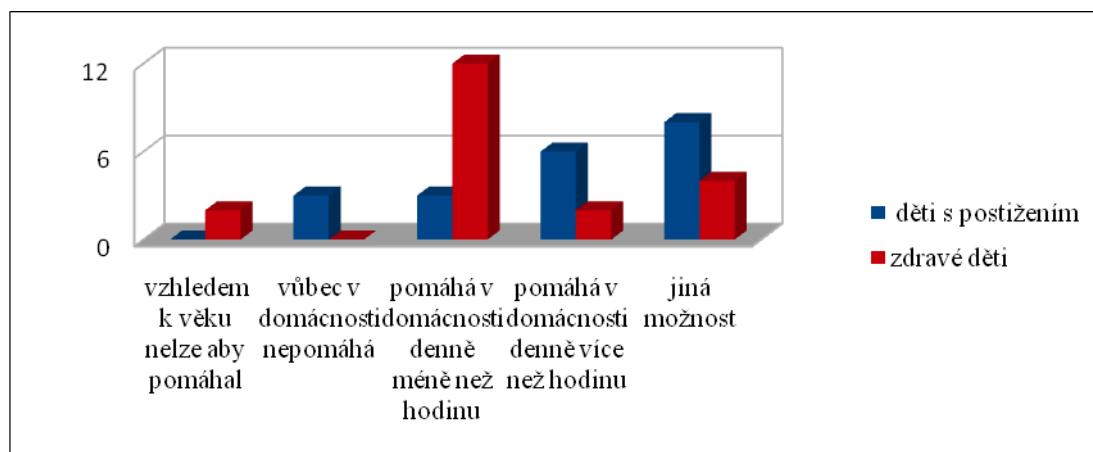
Graf 38: Navazování přátelských vztahů sourozenců zdravých dětí a sourozenců dětí s mentálním postižením



Zdroj: vlastní výzkum

Z grafu je patrné, že sourozenci zdravých dětí mají více přátelských vztahů nežli sourozenci dětí s mentálním postižením.

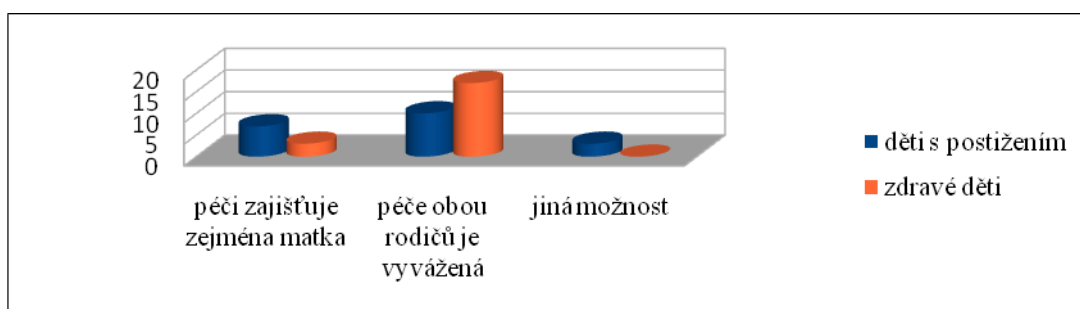
Graf 39: Podíl sourozenců v péči o domácnost v rodinách se zdravými dětmi a v rodinách s dítětem s mentálním postižením



Zdroj: vlastní výzkum

Z grafu je patrné, že do chodu domácnosti se nezapojují někteří zdraví sourozenci dětí s mentálním postižením. Oproti tomu v rodinách se zdravými dětmi se tato odpověď nevyskytla. V rodinách s dítětem s mentálním postižením je však oproti rodinám se zdravými dětmi častější odpověď, že dítě pomáhá v domácnosti více než jednu hodinu.

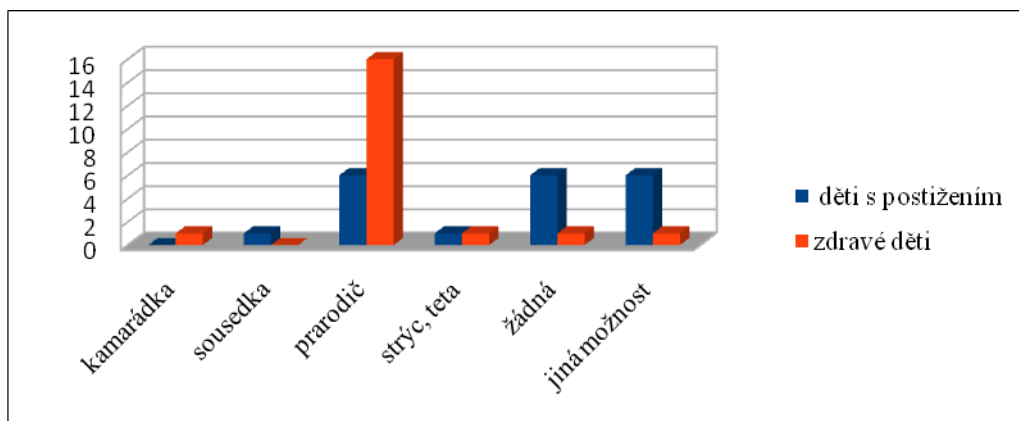
Graf 40: Rozdělení rodičovských rolí v rodině se zdravými dětmi a v rodině s mentálně postiženým dítětem



Zdroj: vlastní výzkum

Z grafu vyplývá, že v rodinách se zdravými dětmi je péče o děti mezi rodiči více vyvážená oproti rodinám s dítětem s mentálním postižením.

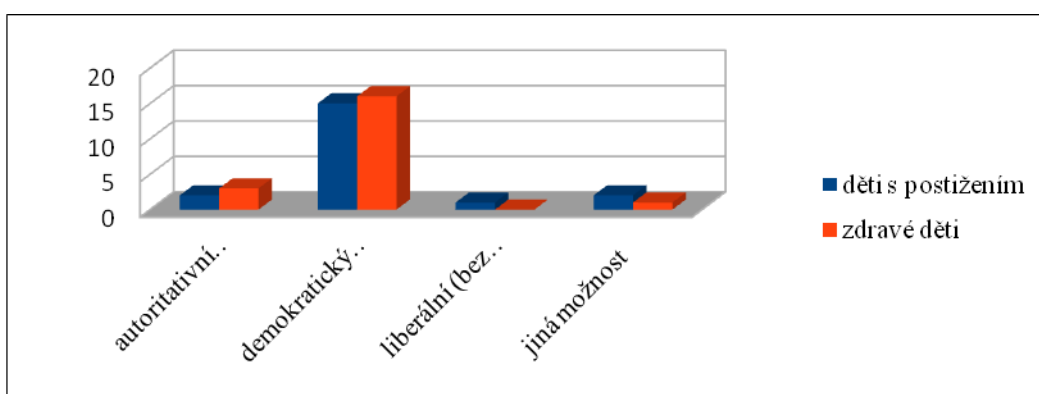
Graf 41: Zástup v péči o děti v rodinách se zdravými dětmi a v rodinách s dítětem s mentálním postižením



Zdroj: vlastní výzkum

Z grafu je patrné, že více rodin s dítětem s mentálním postižením nemá zajištěn zástup v péči o dítě. U rodičů zdravých dětí převládá odpověď, že v péči zastupuje prarodič.

