



Zdravotně
sociální fakulta
Faculty of Health
and Social Sciences

Jihočeská univerzita
v Českých Budějovicích
University of South Bohemia
in České Budějovice

**Role otce dítěte se zdravotním postižením v kontextu
současné rodiny**

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

Studijní program: **SOCIÁLNÍ PRÁCE**

Autor: Tereza Lapková

Vedoucí práce: Mgr. Jana Stejskalová, Ph.D.

České Budějovice 2023

Prohlášení

Prohlašuji, že svoji bakalářskou práci s názvem „*Role otce dítěte se zdravotním postižením v kontextu současné rodiny*“ jsem vypracovala samostatně pouze s použitím pramenů v seznamu citované literatury.

Prohlašuji, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb. v platném znění souhlasím se zveřejněním své bakalářské práce, a to v nezkrácené podobě elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejích internetových stránkách, a to se zachováním mého autorského práva k 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 bakalářské práce. Rovněž souhlasím s porovnáním textu mé bakalářské práce s databází kvalifikačních prací Theses.cz provozovanou Národním registrem vysokoškolských kvalifikačních prací a systémem na odhalování plagiátů.

V Českých Budějovicích dne 2.5.2023

.....

Poděkování

Ráda bych touto cestou poděkovala své vedoucí práce Mgr. Janě Stejskalové, PhD., za její drahocenné rady, trpělivost a pomoc při zpracování této bakalářské práce. Mé velké díky také patří nejmenované organizaci, která mi podala pomocnou ruku při získávání komunikačních partnerů. Dále bych tedy chtěla poděkovat komunikačním partnerům, kteří se zúčastnili výzkumu, za jejich vstřícnost a otevřenost během rozhovorů. V neposlední řadě také děkuji své rodině a mému partnerovi za jejich podporu a trpělivost nejen při psaní této práce, ale po celou dobu mého studia.

Role otce dítěte se zdravotním postižením v kontextu současné rodiny

Abstrakt

Tématem bakalářské práce je Role otce dítěte se zdravotním postižením v kontextu současné rodiny. V teoretické části jsou vymezeny pojmy týkající se otcovství, role otce a otec dítěte se zdravotním postižením. Dále jsou vymezeny jednotlivé druhy zdravotního postižení, rodina s dítětem se zdravotním postižením a její reakce na tíživou situaci zjištění zdravotního postižení dítěte.

V praktické části bakalářské práce jsou zpracovány a vyhodnoceny výsledky, které byly získány prostřednictvím výzkumného šetření. Hlavním cílem bakalářské práce je zjistit, jak je vnímána role otce dítěte se zdravotním postižením. Dílčími cíli je zjistit, jak je naplňována role otce dítěte se zdravotním postižením a jak je role otce vnímána z pohledu jedince se zdravotním postižením. K naplnění stanovených cílů byla použita kvalitativní výzkumná strategie, metoda dotazování a technika polostrukturovaného rozhovoru. Komunikační partneři byli pro výzkumné rozhovory vybráni na základě předem stanovených kritérií. K dosažení výsledků byly stanoveny tři výzkumné otázky: Jak je vnímána role otce dítěte se zdravotním postižením? Jak je naplňována role otce dítěte se zdravotním postižením? Jak je vnímána role otce z pohledu jedince se zdravotním postižením?

Z výsledků šetření je patrné, že otcové i jedinci se zdravotním postižením vnímají důležitost role a přítomnost otce v rodině. Dále je patrné, že pro otce je zapojení do péče o své zdravotně postižené dítě zásadní.

Bakalářské práce může přispět jako metodická pomůcka pro sociální pracovníky v práci s osobami se zdravotním postižením a rodinou s dítětem se zdravotním postižením. Také může být přínosem pro širší veřejnost, otce a rodiny, které zasáhla tato tíživá situace v souvislosti s narozením dítěte se zdravotním postižením.

Klíčová slova

Role otce; dítě se zdravotním postižením; rodina dítěte se zdravotním postižením

The role of a Father of a Child with a Disability in the Context of the Current Family

Abstract

The topic of the bachelor thesis is The role of the father of a child with disabilities in the context of the current family. The theoretical part defines the concepts related to fatherhood, the role of the father and the father of a child with disabilities. It also defines the different types of disability, the family with a child with disabilities and its response to the plight of the discovery of the child's disability.

In the practical part of the bachelor thesis, the results obtained through the research investigation are elaborated and evaluated. The main aim of the bachelor thesis is to find out how the role of the father of a disabled child is perceived. The sub-objectives are to find out how the role of the father of a child with a disability is fulfilled and how the role of the father is perceived from the perspective of the individual with a disability. A qualitative research strategy, a survey method and a semi-structured interview technique were used to meet the objectives. The communication partners were selected for the research interviews based on predetermined criteria. To achieve the results, three research questions were set: How is the role of the father of a child with disabilities perceived? How is the role of the father of a child with a disability fulfilled? How is the role of the father perceived from the perspective of the individual with a disability?

The results of the survey indicate that both fathers and individuals with disabilities perceive the importance of the father's role and presence in the family. It is also evident that the father's involvement in the care of his disabled child is essential.

The bachelor thesis can contribute as a methodological tool for social workers in their work with persons with disabilities and families with a child with disabilities. It can also be of benefit to the wider public, fathers and families affected by this difficult situation in relation to the birth of a child with a disability.