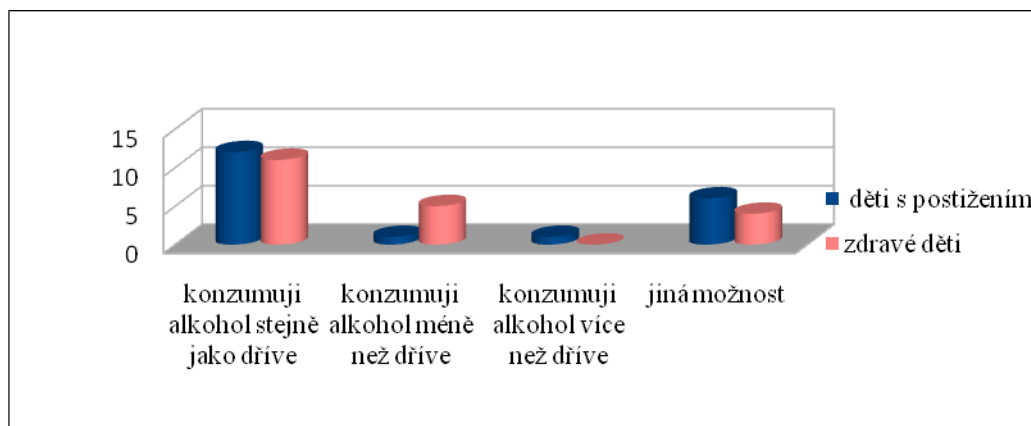
Graf 42: Styl rodičovské výchovy u dětí s mentálním postižením v porovnání se stylem rodičů zdravých dětí



Zdroj: vlastní výzkum

Z grafu je patrné, že více rodičů zdravých dětí než rodičů dětí s mentálním postižením využívá autoritativní styl výchovy. U rodičů dětí s mentálním postižením se vyskytla odpověď, že uplatňují liberální styl, zatím co u rodičů zdravých dětí se tato odpověď nevyskytla.

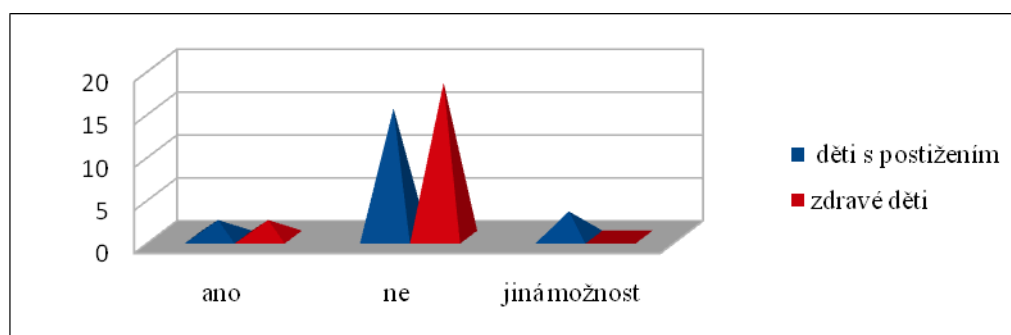
Graf 43: Konzumace alkoholu po narození dětí u rodičů zdravých dětí a u rodičů dětí s mentálním postižením



Zdroj: vlastní výzkum

Z grafu je patrné, že více rodičů zdravých dětí než rodičů dětí s mentálním postižením konzumuje alkohol méně než dříve. U rodičů dětí s mentálním postižením se oproti druhému vzorku vyskytla i odpověď častější konzumace alkoholu než dříve.

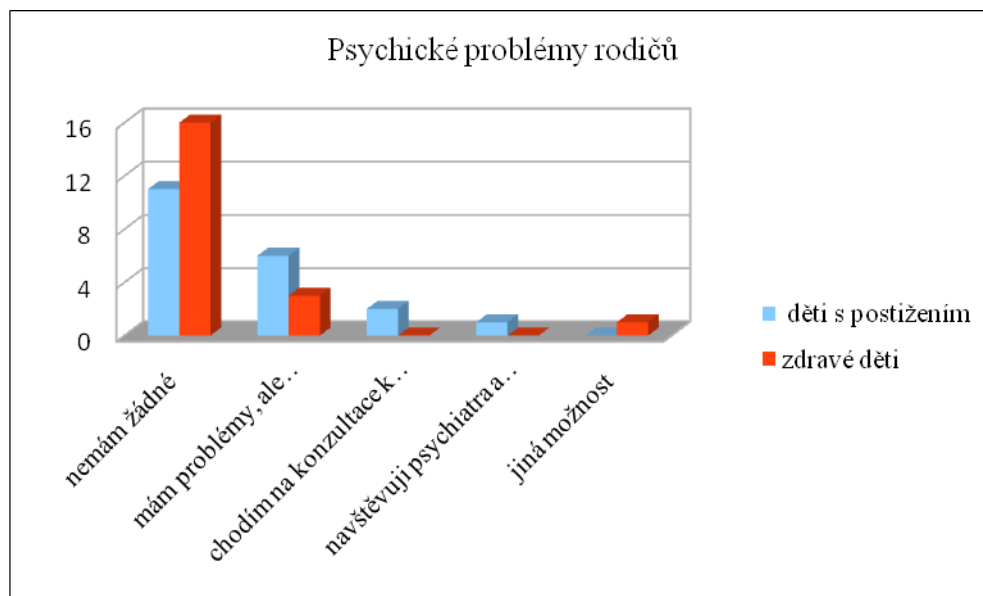
Graf 44: Změna komunikace v rodině se zdravými dětmi a v rodině s dětmi s mentálním postižením po narození dětí



Zdroj: vlastní výzkum

Z grafu vyplývá, že rodiny s dětmi s mentálním postižením uvedly častěji než druhý vzorek jinou možnost. V této možnosti bylo zaznamenáno, že nekomunikují o tématech, která by dítě s mentálním postižením nějakým způsobem zasáhla.

Graf 45: Psychické problémy rodičů zdravých dětí a dětí s mentálním postižením v souvislosti s narozením dětí



Zdroj: vlastní výzkum

Z grafu vyplývá, že rodiče dětí s mentálním postižením mají častější psychické problémy, než rodiče zdravých dětí.

4.2 Statistické testování hypotéz

Hypotéza 1 zní: *Péče o dítě s mentálním postižením je zajištěna převážně matkami.* V dotazníku se k hypotéze vztahuje otázka č. 12. *Jaký je podíl péče o dítě s mentálním postižením mezi Vámi a partnerem?* Pro porovnání zastoupených odpovědí mezi nominální proměnnou preferující péči matky, nominální proměnnou využívající zejména péči otce i nominální proměnnou, která využívá péči obou rodičů, jsem užila chí-kvadrát.