Key words

Role of the Father; Child with a Disability; Family of a Child with a Disability

Obsah

Úvod	8
1 Teoretická část	9
1.1 Otcovství.....	9
1.1.1 Otcovská role v historickém kontextu	9
1.1.2 Současná role otce	10
1.1.3 Role otce	11
1.1.4 Otec dítěte se zdravotním postižením	11
1.2 Zdravotní postižení	12
1.2.1 Vrozené zdravotní postižení	12
1.2.2 Získané zdravotní postižení	13
1.3 Tělesné postižení.....	13
1.3.1 Vrozené tělesné postižení	13
1.3.2 Získané tělesné postižení	14
1.4 Mentální postižení.....	14
1.4.1 Lehká mentální retardace, IQ 50-69 (F70)	15
1.4.2 Středně těžká mentální retardace, IQ 35-49 (F71).....	15
1.4.3 Těžká mentální retardace, IQ 20-34 (F72).....	16
1.4.4 Hluboká mentální retardace, IQ je nižší než 20 (F73).....	16
1.4.5 Jiná mentální retardace (F78) a nespecifikovaná mentální retardace (F79)	16
1.5 Duševní postižení	17
1.6 Zrak	18
1.6.1 Zrakové postižení.....	18
1.7 Sluch	19
1.7.1 Sluchové postižení	20
1.8 Kombinované postižení	21
1.9 Rodina.....	21
1.9.1 Rodina v kontextu společenských změn	22
1.9.2 Rodina s dítětem se zdravotním postižením	23
1.9.3 Reakce rodičů na zjištění zdravotního postižení dítěte.....	24
2 Cíl práce a výzkumné otázky.....	26
2.1 Cíl práce.....	26
2.2 Výzkumné otázky	26
3 Metodika.....	27

3.1	Metody a techniky výzkumu.....	27
3.2	Zpracování získaných dat	28
3.3	Výběr výzkumného souboru	28
3.4	Realizace výzkumu	29
3.5	Etika výzkumu	29
4	Výsledky	31
4.1	Charakteristika výzkumného souboru	31
4.2	Výsledky rozhovorů s otci dítěte se zdravotním postižením	32
4.2.1	Kategorie 1: Zdravotní postižení	32
4.2.2	Kategorie 2: Role otce	34
4.2.3	Kategorie 3: Vliv zdravotního postižení	37
4.3	Výsledky rozhovorů s osobami se zdravotním postižením	40
4.3.1	Kategorie 1: Otec	40
4.3.2	Kategorie 2: Činnosti	42
5	Diskuse.....	45
6	Závěr	51
7	Seznam použité literatury	53
8	Seznam příloh	59
9	Seznam zkratk.....	62

Úvod

Každý rodič si přeje, aby se mu narodilo zdravé dítě. Zjištění zdravotního postižení dítěte je pro celou rodinu velmi náročnou životní situací. Matky i otcové si mohou zdravotní stav dítěte vyčítat a přemýšlet, proč právě jim se narodilo dítě se zdravotním postižením a kde udělali chybu. Tato těžká situace se dotýká celé rodiny a musí dojít ke změnám v rodinných hodnotách a fungování. Pro dítě se zdravotním postižením je zásadní, aby rodiče přijali jeho zdravotní stav, spolupracovali a vzájemně se podporovali. Rodiče také často zapomínají na své vlastní duševní zdraví a veškerou svou energii soustředí na péči o své dítě.

V bakalářské práci se zaměřuji na roli otců dětí se zdravotním postižením. Podle mého názoru je otcům dětí se zdravotním postižením věnována malá pozornost. V literatuře se většinou setkáváme s celkovou rodinou dítěte se zdravotním postižením nebo matkami dítěte se zdravotním postižením. Byla jsem svědkem stigmatizace otců dítěte se zdravotním postižením kvůli častým odchodům z rodiny. Ve své bakalářské práci bych tedy ráda zjistila, jak se otcové vyrovnávají s touto těžkou životní situací, jaké pocity prožívali při zjištění zdravotního postižení svého dítěte a jak se s tím v průběhu života vyrovnávali. Také bych chtěla zjistit, jaký vliv mělo zdravotní postižení dítěte na jejich život. Ráda bych věnovala pozornost tomu, jak otcové vnímají roli otce a jak na ni nahlíží ze svého pohledu. Následně budu zjišťovat, jak otcové svou roli naplňují, jak se podílejí na péči o své dítě, jaké činnosti preferují či naopak nevykonávají. Dále bych se také chtěla zaměřila na to, zda otcové někdy uvažovali o odchodu od rodiny, případně zda nakonec rodinu opustili. Také mě zajímá, jak moc budou otcové otevření a jestli budou chtít o této těžké životní situaci hovořit. Celkově jsou muži společností považováni za uzavřené jedince, kteří o svých pocitech nechtějí příliš hovořit.

Následně bych chtěla zjistit, jak roli otce vnímají jedinci se zdravotním postižením a porovnat je se odpověďmi otců dítěte se zdravotním postižením. Otcové jsou v péči o své dítě zásadní a mají pozitivní vliv na jeho vývoj.

Toto téma jsem si vybrala především proto, abych získala odpovědi na tyto otázky a poskytla pohled otců na tuto těžkou situaci širší veřejnosti nebo otcům a rodinám, které se v této těžké životní situaci ocitly.

1 Teoretická část

1.1 Otcovství

Hartl a Hartlová (2015) vymezují otcovství jako právní vztah otce k dítěti, který je založen na výchovné a vyživovací povinnosti. Bakalář (2002) uvádí, že otcem dítěte je rodič mužského pohlaví. Autor rozlišuje tři role otcovství – biologická, sociální a právní. Role biologická náleží otci, který dítě zplodil. U sociální role se za otce považuje muž, který dítě vychovává a dlouhodobě se o něj stará. Poslední je role právní, tato role náleží otci, který má rodičovskou odpovědnost, práva a povinnosti.

Otcovství je projevem záměru a vůle, tudíž je kulturně-společenským produktem, na rozdíl od mateřství, které má instinktivní základ a je podmíněno biologicky (Zoja, 2017). Chmelařová (2008) uvádí, že vývojem a proměnami společnosti se význam otce, jeho postavení v rodině, taktéž očekávání a normy kolem otcovství v historii vyvíjely.

1.1.1 Otcovská role v historickém kontextu

Sociální role otce byla definována a formována společenskými a kulturními faktory, které formovaly a ovlivňovaly postavení otců ve společnosti a v rodině, dále jejich práva a povinnosti, které z role otce vyplývaly (Chmelařová, 2008).

Dle Nováka (2013) počátky lidské párové rodiny, typické péči a genderovou kooperaci při ochraně dětí, pochází z doby zhruba půl milionu let před naším letopočtem. Dále autor uvádí, že po mnohá staletí byl otec považován za jednoznačného šéfa a autoritářského garanta morálky, kterou mnohdy sám nedodržel. Podle Nováka (2013) byla představa o otcovství inspirována řeckou mytologií a uvádí, že otec býval v antice v podstatě „majitelem“ svých dětí. V Římském světě byl otec takzvaným pilířem nejen veřejného řádu, ale i soukromého života vlastních dětí a o jejich životě a smrti nerozhodoval pouze do dovršení jejich dospělosti, ale po celý jejich život (Zoja, 2017). Ke stejnému názoru se rovněž přiklání Novák (2013), který uvádí, že otec rozhodoval o svých dětech v kontextu jejich bytí a nebytí. Práva matek v podstatě neexistovala, zatímco římský otec měl například právo svého potomka prodat do otroctví (Chmelařová, 2008). I přes to vše měl otec povinnost zabezpečit obživu svých dětí (Novák, 2013).

Chmelařová (2008) uvádí, že rodiny byly ke konci 18. století v Evropě stále pod vlivem otcovské autority, otec utvářel své děti, připravoval je na život ve světě a byl nadřazeným vedoucím z hlediska vedení dětí. Role a pozice otce v Evropě začala být poté oslabována z důvodu kulturních, historických a sociálních proměn (Chmelařová, 2008). To potvrzuje také Novák (2013), který uvádí, že absolutní moc mužů se po tisíciletí téměř

vytráci. Většinu svého času trávili mimo domov, pracovali dvanáct až čtrnáct hodin denně šest dní v týdnu. Matky přebíraly výchovu a péči o děti, otcové byli považováni za vzdálenou osobu (Chmelařová, 2008).

V době první světové války došlo k zasazení těžké rány v pojetí otcovské autority. Ženy přebíraly mnohé otcovské povinnosti v době, kdy jejich muži byli na frontě (Novák, 2013). Dochází k proměně názorů, matky byly ve společnosti považovány za bytosti, které měly potřebné schopnosti k výchově dětí (Chmelařová, 2008). Otcové měli stále formální statut hlavy rodiny, ale za vychovatele a pečovatele byly považovány matky. Pro otce bylo v této době důležité hledání smyslu svého mužství, měli individuální ambice a pracovní zdary. Sociální role otce se stala méně významnou (Chmelařová, 2008).

1.1.2 Současná role otce

Cajthamlová (2017) ve své knize uvádí, že i přestože žijeme ve společenství s teoreticky rovným postavením muže a ženy, z hlediska rodičovství se můžeme stále setkat s „tradičními“ ženskými a mužskými postoji, reakcemi, metodami a rozdělením rolí. Otec je v naší demokratické, ale stále poněkud patriarchální kultuře považován za „hlavu rodiny“ (Cajthamlová, 2017).

Kuchařová et al. (2019) uvádí, že otcové spolu s matkami jsou pro své dítě prvními a životně nejdůležitějšími blízkými osobami. Dle Jensena (2022) se od otců dnešní doby očekává jejich podíl na výchově dítěte, ale také i na domácích pracích. Mikulová (2015) hovoří o velké angažovanosti otců ve výchově dětí, jež dříve tolik nebyla. Otcové dnešní doby věnují svým dětem více času, než to bývalo u jejich otců a praotců (Kinsner, 2017). Autorka dále uvádí, že otcové si jsou vědomi sdílených hodnot a každodenních úloh při výchově dětí. Dle Chmelařové (2008) došlo k novým ideálům otcovství, které jsou shodné se současnými kulturními a společenskými trendy. Dále autorka hovoří o takzvaném novém otci, který přirozeně přijímá běžné pečovatelské úlohy, jenž patří k rodičovství. Podle Nováka (2013) se nový otec aktivně zapojuje do péče o dítě, je nápomocný v domácnosti, poskytuje matce zasloužený odpočinek, o rodinu pečuje a v potřebných situacích je přítomen fyzicky i emocionálně. Dle Chmelařové (2008) se moderní otcové velice podílejí na péči o své dítě a pokud svou citovou účast ve vztahu k rodině dávají ve větší míře najevo, mohou se i v dnešní době setkat s negativními reakcemi ve vrstevnických mužských skupinách. Burgess (2004) uvádí, že se otcové dnešní společnosti snaží být lepšími než jejich vlastní otcové, které považují za negativní vzor. Chtějí být svým dětem emocionálně i fyzicky blíže.