K výpočtu tzv. testového kritéria chí- kvadrátu byl užit vzorec: $\chi^2 = \sum (P-O)^2/O$

Tabulka 1: Výpočet testového kritéria u otázky č. 12

Podíl v péči o dítě	Pozorovaná četnost (P)	Očekávaná četnost (O)	(P-O) ² /O
matka	7	7	0
jiná možnost	3	6	1,5
oba	10	7	1,28
součet	20	20	2,78

Zdroj: Vlastní výzkum

Hodnotu testového kritéria srovnáváme s tzv. kritickou hodnotou, kterou lze nalézt ve statistických tabulkách. Kritickou hodnotu hledáme podle hladiny významnosti a počtu stupňů volnosti. Nejčastější hladina významnosti je 0,05 nebo 0,01. Stupeň volnosti závisí na počtu řádků tabulky minus jedna. Kritická hodnota tedy je:

$$\chi^2_{0,001}(1) = 3,841 \text{ nebo}$$

$$\chi^2_{0,005}(1) = 6,635$$

Vypočítaná hodnota testového kritéria $\chi^2 = 2,78$ je větší než kritická hodnota $\chi^2_{0,01}(1) = 3,841$ nebo $\chi^2_{0,05}(1) = 6,635$, proto lze říct, že odpovědi nejsou ve stejném poměru. Převládá odpověď, že péče je zajištěna oběma rodiči nebo jen matkou.

Ze statistického vyhodnocení vychází, že hypotéza 1 byla potvrzena.

Hypotéza 2 zní: *V rodinách s dítětem s mentálním postižením bude častější výskyt rizikového chování, nežli v rodinách se zdravými dětmi.*

$$\chi^2 = \sum (P-O)^2/O$$

Tabulka 2: Výpočet testového kritéria u otázky č. 19

Konzumace alkoholu	Pozorovaná četnost (P)	Očekávaná četnost (O)	(P-O) ² /O
Stejně jako dříve	11	6	4,16
Jiná možnost	4	7	1,28
Méně než dříve	5	7	0,57
Součet	20	20	6,01

Zdroj: Vlastní výzkum

Kritická hodnota je: $\chi^2_{0,01}(1) = 3,841$ nebo $\chi^2_{0,05}(1) = 6,635$

Vypočítaná hodnota testového kritéria $\chi^2 = 6,01$ je větší než kritická hodnota $\chi^2_{0,01}(1) = 3,841$, nižší než $\chi^2_{0,05}(1) = 6,635$, proto lze říct, že odpovědi nejsou ve stejném poměru. Převládá odpověď, že konzumace alkoholu se po narození dítěte s postižením nezměnila.

Hypotéza 3 zní: *Sourozenci dětí s mentálním postižením mají méně přátelských vztahů nežli zdravé děti.*

$$\chi^2 = \sum (P-O)^2/O$$

Tabulka 3: Výpočet testového kritéria u otázky č. 9

Navazování přátelských vztahů	Pozorovaná četnost (P)	Očekávaná četnost (O)	(P-O) ² /O
Řada přátel	9	4	6,25
Pár přátel	5	4	0,25
Samotář	1	4	2,25
Vyhýbají se mu	2	4	1
Jiná možnost	3	4	0,25
Součet	20	20	10

Zdroj: Vlastní výzkum

Kritická hodnota je: $\chi^2_{0,01}(1) = 3,841$ nebo $\chi^2_{0,05}(1) = 6,635$

Vypočítaná hodnota testového kritéria $\chi^2 = 10,00$ je větší než kritická hodnota $\chi^2_{0,01}(1) = 3,841$ a než $\chi^2_{0,05}(1) = 6,635$, proto lze říct, že odpovědi nejsou ve stejném poměru. Převládá odpověď, že děti mají řadu přátel.

Výsledky hypotéz jsou následující. Pokud se výsledky výzkumu porovnají s výzkumem u rodin se zdravými dětmi, jsou zde patrné nuance, které nejsou bez porovnání patrné. Z důvodu malého zastoupení rodičů dětí s mentálním postižením nebylo možné provést adekvátní statistické vyhodnocení. Tito rodiče jsou zahlceni množstvím výzkumů, a proto se dalších nechtějí příliš účastnit.

5 DISKUZE

V teoretické části práce bylo zmíněno, že péči o děti s mentálním postižením zajišťuje zejména matka. V rodinách s mentálním postižením dítěte je nejčastěji zastoupen model tradiční rodiny, kdy je matka pečující osobou a otec zajišťuje rodinu ekonomicky.⁶⁷ Tato zkušenost byla potvrzena i ve výzkumu. 7 dotázaných rodin uvedlo, že péči zajišťuje zejména matka a u 10 rodin byla péče vyvážená. 3 rodiny uvedly jinou možnost.

Ve výsledcích výzkumu je patrné, že v péči o děti s mentálním postižením nemají rodiče často zástup na rozdíl od rodičů zdravých dětí, kde se zastupující osobou často stává prarodič. 6 rodin s dítětem s mentálním postižením, které byly dotázány, uvedlo, že nemá zástup v péči. Pro prarodiče bývá stejně tak jako pro rodiče obtížné, vyrovnat se se skutečností, že jejich vnouče je mentálně handicapované, což může být důvodem odmítnutí péče. V teoretické části práce je následující vysvětlení role prarodičů. S pomocí širší rodiny si můžeme vyměňovat zkušenosti. Děje se tak zejména ze strany prarodičů k vnoučatům.⁶⁸

Obtížněji se s handicapem vyrovnávají otcové. Každá matka má potřebu o své dítě se postarat, ať je jakékoliv. Proto mnoho otců těžký úděl narození dítěte s postižením nepřijme a ponechá tak veškerou péči na matce, což také může znamenat rozpad rodiny. Dítě však potřebuje oba rodiče, a proto není tato situace žádoucí. Matka si zaslouží svůj odpočinek, aby mohla dítěti zajistit kvalitní péči a nabrat dostatek psychických i fyzických sil. Úloze odpočinku pečujících osob jsem se v teoretické části také věnovala. Pokud je přenechána veškerá péče na bedrech jednoho člena rodiny, hrozí jeho vyčerpání a v této situaci je již pozdě na přerozdělování rolí. Pokud je dítě svěřeno do péče starší osoby, může být organismus ještě rychleji vyčerpán.

⁶⁷ JAN MICHALÍK. *Šance dětem: Rodina a dítě se zdravotním postižením* [online]. 2013 [cit. 2013-03-22]. Dostupné z: <http://www.sancedetem.cz/cs/hledam-pomoc/deti-se-zdravotnim-postizenim/rodina-ditete-se-zdravotnim-postizenim/rodina-a-dite-se-zdravotnim-postizenim.shtml>

⁶⁸ ŠPAŇHELOVÁ, Ilona. *Dítě a rozvod rodičů: poznatky vývojové psycholingvistiky*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2010, 173 s. Pro rodiče. ISBN 978-80-247-3181-0.

Často se stává, že je dítě svěřeno do péče prarodiče, jelikož má více času se mu věnovat. Část dne by měl rodič, který je více do výchovného procesu zainteresován, věnovat jiné činnosti. Dovolenu by měl čerpat minimálně jednou, optimálně dvakrát za rok. Dovolena by měla trvat dva, tři, nejlépe čtyři týdny. Velmi účinný je z hlediska duševní hygieny pobyt v lázních bez dítěte. Rodina by tuto samozřejmost měla pečujícímu členu rodiny poskytnout. K dalším opatřením patří zajištění náhradní pečující osoby v případě onemocnění hlavního pečujícího. Najde se velmi málo osvícených otců, kteří svým partnerkám s péčí o dítě s mentálním postižením pomáhají.⁶⁹

Frustrace rodiče může přerůst k verbálnímu násilí, kterým se snaží rodič svou úzkost maskovat. Každé dítě, byť je mentálně handicapované, potřebuje mít doma psychickou pohodu. Pro dítě s mentálním postižením, stejně jako pro dítě zdravé je důležité, aby vyrůstalo v klidném prostředí. Aby se rodiče radovali ze života a byli vyrovnaní. I když je to - beze sporu - velmi těžké. Ovšem je to důležité proto, aby dítě bylo v rámci svého postižení v dobré psychické kondici. Rodina by si měla navzájem pomáhat, být vůči sobě solidární a trpělivá⁷⁰. Jak již bylo v literatuře zmíněno, tak vychovávat dítě s mentálním postižením je hrdinství. Neodsuzuji rodiče, kteří své dítě s mentálním postižením umístí do domova pro osoby se zdravotním postižením. Z výzkumu je patrné, že pouze čtyři dotázané rodiny mají dítě s mentálním postižením celodenně doma.

Překvapily mě výsledky výzkumu v tom, že malá část rodičů dětí s mentálním postižením uvádí, že se díky narození dítěte s mentálním postižením u nich v rodině změnila komunikace. Teoretická část práce v této teorii nesouhlasí. V rodině, kde je dítě s mentálním postižením, může docházet častěji k neshodám. Každý člověk má jinou frustrační toleranci a jiný způsob vyrovnávání se s úzkostí. Jednou

⁶⁹ MATĚJČEK, Zdeněk a Markéta ČAPKOVÁ. *Rodičům dětí s vážnějším mentálním postižením. 2.*, upr. vyd. Praha: Nakladatelství České geografické společnosti, 2000, 15 s. Rádci pro rodiče a vychovatele. ISBN 80-707-1147-7.

⁷⁰ MATĚJČEK, Zdeněk a Markéta ČAPKOVÁ. *Rodičům dětí s vážnějším mentálním postižením. 2.*, upr. vyd. Praha: Nakladatelství České geografické společnosti, 2000, 15 s. Rádci pro rodiče a vychovatele. ISBN 80-707-1147-7.

z nejčastějších obran vůči úzkosti je agrese. Agrese může být obrácena jak proti dítěti, tak proti jiným rodinným členům. Nejčastěji tedy člověk obrací agresi proti nejbližším lidem. Proto často ve zmíněných rodinách může dojít ke konfliktům. Tyto konflikty mohou vyústit až k rozvodu ⁷¹.

V teoretické části bylo zmíněno, že sourozenec dítěte s mentálním postižením je v rodině dítěte s mentálním postižením velmi důležitý. Sourozenci si mezi sebou vytváří zvláštní vztah, který může trvat po celý život. Vztah sourozenců, z nichž jeden má mentální postižení, může být stejně kvalitní jako u zdravých sourozenců ⁷². Sourozenecký vztah má od běžného sourozeneckého vztahu svá specifika. Od zdravého sourozence se vyžaduje, aby pomáhal v péči o dítě s mentálním postižením. Jak bylo ve výzkumu zjištěno, tak sourozenci dětí s mentálním postižením pomáhají v péči o svého sourozence častěji než starší zdraví sourozenci o mladší sourozence.

Ve výzkumu bylo zjištěno, že sourozenecké vztahy s dítětem s mentálním postižením bývají více konfliktní než mezi sourozenci zdravými. Konflikty mezi sourozenci mohou být dány také tím, že rodiče mají o své zdravé děti větší obavy a mnoho věcí zakazují. V souvislosti s ochrannou výchovou dětí s postižením může mít tato skutečnost neblahý vliv na sourozenecký vztah. Zdravému dítěti se nelíbí, že dítě s postižením může všechno, zatím co ono je ve spoustě věcí omežováno. Zdraví sourozenci mohou pociťovat po narození mentálně postiženého sourozence pocity méněcennosti a hanby. Tyto pocity mohou zapříčinit, že se sourozenec projevuje nevhodným způsobem. Zdravý sourozenec se může cítit oproti nemocnému nespravedlivě znevýhodněn ⁷³.

Ve výzkumu bylo zjištěno, že sourozenci dětí s mentálním postižením mají ve srovnání se sourozenci zdravých dětí méně přátelských vztahů. Někteří dotázaní

⁷¹ MATĚJČEK, Zdeněk. *Co děti nejvíc potřebují*. 5. vyd. Praha: Portál. 2008. ISBN 978-8-7367-504-2.

⁷² MEYER D. J. A VADASY P.F. *"Sibshops: Workshops for Brothers and Sisters of Children with Special Needs"*. 1. vyd. Baltimore: Paul H. Brookes Publishing Co., Inc., 1994. bez ISBN.

⁷³ HELENA KOČOVÁ. *Šance dětem: Rodina dítěte s tělesným postižením* [online]. 2013 [cit. 2013-03-23]. Dostupné z: <http://www.sancedetem.cz/cs/hledam-pomoc/deti-se-zdravotnim-postizenim/rodina-ditete-s-telesnym-postizenim.shtml>.

vedli, že právě díky tomu, že dítě má sourozence s mentálním postižením, tak s ním děti nechtějí kamarádit. Děti, které mají zdravé sourozence, si spolu mohou doma povídat a hrát, zatím co sourozenci dětí s mentálním postižením jsou o toto ochuzeni. Sourozenci dětí s mentálním postižením jsou od dětství konfrontováni s realitou nemoci, proto mohou být empatičtější a psychicky vyspělejší. Zmiňuji od dětství, jelikož v mém výzkumu bylo zjištěno, že děti s mentálním postižením bývají v rodině nejčastěji prvorození.

Ve výzkumu bylo zjištěno, že rodiče dětí s mentálním postižením konzumují po narození dítěte s mentálním postižením více alkoholu než rodiče zdravých dětí. Tento fakt je dle mého názoru zapříčiněn nevyrovnáním se s frustrací kvůli narození dítěte s mentálním postižením. Jedním z faktorů, proč lidé začnou v nadměrném množství konzumovat alkohol, je vyřešení frustrujícího pocitu mezi realitou a potřebami. Odstraňují tím nepříjemné pocity vyhořelého vztahu. Překonávají tím také psychickou nestabilitu⁷⁴. Rodiče zdravých dětí mají také své problémy, ale ve srovnání s rodiči dětí s mentálním postižením jsou tyto problémy malicherné.

Zjistila jsem, že rodiče dětí s mentálním postižením mají svůj volný čas, stejně tak jako rodiče zdravých dětí a využívají jej zejména pasivně. Péče o dítě s mentálním postižením je náročná nejen psychicky ale také fyzicky. Rodina by měla pěstovat společné zájmy, stejně tak by měla podporovat individuální zájmy členů rodiny. Rodinné zážitky mají vliv na soudržnost rodiny a atmosféru v rodině⁷⁵. Jestliže je k mentálnímu handicapu přidružen také handicap fyzický, musí rodič vynaložit mnoho fyzické síly, aby mohl dítěti pomáhat s pohybem. Není tedy překvapením, že rodiče využívají čas, který jim zbude, z větší části pasivně.

Pro polovinu dotázaných rodičů dětí s mentálním postižením bylo sdělení diagnózy u dítěte první krizovou situací. V teoretické části bylo uvedeno, že pokud rodič zažil již dříve nějakou krizovou situaci, bude se s diagnózou lépe vyrovnávat.