1.1.3 Role otce

Novák (2013) uvádí, že základní a tradiční rolí otce je role „živitele a autority“, která je podstatná i pro dnešní rodiny. Autor dále poukazuje na důležitost kombinace role živitele, pečovatele, podporovatele, učitele a vzoru pro jeho děti. Jensen (2022) hovoří o roli otce jako živitele, podporujícího partnera a milujícího rodiče. Cajthamlová (2017) popisuje fungujícího otce, který naplňuje následující role. Otec zajišťuje rodinu finančně, především v době, kdy má matka menší příjmy v době těhotenství či mateřské dovolené. Jensen (2022) uvádí, že mužská identita je historicky silně spjata s jejich kariérou, která do jisté míry platí i dodnes, někteří muži však pocítují finanční tlak z hlediska zajištění svých rodin. Otec by dále měl splňovat roli ochránitele tím, že brání a ochraňuje svou rodinu před vnějším světem a konflikty okolí (Cajthamlová, 2017). Autorka dále popisuje roli zástupce, která je důležitá v péči o dítě, pokud je matka nepřítomná nebo nemocná. Cajthamlová (2017) dále pohlíží na otce jako na chápajícího partnera, který by měl být milující osobou pro svou ženu a matku svých dětí. Ženě rozumí, chápe její pocity, a především ji respektuje. Autorka ve své knize dále popisuje otce, který by měl být pro své děti vzorem a učitelem, pomáhat jim řešit problémy a spory.

Novák (2013) dále hovoří o rovnoprávném a kooperativním stylu otce, který spočívá v profesním uplatnění obou rodičů v zaměstnání i v rodině. Otec se věnuje dítěti od narození a úvaha o tom, kdo z rodičů půjde na rodičovskou dovolenou vychází z nejlepší možné varianty pro celou rodinu. Cajthamlová (2017) uvádí otce vládce, u kterého je typický dohled a ovládání veškerého dění v rodině a jeho chování může vyvolávat u ostatních členů rodiny pocit podřazenosti.

1.1.4 Otec dítěte se zdravotním postižením

Persels (2019) uvádí, že otcova role v rodině s dítětem se speciálními potřebami je velmi zásadní. Mnoho otců hraje velkou roli v péči o dítě, kterou považují za běžnou součást dne. Otec by měl nejen zajistit, aby se dítě cítilo bezpečně, ale také podržet matku, která se stará o mnohé potřeby dítěte (Persels, 2019).

Není stále zcela podrobně zdokumentováno, jak se otec sžívá se skutečností narození dítěte se zdravotním postižením, jak zvládá zátěž spojenou s výchovou či jaké bývá jeho postavení v rodině (Kunhartová et al., 2017). Dále autoři ve své knize uvádí, že postoje, spolupráce a vyrovnávání se s takovou situací má obrovský vliv na udržení integrity rodiny.

1.2 Zdravotní postižení

Podle Krhutové (2013) osoby se zdravotním postižením byly, jsou a vždy budou přirozenou součástí společnosti napříč pohlavím, věkovými kategoriemi a společenskými vrstvami. Dále autorka uvádí, že vymezení, co „je“, či „není“ zdravotní postižení z každé perspektivy vypadá jinak, žádná z definic není stejná a každá má svou funkci pro určité prostředí.

Dle Michalíka (2011) je jedinec se zdravotním postižením z velké části v obecném podvědomí vnímán paternalisticky, jako objekt péče. Dle Krhutové (2013a) bývá zdravotní postižení v mnoha případech bráno jako nemoc a jedinec vnímán jako „nemocný“. V současné době není zdravotní postižení chápáno jako jev výlučně medicínský, ale jako sociálně determinovaná okolnost, na které se z velké části podílí společenské předpoklady (Šámalová a Veselá, 2022). Nováková (2011) uvádí, že zdravotní postižení sociální přístup nevnímá jako individuální potíže daného člověka, ale jako otázku vztahů mezi ním a jeho okolím.

Matějček (2001) definuje zdravotní postižení vrozené nebo získané nejen jako újmu na zdraví, ale také jako poruchy struktury a funkce organismu, které vedou k omezení pohybové zdatnosti, funkce smyslových orgánů, mentálních a jiných funkcí.

Osoby se zdravotním postižením zahrnují osoby, které mají dlouhodobé fyzické, mentální, duševní, smyslové postižení, které ve vzájemném působení s různými překážkami může bránit jejich plnému a účinnému zapojení do společnosti na rovnoprávném základě s ostatními (Úmluva o právech osob se zdravotním postižením, 2006). Dle §3 zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách je zdravotní postižení tělesné, duševní, mentální, smyslové nebo kombinované postižení, jehož dopady činí nebo mohou činit osobu závislou na pomoci jiné osoby. Nováková (2011) rozděluje zdravotní postižení na vrozené nebo získané, které dále rozlišuje podle postižení orgánu nebo systému. Jedná se o tělesné defekty a postižení, smyslové defekty (poruchy sluchu, zraku a řeči) a mentální postižení.