⁷⁴ Zavislosti: Závislost na alkoholu [online]. 2013[cit. 2013-3-23]. Dostupné z:http://www.zavislosti.com/zavislost_na_alkoholu/pozorovatelné_priznaky.html.

⁷⁵ MATĚJČEK Z., Dytrych Z. *Jak a proč nás trápí děti*. Praha: Grada, 1997. bez ISBN

Jestliže rodina již nějakou krizovou situací zažila, bude mít kvalitnější vyrovnávací schopnosti. V neposlední řadě také záleží na tom, zda je partnerský vztah fungující a zda jsou oba partneři kompetentní⁷⁶. Dotázaní rodiče dětí s mentálním postižením ve většině případů neměli sklon k rizikovému chování. Toto chování by, dle mého názoru, bylo jedním z mnoha důsledků nevyrovnání se s krizí. Krize by se mohla odrazit také v tom, že se u rodičů objeví psychologické problémy. Výsledky výzkumu tedy v této části s teorií nekorespondují.

Výzkum ukázal, že u otců dětí zdravých i dětí s mentálním postižením nedošlo ke zvýšení času stráveného v zaměstnání. Tato skutečnost může být způsobena tím, že otci jsou s handicapem dítěte vyrovnáni anebo také tím, že krizi řeší nějakým jiným způsobem.

Z výzkumu bylo zjištěno, že nejvíce dětí s postižením je v rodině prvorozených. Pořadí dětí má na sourozenecké vztahy vliv, jak již bylo řečeno v teoretické části práce. Prvorozené děti usilují většinou o to, aby byly zodpovědné a spolehlivé. Bývají vychovávány přísněji než další děti. Jsou také často zvyklé na to, že jsou středem pozornosti. Někdy mají potřebu pečovat o druhé. Prvorození mívají vysoké cíle a neradi prohrávají. Pro tyto děti bývá těžké vyrovnat se s narozením sourozence, jelikož na něj žárlí⁷⁷. Myslím si, že pokud se matce narodí jako první dítě s postižením, tak je tímto handicapem více zaskočena, než když se toto dítě narodí jako druhé v pořadí. Matka s prvorozeným dítětem s mentálním postižením znejistí, zda, pokud se jí narodí dítě druhé, nebude také nějakým způsobem handicapované. Ale naopak, pokud se jí povede, aby druhé dítě bylo zdravé, může mít tato skutečnost na matku velmi pozitivní psychologický vliv.

Mladší sourozenci dětí s mentálním postižením mají, dle mého názoru, složitější situaci než sourozenci starší. U starších sourozenců je jako samozřejmost bráno, že se starají o mladší sourozence. Mladší sourozenec těžce nese, že není středem

⁷⁶ MATĚJČEK Z., Dytrych Z. *Jak a proč nás trápí děti*. Praha: Grada, 1997. bez ISBN

⁷⁷ ČAPEK, Jan a Markéta ČAPKOVÁ. *Pozitivní výchova sourozenců v rodině*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2010, 115 s. Rádcí pro rodiče a vychovatele. ISBN 978-80-7367-779-4.

zájmu pozornosti, jako to u mladších sourozenců bývá zvykem a mohou tak mezi sourozenci vzniknout spory. Tyto děti bývají hravé, srdečné a roztomilé. Rodiče těchto dětí často na úspěchy jejich mladších potomků již nereagují. Mladší dítě se předvádí a snaží na sebe strhnout pozornost. Rodiče již nebývají tolik přísní. Nejmladší dítě se může stát nezodpovědným. Ostatní sourozenci v něm mohou spatřovat pořád malé dítě

78

⁷⁸ ČAPEK, Jan a Markéta ČAPKOVÁ. *Pozitivní výchova sourozenců v rodině*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2010, 115 s. Rádcí pro rodiče a vychovatele. ISBN 978-80-7367-779-4.

6 ZÁVĚR

Cílem práce bylo zjistit, zda se diametrálně liší rozdělení rodičovských rolí při péči o dítě s mentálním postižením oproti rodině se zdravým potomkem. Dílčím cílem bylo zjistit, zda rodiny s dítětem s mentálním postižením jsou náchylnější k výskytu sociálně patologických jevů.

V teoretické části práce jsem se věnovala klasifikaci mentální retardace. Dále teoretická část práce pojednávala o službách, které mohou rodiny s mentálně postiženým dítětem využít. Následovalo téma rodina, kde jsem se zabývala funkcí rodiny, rolí rodinných členů a sourozeneckými konstelacemi. Zmínka byla také o stylech výchovy a dále jsem se věnovala zvláštnostem rodin s dítětem s mentálním postižením. Nezůstali opomenuti ani sourozenci dětí s mentálním postižením. Dalším tématem byla rodinná odolnost a faktory, které na ní působí. Následně popisují fáze vyrovnání se s krizí při sdělení diagnózy mentálního postižení. Konec teoretické části pojednává o důsledcích nevyrovnání se s krizí a v důsledku toho o rizikovém chování rodičů dětí s mentálním postižením.

Stanovila jsem si 4 hypotézy. Hypotézy byly potvrzeny. Zjistila jsem, že v rodinách s dětmi s mentálním postižením je mezi sourozenci více konfliktních vztahů než v rodinách se zdravými sourozenci. Dále jsem zjistila, že sourozenci dětí s mentálním postižením se starají o děti s mentálním postižením více, než se starají starší zdraví sourozenci o mladší sourozence. Sourozenci dětí s mentálním postižením mají méně přátelských vztahů než děti se zdravými sourozenci. U zdravých dětí je rodičovská péče více vyvážená než u dětí s mentálním postižením. Zde zajišťuje péči zejména matka. Rodiče zdravých dětí mají zástup v péči zajištěn nejčastěji prarodiči, zatímco mnoho rodičů dětí s mentálním postižením zástup v péči nemá. Rodiče zdravých dětí i dětí s mentálním postižením uplatňují zejména demokratický styl výchovy. Psychické problémy rodičů jsou častější u rodičů dětí s mentálním postižením. Věk dětí s mentálním postižením ve výzkumu byl od 7 do 42 let. Věk rodičů se pohyboval v rozmezí od 34 let do 68 let. Ve výzkumu byla zastoupena nejčastěji

středně těžká mentální retardace. Největší zastoupení dětí s mentálním postižením bylo v pořadí rodiny jako nejmladší. Děti s mentálním postižením byly ve většině z úplných rodin. Rodiče dětí s mentálním postižením tráví svůj volný čas nejčastěji pasivně. Dotázaní rodiče pracují nejčastěji na celý úvazek nebo jsou celodenně doma. Většina dětí má svůj vlastní pokoj. Nejvíce dotázaných rodičů dětí s mentálním postižením nikdy nezažilo před sdělením diagnózy krizovou situaci. Většina těchto rodin hovoří stále o všech tématech. Čas strávený v zaměstnání u partnera po narození dítěte také nebyl ve většinové části ovlivněn.

Domnívám se, že řešením do budoucna by mohlo být rozšíření respitní péče, protože rodiče dětí s mentálním postižením potřebují čas na odpočinek. Bylo totiž zjištěno, že mnoho z těchto rodičů nemá žádnou zastupující osobu v péči. Cíl byl splněn.

7 SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ

- (1) Alkoholik: Příznaky závislosti na alkoholu [online]. 2013 [cit. 2013-03-23]. Dostupné z: http://www.alkoholik.cz/zavislost/psychika_a_telo/priznaky_zavislosti_na_alkoholu_podle_mudr_karla_nespora.html.
- (2) BLAŽEK, B, Olmrová J. *Světy postižených: sociální posila v rodinách s mentálně retardovaným dítětem*. 1. vyd. Praha: Avicenum, 1988.
- (3) BOLDIŠ, P. *Bibliografické citace dokumentu podle CSN ISO 690-2: část 1 – Citace: metodika a obecná pravidla*. Verze 3. 3, [online]. 11. 11. 2004 [cit. 2013-02-21]. Dostupné z <http://www.boldis.cz/citace/citace.pdf>.
- (4) BOLDIŠ, P. *Bibliografické citace dokumentu podle CSN ISO 690 a CSN ISO 690-2: část 2- Citace: modely a příklady u jednotlivých typů dokumentů*. Verze 3.0, [online]. 11. 11. 2004 [cit. 2013 – 02- 21].
- (5) *Cesty katecheze: pevný bod v životě člověka* [online]. 2013 [cit. 2013-05-01]. Dostupné z: <http://www.cestykatecheze.cz/casopis/2009-2/Pevny-bod-v-zivote-cloveka.html>.
- (6) ČAPEK, Jan a Markéta ČAPKOVÁ. *Pozitivní výchova sourozenců v rodině*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2010, 115 s. Rádcí pro rodiče a vychovatele. ISBN 978-80-7367-779-4.
- (7) Dětská mozková obrna: o DMO. [online]. 2012 [cit. 2013-01-19]. Dostupné z: <http://www.dmo.cz/home/formy-dmo>
- (8) DISMAN, M. *Jak se vyrábí sociologická znalost: Příručka pro uživatele*. 3. vyd. Praha: Univerzita Karlova v Praze. Nakladatelství Karolinum. 2002. 374 s. ISBN 80-246-0139-7.
- (9) EVANS, Patricia. *Jedovatá slova: jak rozpoznat verbální násilí a jak na ně reagovat*. Vyd. 1. Překlad Petra Žižlavská. Brno: Computer Press, 2010, 176 s. ISBN 978-802-5127-902.

- (10) HELENA KOČOVÁ. Šance dětem: Rodina dítěte s tělesným postižením [online]. 2013 [cit. 2013-03-23]. Dostupné z: <http://www.sancedetem.cz/cs/hledam-pomoc/deti-se-zdravotnim-postizenim/rodina-ditete-s-telesnym-postizenim.shtml>.
- (11) Helpnet: mentální postižení. ŠVARCOVÁ, Ivana. [online]. 15.10.2012 [cit. 2013-01-19]. Dostupné z: <http://www.dobromysl.cz/scripts/detail.php?id=623&tmplid=45>
- (12) HOWLIN, Patricia a Miroslava JELÍNKOVÁ. *Autismus u dospívajících a dospělých: cesta k soběstačnosti*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2005, 295 s. Speciální pedagogika (Portál). ISBN 80-736-7041-0.
- (13) HRDLIČKA, Michal a Vladimír KOMÁREK. *Dětský autismus*. 1. vyd. Praha: Portál, 2004, 208 s. ISBN 80-7178-813-9.
- (14) JAN MICHALÍK. Šance dětem: Rodina a dítě se zdravotním postižením [online]. 2013 [cit. 2013-03-22]. Dostupné z: <http://www.sancedetem.cz/cs/hledam-pomoc/deti-se-zdravotnim-postizenim/rodina-ditete-se-zdravotnim-postizenim/rodina-a-dite-se-zdravotnim-postizenim.shtml>.
- (15) JAN MICHALÍK. Šance dětem: V rodině není pouze nemocné dítě [online]. 2013 [cit. 2013-03-22]. Dostupné z <http://www.sancedetem.cz/cs/uhledam-pomoc/deti-se-zdravotnim-postizenim/rodina-ditete-se-zdravotnim-postizenim/v-rodine-neni-pouze-nemocne-dite.shtml>.
- (16) JIŘÍ MAREŠ. *Šance dětem. Posttraumatický rozvoj dětí a rodičů*[online]. 2013 [cit. 2013-03-22]. Dostupné z: <http://www.sancedetem.cz/cs/hledam-pomoc/rodina-v-problemove-situaci/psychicke-problemy-v-rodine/posttraumaticky-rozvoj-deti-a-rodicu.shtml>.
- (17) KAHOUN, Vilém. *Sociální zabezpečení: vybrané kapitoly*. Vyd. 1. Praha: Triton, 2009, 445 s. ISBN 978-807-3873-462.
- (18) KLUB DOWNOVA SYNDROMU. *Sdružení pro pomoc mentálně postiženým: Čtení nejen pro rodiče*. Jablonec nad Nisou: SPMP, 1998, 32 s. bez ISBN.
- (19) KOZLOVÁ, L., KUBELOVÁ, V. *Jak psát bakalářskou a diplomovou práci*. 1. vyd. České Budějovice: Jihočeská univerzita. Zdravotně sociální fakulta. 2008. 56 s. ISBN 978-80-7394-112-3.

(20) KOZLOVÁ, Lucie. *Sociální služby*. Vyd. 1. v Praze: Triton, 2005, 79 s. ISBN 80-725-4662-7.

(21) KŘIVOHLAVÝ, Jaroslav.: *Psychologie zdraví*. Praha, Portál, 2001

(22) LOBATO, D. J. *Brothers, Sisters, and Special Needs: Information and Activities for Helping Young Siblings of Children with Chronic Illnesses and Developmental Disabilities*. " 1. vyd. Baltimore: Paul H. Brookes Publishing Co., Inc., 1990. bez ISBN

(23) LUKASOVÁ, Elisabeth. *I tvoje utrpení má smysl: Logoterapeutická útěcha v krizi*. Brno: Nakladatelství Cesta, 2006. ISBN 80-85319-79-9.

(24) MATĚJČEK, Zdeněk. *Co děti nejvíc potřebují*. 5. vyd. Praha: Portál. 2008. ISBN 978-8-7367-504-2

(25) MATĚJČEK, Zdeněk. *Dítě a rodina v psychologickém poradenství*. 1. vyd. Praha: Státní pedagogické nakladatelství, 1992, 223 s. ISBN 80-04-25236-2.

(26) MATĚJČEK Z., Dytrych Z. *Jak a proč nás trápí děti*. Praha: Grada, 1997. bez ISBN

(27) MATĚJČEK, Zdeněk a Markéta ČAPKOVÁ. *Rodičům dětí s vážnějším mentálním postižením*. 2., upr. vyd. Praha: Nakladatelství České geografické společnosti, 2000, 15 s. Rádcí pro rodiče a vychovatele. ISBN 80-707-1147-7.

EK, Oldřich.

), sv. 3.

ISBN 80-901-4247-8.

(29) MEYER D. J. A VADASY P.F. *"Sibshops: Workshops for Brothers and Sisters of Children with Special Needs*. 1. vyd. Baltimore: Paul H. Brookes Publishing Co., Inc., 1994. bez ISBN.

(30) MICHAELA MROWETZ, GAURÍ CHRÁSTILOVÁ. *Šance dětem: Jak se vyrovnat s postižením dítěte*[online]. 2013 [cit. 2013-03-22]. Dostupné z: <http://www.sancedetem.cz/srv/www/content/pub/cs/jak-se-vyrovnat-s-postizenim-ditete-44.html>.