1.2.1 Vrozené zdravotní postižení

Psychika a sociální postavení osob s vrozeným zdravotním postižením se v porovnání s psychikou osob, u kterých se jejich zdravotní stav změnil později postupem života vyvíjí odlišně (Novosad, 2011). Toto tvrzení autor vysvětluje tak, že životní geneze člověka s vrozeným postižením již od jeho narození zahrnovala skutečnost, jednotlivé aspekty postižení i snahu o překonávání jeho důsledků.

1.2.2 Získané zdravotní postižení

Osoby, které se ocitly v náhlé změně svého zdravotního stavu, funkčnosti a sociálního statusu nemají možnost či okolnost (nikoli výhodu) postupné adaptace, jako osoby s postižením vrozeným (Novosad, 2011). Podobný pohled na zdravotní postižení získané má i Nováková (2011), která uvádí, že zdravotní postižení, jež vzniklo neočekávaně je pro danou osobu velmi obtížnou životní situací, se kterou se hůře smiřuje.

Nováková (2011) dále ve své knize zmiňuje, že může dojít ke ztrátě fyzické zdatnosti, ztrátě zaměstnání, změně fyzického vzhledu, ohrožení finanční jistoty, ohrožení zajištění potřeb svých nebo i rodiny. V překonání této obtížné situace hraje velkou roli osobnost člověka a postoj blízkého okolí (Nováková, 2011).

1.3 Tělesné postižení

Dle Slowíka (2022) patří tělesné postižení mezi nejčastěji se vyskytující zdravotní postižení u člověka. Tělesné postižení je chápáno jako trvalá či přetrvávající výraznost, pohybová schopnost s trvalým nebo významným působením na kognitivní, emocionální a sociální výkony (Vítková, 2014). Novosad (2011a) uvádí současné pojetí tělesného postižení jako dlouhodobý nebo trvalý stav, který je charakteristický anatomickou, orgánovou nebo funkční poruchou, jenž není možno zcela odstranit či přinejmenším významně zmírnit adekvátní léčebnou péčí. Dle Vítkové (2014) jsou osoby s postižením tělesným různorodá skupina, u které je hlavním znakem celkové či částečné omezení pohybových schopností či jeho koordinace. Novosad (2011a) uvádí, že dlouhodobý či trvalý stav postihuje obvyklé fungování člověka, přináší zřetelnou redukci jeho reálných možností a životních příležitostí, dále snižuje jeho přesčasnost a negativně zasahuje do mnoha aspektů kvality života postiženého. Dle Vítkové (2014) tělesné postižení postihuje člověka v celé jeho osobnosti, jelikož motorika, kognice, vnímání a emoce jsou spolu vzájemně propojené a nelze je od sebe oddělit. Autorka dále uvádí, že se jedná o příčinu poškození nosného nebo pohybového aparátu či poškození organické a podle postižené části těla rozlišujeme skupinu obrn centrálních a periferních, deformace, malformace a amputace.

1.3.1 Vrozené tělesné postižení

Renotiérová (2006) uvádí, že příčinou vrozeného tělesného postižení jsou poruchy vývoje zárodku v prvních týdnech těhotenství. Mezi nejčastější důsledky patří rozštěpy rtů, čelisti a patra. Dále autorka uvádí, že se může jednat o vrozené vady končetin a růstové odchylky jako je například amélie, dysmélie nebo syndaktylie.

Dle Slowíka (2022) je nejčastějším vrozeným tělesným postižením dětská mozková obrna (dále jen DMO). DMO je centrální porucha, která se projevuje poruchou svalového napětí na trupu a končetinách (Mrzena, 2023). V některých případech může dojít i k omezení komunikační schopnosti, zejména je ztížena řečová artikulace z důvodu omezené možnosti ovládat svalstvo mluvidel, dále se objevují obtíže s respirací či polykáním (Slowík, 2022). Dle Jirákové (2014) nemusí být DMO ve všech případech těžkým handicapem. Někteří jedinci mohou mít potíže s jemnými pohybovými vzorci, udržení stability či chůze. Někteří však nemusí být schopni chůze vůbec a vyžadují náročnou celoživotní péči.

1.3.2 Získané tělesné postižení

Jedná-li se o tělesné postižení získané převládajícími příznaky bývají následky úrazů, například poranění páteře a míchy či amputace končetin (Slowík, 2022). Autor dále uvádí, že se může rovněž jednat o závažná onemocnění, například onemocnění cévních mozkových příhod nebo různá progresivní onemocnění. Mezi nejzávažnější onemocnění patří revmatická onemocnění, dětská infekční obrna či myopatie (Renotierová, 2006).

Deformace mohou vzniknout v důsledku nesprávného držení těla či nedostatku pohybu (Vítková, 2014). Autorka dále uvádí, že nejdříve se může objevit skolióza či kyfóza.

1.4 Mentální postižení

Bazalová (2014) uvádí, že pojmy mentální retardace a mentální postižení bývají často užívány jako synonyma. Autorka považuje termín mentální postižení jako vhodnější. Dle Valenty (2014) je, ale v současné době nejvíce používaný odborný výraz mentální retardace, který je vymezen mnoha definicemi, jenž mají víceméně jednotné zaměření na celkové snížení intelektových způsobilostí jedince. Mentální retardaci lze definovat jako vývojovou poruchu rozumových schopností projevující se především snížením kognitivních, řečových, pohybových a sociálních schopností (Valenta et al., 2018). Hrušková et al. (2010) definují mentální postižení jako vrozené a trvalé omezení adaptačních schopností.

Dle 10. revize mezinárodní klasifikace nemocí (dále jen MKN-10), která je vydána Světovou zdravotnickou organizací je mentální postižení stav zastaveného nebo neúplného duševního vývoje, který je charakterizován převážně porušením dovedností postihující všechny složky inteligence, a to složky poznávací, motorické, řečové

a sociální schopnosti (MKN-10, 2023). Švarcová (2011) uvádí, že u osob s mentálním postižením dochází k opoždění ve vývoji rozumových schopností, k rozdílnému vývoji některých psychických atributů a k poruchám adaptačních způsobilostí. Dle Slowíka (2016) mentální retardace nepostihuje pouze psychické schopnosti jedince, ale také celou lidskou osobnost ve všech jejích částech. Dále autor uvádí, že jedním z hlavních potíží osob s mentální retardací je omezená způsobilost samostatně zdolávat řešení obvyklých životních situací.

MKN-10 rozlišuje čtyři kategorie mentální retardace, od lehké, středně těžké, těžké až po hlubokou mentální retardaci, dále pak uvádí kategorie jiná mentální retardace a nespecifikovaná mentální retardace (MKN-10, 2023). První čtyři stupně se určují podle posouzení struktury inteligence a posouzení způsobilosti adaptability, dále také inteligenčním kvocientem a mírou zvládnání běžných sociálně-kulturních požadavků na jedince (Valenta et al., 2018).

1.4.1 Lehká mentální retardace, IQ 50-69 (F70)

Švarcová (2011) uvádí, že převážná většina osob s mentální retardací patří do této kategorie. Velkou roli u lehké mentální retardace sehrává dědičnost a deprivace (Bazalová, 2014). Jedinci s lehkou mentální retardací zpravidla dosáhnou schopnosti užívat řeč, udržovat konverzaci a verbálně komunikovat, ačkoliv vývoj řeči bývá v dětském věku pozadu (Švarcová, 2011). Nováková (2011) taktéž uvádí, že u těchto osob dochází k opožděnému vývoji řeči, ale většina z nich zvládá sebeobslužné činnosti a je schopna uplatnit se v méně náročném zaměstnání. Dle Matějčka (2001) se děti s lehkou mentální retardací vyvíjí opožděně, avšak v pozdní adolescenci dosahují mentální úrovně zhruba dětí středního školního věku, s horním rozmezím okolo 11 let.

1.4.2 Středně těžká mentální retardace, IQ 35-49 (F71)

Švarcová (2011) uvádí, že u osob se středně těžkou mentální retardací dochází k opožděnému rozvoji chápání a užívání řeči. Dle Novákové (2011) bývá řeč jedinců obsahově chudá i v dospělosti, jsou omezené schopnosti myšlení a sebeobsluhy, možnosti výchovy a vzdělání jsou razantně na nízké úrovni. Bazalová (2014) uvádí, že dále dochází k zpomalení jemné a hrubé motoriky.

Podle Novákové (2011) postižení zasahuje do psychického vývoje a je mnohdy kombinované tělesnými, neurologickými a smyslovými poruchami. Dle Matějčka (2001) může při dobrém výchovném vedení dojít ke zlepšení v udržování čistoty, osvojení si základních hygienických návyků a základů společenského chování. Dále autor

uvádí, že v dospělém věku jsou jedinci schopni uplatnění v jednoduchých mechanických pracích nebo navštěvují chráněné dílny. Švarcová (2011) uvádí, že mentální věk osob se středně těžkou mentální retardací se pohybuje v pásmu 4-8 let.

1.4.3 Těžká mentální retardace, IQ 20-34 (F72)

U velké většiny osob s těžkou mentální retardací se objevuje vysoký stupeň poruchy motoriky nebo ostatní přidružené vady, jenž prokazují výskyt klinicky signifikantního poškození nebo vadného vývoje ústředního nervového systému (Švarcová, 2011). Těžká mentální retardace se projevuje značným omezením psychických procesů, poruchy pozornosti a nízkou úrovní komunikačních dovedností (Bazalová, 2014).

Dle Novákové (2011) dochází k zřetelnému opoždění psychomotorického vývoje, trvalé neschopnosti v sebeobslužných prvcích, či dokonce k sebepoškozování a agresí. Mentální věk těchto osob bývá okolo 18. měsíce až 3,5 roku (Švarcová, 2011).

1.4.4 Hluboká mentální retardace, IQ je nižší než 20 (F73)

Nováková (2011) uvádí, že u hluboké mentální retardace je nezbytná trvalá péče v základních potřebách. Dle Švarcové (2011) dochází k těžkému omezení ve schopnostech porozumění řeči, v nejlepším možném případě jsou tyto osoby schopny pouze rudimentární neverbální komunikace, jako je například úsměv, pláč, radost ze společnosti a další (Švarcová, 2011).

U mentálního postižení je častá kombinace poruchy smyslových orgánů, poruchy neurologické a tělesná postižení (Nováková, 2011). Převážná část osob v této kategorii je imobilní či velmi omezena v pohybu a bývají inkontinentní (Švarcová, 2011). Autorka dále uvádí, že IQ těchto osob přesně změřit nelze a mentální věk dosahuje níže než 18 měsíců.

1.4.5 Jiná mentální retardace (F78) a nespecifikovaná mentální retardace (F79)

U kategorie jiná mentální retardace nelze určit stupeň retardace prostřednictvím běžných metod (Nováková, 2011). To potvrzuje i Švarcová (2011), která uvádí, že kategorie jiná mentální retardace může být použita pouze v takovém případě, kdy stanovení stupně intelektové retardace je obzvláště obtížné nebo nesnadné prostřednictvím obvyklých metod pro přidružené senzorycké či somatické poškození, například u osob nevidomých, nemluvicích, neslyšících, u osob s poruchou autistického spektra nebo osob s těžkým tělesným postižením.