(31) MPSV. *Stručný průvodce zákonem o sociálních službách*. Praha, 2006. Dostupné z: <http://www.mpsv.cz/files/clanky/3222/zlom170x170web.pdf>.

- (32) MPSV. *Sociální služby a příspěvek na péči*. Praha, 2009. Dostupné z:http://www.mpsv.cz/files/clanky/7174/Socialni_sluzby_a_prispevek_na_peci.pdf.
- (33) *Náš člověk: Závislost na práci*[online]. 2013 [cit. 2013-03/23]. Dostupné z: <http://zavislost-na-praci-workoholismus.nasclovek.cz/>.
- (34) OLIVERIUS, Rudolf. *Psychologické problémy rodiny a rodinných vztahů*. Praha: Státní pedagogické nakladatelství, 1989. ISBN 80-7066-038-4.
- (35) PRŮCHA, Jan. *Dětská řeč a komunikace: poznatky vývojové psycholingvistiky*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2011, 199 s. ISBN 978-80-247-3603-7.
- (36) *Psychoweb: Frankl Viktor* [online]. 2013 [cit. 2013-05-01]. Dostupné z: <http://www.psychoweb.cz/psychologie/frankl-viktor-e---logoterapie--vule-ke-smyslunoologie/>.
- (37) RICHMAN, Shira a Miroslava JELÍNKOVÁ. *Výchova dětí s autismem: aplikovaná behaviorální analýza*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2006, 127 s. Speciální pedagogika (Portál). ISBN 80-736
- (38) Rodiny postižených dětí: Náročnost péče o dítě se zdravotním postižením. [online]. 2012 [cit. 2013-01-22]. Dostupné z: <http://rodiny-postizenichdeti.webnode.cz/narocnost-pecce-o-dite-se-zdravotnim-postizenim-/>
- (39) RUPPERT, Franz. *Trauma a rodinné konstelace: Duševní štěpení a jejich léčba*. 1. vyd. Praha: Portál, 2008, 240 s. ISBN 978-80-7367-367-3.
- (40) SELIKOWITZ, Mark. *Downův syndrom*. 1. vyd. Praha: Portál, 2005, 197 s. ISBN 80-7178-973-9.
- (41) SLOWÍK, Josef a Oldřich MÜLLER. *Speciální pedagogika: prevence a diagnostika, terapie a poradenství, vzdělávání osob s různým postižením, člověk s handicapem a společnost*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2007, 160 s. Pedagogika (Grada). ISBN 978-802-4717-333.
- (42) SOBOTKOVÁ, Irena. *Psychologie rodiny: poznatky vývojové psycholingvistiky*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2001, 173 s. Psyché (Grada). ISBN 80-717-8559-8.
- (43) SOBOTKOVÁ, Irena. *Psychologie rodiny*. 2. přeprac. Vyd. Praha: Portál, 2007, 219 s. ISBN 978-807-3672-508.

- (44) ŠPAŇHELOVÁ, Ilona. *Dítě a rozvod rodičů: poznatky vývojové psycholingvistiky*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2010, 173 s. Pro rodiče. ISBN 978-80-247-3181-0.
- (45) ŠVARCOVÁ-SLABINOVÁ, Iva. *Mentální retardace: vzdělávání, výchova, sociální péče*. Vyd. 3., přeprac. Praha: Portál, 2006, 198 s. Speciální pedagogika (Portál). ISBN 80-736-7060-7.
- (46) VALENTA, Milan a Oldřich MÜLLER. *Psychopedie: [teoretické základy a metodika]*. 1. vyd. Praha: Parta, 2003, 443 s. ISBN 80-732-0039-2.
- (47) VÁGNEROVÁ, Marie. *Psychopatologie pro pomáhající profese: vzdělávání, výchova, sociální péče*. Vyd. 3., rozš. a přeprac. Praha: Portál, 2004, 870 s. Speciální pedagogika (Portál). ISBN 80-717-8802-3.
- (48) VÁGNEROVÁ, M., Hajd-Mousová, Z., Štěch, S.: *Psychologie handicapu*. Praha: Karolinum. 2004. 232 s. ISBN 80-7184-929-4.
- (49) VYBÍRAL, Zbyněk. *Psychologie lidské komunikace*. 1. vyd. Praha: Portál. 2000. ISBN 80-7178-291-2.
- (50) WERNER, Emmy E a Ruth S SMITH. *Overcoming the odds: high risk children from birth to adulthood*. Ithaca: Cornell University Press, 1992, xiv, 280 p. ISBN 08-014-8018-3.
- (51) *Zapni mozek: Workoholismus-když se z práce stane posedlost* [online]. 2013 [cit. 2013-03/23]. Dostupné z:<http://www.zapnimozek.cz/workoholismus-kdyz-se-z-prace-stane-posedlost/>.
- (52) *Závislosti: Závislost na alkoholu* [online]. 2013[cit. 2013-3-23]. Dostupné z:http://www.zavislosti.com/zavislost_na_alkoholu/pozorovatelné_priznaky.html.

8 KLÍČOVÁ SLOVA

Rodiče dětí s mentálním postižením

Rodiče zdravých dětí

Rodina

Mentální postižení

Sourozenci

Péče o dítě s mentálním postižením

9 PŘÍLOHY

Seznam příloh:

1. Dotazník pro rodiče zdravých dětí
2. Dotazník pro rodiče dětí s mentálním postižením

Jmenuji se Jana Hrkalíková. Jsem studentkou Zdravotně sociální fakulty Jihočeské univerzity v Českých Budějovicích. Na této fakultě studuji obor Rehabilitační- psychosociální péče o postižené děti, dospělé a seniory navazující kombinované studium. Chtěla bych Vás poprosit o vyplnění tohoto dotazníku, který bude podkladem pro mou diplomovou práci na téma „Diference rodičovských rolí v rodině se zdravým a v rodině s dítětem s mentálním postižením“. Dotazník si, prosím, nejprve pozorně přečtete a následně u každé otázky vyberte jednu odpověď a označte ji. Otázky jsou určeny pro matky.

Dotazník je zcela **anonymní**.

1. Jaké je rodinné zázemí Vašich dětí?

- a) žije s oběma rodiči
- b) žije pouze s matkou
- c) žije pouze s otcem
- d) jiná možnost.....

2. Jaké vztahy jsou mezi Vašimi potomky (můžete vybrat více možností)

- a) konfliktní
- b) bezkonfliktní
- c) navzájem se ignorují
- d) jiná možnost.....

3. Podílí se starší potomek na péči o mladšího?

- a) podílí se na péči více než jednu hodinu denně
- b) podílí se na péči méně než jednu hodinu denně
- c) vůbec se na péči nepodílí
- d) jiná možnost.....

4. Navazuje alespoň jedno Vaše dítě přátelské vztahy?

- a) ano, má řadu přátel
- b) ano, má pár přátel
- c) nemá žádné přátele, je samotář
- d) nemá žádné přátele
- e) jiná možnost.....

5. Pomáhá Vám alespoň jedno z dětí v domácnosti?

- a) vzhledem k věku nelze aby pomáhal
- b) vůbec v domácnosti nepomáhá
- c) pomáhá v domácnosti denně méně než hodinu
- d) pomáhá v domácnosti denně více než hodinu
- e) jiná možnost.....