Nespecifikovaná mentální retardace se využívá v případě, kdy je sice mentální retardace prokázána, ale není dostatečné množství informací, aby bylo možné jedince zařadit do jedné z výše uvedených kategorií (Švarcová, 2011).

1.5 Duševní postižení

Hartl a Hartlová (2015) uvádí, že duševní porucha je chápána jako klinicky prokazatelná změna duševní činnosti, která osoby s duševní poruchou vyřazuje z práce, zodpovědnosti při právních úkonech nebo ze společenského života. V širším pojetí se jedná o změnu některých psychických procesů, které se odrážejí v myšlení, chování dané osoby, pocitech a dále mu znesnadňují adaptaci a interakci se sociálním okolím (Hartl, Hartlová, 2015).

Nováková (2011) uvádí, že duševní porucha osoby provází ve většině případů delší období života, dochází k zvýšenému riziku nemoci, pracovní neschopnosti, ztráty soběstačnosti či životní pohody. U některých poruch může dojít k sebevražednému jednání osob. Hartl a Hartlová (2015) uvádí, že duševní porucha může vzniknout v důsledku genetických, organických, chemických příčin a dále působením vědomých nebo nevědomých konfliktů. Nováková (2011) ve své knize uvádí, že v mnoha případech se jedná o multifaktoriálnost vzniku duševní poruchy, což znamená kombinaci působení více faktorů. Psychické poruchy a onemocnění se dají léčit či alespoň ovlivnit pomocí psychofarmak anebo psychoterapeutických technik (Slowík, 2022). Dále autor uvádí, že se tyto poruchy projevují zejména v emočních zvláštěnostech, což může být afektované jednání, uzavřenost, extrémní výkyvy nálad apod., dále v neobvyklém jednání a komunikaci, například vztahovačnost, egoistické zaměření atd.

Dle Valenty (2011) existuje několik duševních poruch, které psychiatři a kliničtí psychologové člení do těchto skupin:

- F00-09 Organické duševní poruchy (např. Alzheimerova demence, demence u Parkinsonovy choroby)
- F10-19 Duševní poruchy vyvolané psychotropními látkami (např. delirium tremens, poruchy způsobené zneužitím drog)
- F20-29 Schizofrenie, schizofrenní poruchy s bludy
- F30-39 Afektivní poruchy (např. manicko-depresivní porucha)
- F40-49 Neurotické poruchy, poruchy vyvolané stresem a somatoformní poruchy (např. fobické úzkostné poruchy, panická porucha, obsedantně-kompulzivní porucha)

- F50-59 Behaviorální poruchy spojené s fyziologickými poruchami a somatickými faktory (např. anorexie, bulimie)
- F60-69 Poruchy chování a osobnosti u dospělých (např. sexuální deviace, poruchy osobnosti)
- F80-89 Poruchy psychického vývoje a (F90-99) poruchy chování a emocí u dětí (např. dyslexie, dysgrafie, ADHD)

1.6 Zrak

Beneš (2019) uvádí, že z pěti lidských smyslů je zrak jedním z nejdůležitějších, díky kterému je umožněno vnímat vizuální stimuly z našeho okolí pomocí zrakového orgánu – oka. Zrak je základním orientačním smyslem, kterým získáváme až 90 % informací (Slowík, 2022). Zrakový orgán je složen ze tří částí – receptor (zevní oko), dráha spojující oko s centrem (zrakový nerv) a zrakové centrum v mozku (Nováková, 2011).

Zraková ostrost a zorné pole jsou dva zásadní parametry vidění, které jsou pro kvalitu vidění určující (Krhutová, 2011). Autorka dále uvádí, že velikost zorného pole je určena způsobností periferního i centrálního vidění, jenž je důležitá pro vnímání a orientaci v prostoru a běžném životním prostředí člověka. Postižení šíře zorného pole nazýváme „skotom“, při kterém dochází k omezenému vidění prostoru, při pohybu jedinec naráží na předměty na té straně, kde došlo k výpadku zorného pole (Nováková, 2011).

Podle Beneše (2019) díky zrakové ostrosti můžeme vidět ostře detaily objektů z různých vzdáleností. Dále autor ve své knize uvádí, že zraková ostrost se testuje na optotypech, jedná se o tabule se znaky (číslice, písmena apod.), které jsou seřazeny od největšího po nejmenší.

1.6.1 Zrakové postižení

Řekneme-li „zrakově postižený“ mnoha lidem se vybaví osoba nevidomá (Krhutová, 2011). Mezi osobami se zrakovým postižením je nevidomých osob absolutní menšina, ale daleko vyšší počet tvoří osoby slabozraké. Dle Beneše (2019) mluvíme o slabozrakosti, pokud u jedince dojde ke snížení jeho zrakových funkcí. Omezení zrakového vnímání člověku stěžuje především orientaci a při závažném zrakovém postižení může být ovlivněna i komunikace, případně i psychická integrita a sociální existence (Slowík, 2022).