6. Jaký je podíl péče o děti mezi matkou a otcem?

- a) péči zajišťuje zejména otec
- b) péči zajišťuje zejména matka
- c) péče obou rodičů je vyvážená
- d) jiná možnost.....

7. Je nějaká pečující osoba, která Vás může v případě potřeby zastoupit?

- a) kamarádka
- b) susedka
- c) prarodič
- d) strýc, teta
- e) žádná
- f) jiná možnost.....

8. Jak trávíte svůj volný čas?

- a) žádný volný čas nemám

- b) pasivně (TV, PC, četba)
- c) aktivně (sport)
- d) jiná možnost.....

9. Ovlivnilo narození dítěte (děti) míru Vaší konzumace alkoholu?

- a) konzumuji alkohol stejně jako dříve
- b) konzumuji alkohol méně než dříve
- c) konzumuji alkohol více než dříve
- d) jiná možnost.....

10. Ovlivnilo narození dítěte množství času stráveného v práci u Vašeho partnera?

- a) ano
- b) ne
- c) jiná možnost.....

11. Máte nějaké psychické problémy související s výchovou dětí?

- a) nemám žádné
- b) mám problémy, ale nevyžadují léčbu
- c) chodím na konzultace k psychologovi
- d) navštěvuji psychiatra a farmakologicky se léčím
- e) jiná možnost.....

12. Jaký styl výchovy uplatňujete u Vašich dětí?

- a) autoritativní (odměny a tresty)
- b) demokratický (povzbuzování)
- c) liberální (bez mantinelů)
- d) hyperprotektivní (přílišná ochrana)
- e) jiná možnost.....

Jmenuji se Jana Hrkalíková. Jsem studentkou Zdravotně sociální fakulty Jihočeské univerzity v Českých Budějovicích. Na této fakultě studuji obor Rehabilitační- psychosociální péče o postižené děti, dospělé a seniory navazující kombinované studium. Chtěla bych Vás poprosit o vyplnění tohoto dotazníku, který bude podkladem pro mou diplomovou práci na téma „Diference rodičovských rolí v rodině se zdravým a v rodině s dítětem s mentálním postižením“ Dotazník si, prosím, nejprve pozorně přečtete a následně u každé otázky vyberte jednu odpověď a označte ji. Otázky jsou určeny pro hlavní pečující osobu o dítě s mentálním postižením.

Dotazník je zcela *anonymní*.

1. Jaký je věk Vašeho dítěte s mentálním postižením? (doplňte)

.....

2. Jaký je Váš věk? (doplňte)

.....

3. U Vašeho dítěte byla diagnostikována

- a) lehká mentální retardace
- b) střední mentálně retardace
- c) středně těžká mentální retardace
- d) těžká mentální retardace

4. Vaše dítě s mentálním postižením je:

- a) prvorozené
- b) prostřední
- c) nejmladší
- d) jedináček

5. Pakli-že má Vaše dítě sourozence, tak jaké jsou mezi nimi vztahy? (můžete vybrat více možností)

- a) konfliktní
- b) bezkonfliktní
- c) navzájem se ignorují
- d) jiná možnost.....

6. Jaké je rodinné zázemí dítěte?

- a) žije s oběma rodiči
- b) žije pouze s matkou
- c) žije pouze s otcem
- d) jiná možnost.....

7. Dítě s mentálním postižením je:

- a) celodenně doma
- b) v domově pro osoby se zdravotním postižením
- c) v denním stacionáři
- d) jiná možnost.....

8. Pakliže má dítě sourozence, podílí se na péči o mentálně postiženého sourozence?

- a) podílí se na péči více než jednu hodinu denně
- b) podílí se na péči méně než jednu hodinu denně
- c) vůbec se na péči nepodílí
- d) jiná možnost.....

9. Jestliže je zdravý sourozenec, navazuje nějaké přátelské vztahy?

- a) ano, má řadu přátel
- b) ano, má pár přátel
- c) nemá žádné přátele, je samotář

d) nemá žádné přátele, straní se ho kvůli sourozenci s postižením

e) jiná možnost.....

10. Jestliže je zdravý sourozenec, pomáhá Vám s činnostmi v domácnosti?

a) vzhledem k věku nelze aby pomáhal

b) vůbec v domácnosti nepomáhá

c) pomáhá v domácnosti denně méně než hodinu

d) pomáhá v domácnosti denně více než hodinu

e) jiná možnost.....

11. Zapojuje se partner do péče o dítě s mentálním postižením?

a) otec se o dítě vůbec nezajímá

b) péče o potomky je vyvážená

c) otec upřednostňuje zdravého potomka

d) otec upřednostňuje potomka s mentálním postižením

e) jiná možnost.....

12. Jaký je podíl péče o dítě s mentálním postižením mezi Vámi a partnerem?

a) péči zajišťuje zejména otec

b) péči zajišťuje zejména matka

c) péče obou rodičů je vyvážená

d) jiná možnost.....

13. Jak trávíte svůj volný čas?

a) žádný volný čas nemám

b) pasivně (TV, PC, četba)

c) aktivně (sport)

d) jiná možnost.....

14. Je nějaká pečující osoba, která Vás může v případě potřeby zastoupit?

- a) kamarádka
- b) sousedka
- c) prarodič
- d) strýc, teta
- e) žádná
- f) jiná možnost.....

15. Chodíte do zaměstnání?

- a) jsem celodenně doma
- b) jen pokud se naskytne příležitost brigády
- c) pracuji na částečný úvazek
- d) pracuji na plný úvazek
- e) jiná možnost.....

16. Jaký styl výchovy uplatňujete u Vašeho dítěte s postižením?

- a) autoritativní (odměny a tresty)
- b) demokratický (povzbuzování)
- c) liberální (bez mantinelů)
- d) hyperprotektivní (přílišná ochrana)
- e) jiná možnost.....

17. Máte vyčleněný pokoj pro dítě s mentálním postižením

- a) nemůže být samo v pokoji vzhledem k závažnosti handicapu
- b) má společný pokoj se sourozencem
- c) má svůj pokoj
- d) nemá svůj pokoj
- e) jiná možnost.....

18. Zažil(a) jste před sdělením diagnózy „mentální postižení“ již jinou krizovou situaci?

- a) nikdy
- b) ano, jednou
- c) ano, vícekrát
- d) jiná možnost.....

19. Ovlivnilo narození dítěte s postižením míru Vaší konzumace alkoholu?

- a) konzumuji alkohol stejně jako dříve
- b) konzumuji alkohol méně než dříve
- c) konzumuji alkohol více než dříve
- d) jiná možnost.....

20. Ovlivnilo narození dítěte s mentálním postižením množství času stráveného v práci u Vašeho partnera?

- a) ano
- b) ne
- c) jiná možnost.....

21. Máte nějaké psychické problémy související s postižením dítěte?

- a) nemám žádné
- b) mám problémy, ale nevyžadují léčbu
- c) chodím na konzultace k psychologovi
- d) navštěvuji psychiatra a farmakologicky se léčím
- e) jiná možnost.....

22. Zasáhlo postižení Vašeho dítěte komunikaci v rodině?

- a) ne, hovoříme stále o všech tématech
- b) ano, rozhovor je soustředěn pouze na mentální postižení
- c) mluvíme spolu méně

d) jiná možnost.....