Zrakové postižení lze definovat jako stav, kdy došlo k poškození zrakového analyzátoru či jeho funkci, které způsobilo závažnou bariéru v procesu informovanosti

jedince v nejširším slova smyslu, jeho celkový vývoj a utváření osobnosti je ovlivněn, a tím i následné uplatnění na trhu práce a jeho existence ve společnosti (Vitásková et al., 2003). U zrakového postižení dochází k postižení funkce zraku, jenž nelze korigovat do normálního vidění (Krhutová, 2011).

Slowík (2016) uvádí, že zrakové postižení a jeho stupeň je možné diagnostikovat v takovém případě, kdy ani optická korekce není natolik nápomocná a zraková vada člověku způsobuje komplikace v každodenním životě. Toto tvrzení taktéž potvrzuje Vitásková et al. (2003), která uvádí, že pokud se i po optimální korekci u jedince objevují různé potíže, které ovlivňují jeho život např. při psaní, čtení, v pracovním procesu, získávání informací a v dalších oblastech, rozumíme tím zrakově postiženou osobu. Zraková postižení mají různé druhy a stupně snížení zrakové schopnosti, a při poškození zraku dochází u jedinců k ovlivnění jejich činností v běžném denním životě (Nováková, 2011). Beneš (2019) uvádí, že dle typu i stupně postižení je možno danému jedinci poskytnout různé optické korekční pomůcky, které mu umožní pomoc s orientací v prostoru, možnost vidět na různé vzdálenosti, získávat informace a napomoci se sociální interakcí. U osoby se zrakovým postižením dochází k jisté míře informačního deficitu, který lze do jisté míry vyrovnávat vytvářením, rozvojem a posilováním kompenzačních mechanismů (Krhutová, 2011).

1.7 Sluch

Dle Potměšila (2011) je sluch distančním smyslem, jenž je významný v procesu psychického vývoje. Muknšnáblova (2014) uvádí, že sluchové ústrojí se skládá ze tří částí – zevní, střední a vnitřní ucho. Podle Potměšila (2011) se párový orgán, který zajišťuje sluch skládá z periferní a centrální části. Periferní část sestává z vnějšího ucha a zvukovodu, ten je zakončen bubínkem a jeho blankou. Tenká a pružná blanka má schopnost reagovat na zvukové vlny a dále je přenést do dalších částí ucha (Potměšil, 2011). Muknšnáblova (2014) uvádí, že střední ucho se skládá z dutiny středoušní, ta začíná bubínkem a končí třemi sluchovými kůstkami, kterými jsou kladívko, třmínek a kovádlíka. Pomocí těchto tří drobných, vzájemně propojených kůstek ve středním uchu dochází k převádějí vibraci blanky bubínku na druhou pružnou blanitou část, která uzavírá bubínkovou dutinu (Potměšil, 2011). Dále autor ve své knize uvádí, že ve vnitřním uchu se zvukovými vlnami převádějí stvořené kmity na elektrické impulzy, které poté pokračují k centru nervovou dráhou.

1.7.1 Sluchové postižení

Langer (2014) uvádí, že sluchové postižení klasifikujeme v takovém případě, kdy sluchové ztráty již nelze plně kompenzovat technickými pomůckami a jedinci negativně ovlivňují jeho kvalitu života. Sluchové postižení je následkem vady organické či funkční, která nastala v jakémkoliv části sluchového analyzátoru, sluchových korových center, sluchové dráhy nebo funkcionálně percepční poruchy (Slowík, 2016).

Jedinec se sluchovým postižením přichází až o 60 % informací, což bývá velmi zásadní pro dětskou populaci, přesněji z důvodu správného komplexního bio-psycho-sociálního vývoje dítěte (Muknšnáblova, 2014). Autorka dále uvádí, že při sluchovém postižení dochází k narušení ontogenetického vývoje řeči, komunikačních technik, procesu myšlení a celkového vývoje dítěte, obzvlášť mentálního a sociálního.

Dle Slowíka (2016) má sluchový handicap výrazné dopady na život osob, jež se narodily neslyšící nebo s těžkým sluchovým postižením, a to i přes to, že mají rozvinuté některé kompenzační schopnosti. Sluchové postižení způsobuje komunikační bariéru, psychickou přítěž, omezení sociálních vazeb, nedostatky v orientačních schopnostech a negativní vliv na vývoj myšlení (Slowík, 2022).

Potměšil (2011) rozděluje postižení podle místa, kde k němu došlo, jedná se o vady převodní, percepční, kombinované (kombinace vady převodní a percepční) a centrální. Slowík (2016) klasifikuje sluchové postižení následovně (viz tabulka 1):

Tabulka 1: Klasifikace sluchového postižení podle různých kritérií

Podle typu	<ul style="list-style-type: none">• převodní vady (vady vnějšího a středního ucha – jedinec špatně slyší, jde o kvantitativní postižení sluchu)• percepční vady (vady vnitřního ucha a CNS – jedinec špatně rozumí, jde o kvalitativní postižení sluchu)• smíšené vady
Podle stupně (intenzity) sluchové ztráty	<ul style="list-style-type: none">• nedoslýchaví<ul style="list-style-type: none">– lehce (sluchová ztráta 26–40 dB)– středně (sluchová ztráta 41–55 dB)– středně těžce (sluchová ztráta 56–70 dB)– těžce (sluchová ztráta 71–91 dB)• neslyšící• ohluchlí
Podle doby vzniku	<ul style="list-style-type: none">• vrozené postižení• získané postižení (prelingvální nebo postlingvální sluchová ztráta)
Podle etiologie	<ul style="list-style-type: none">• orgánové postižení• funkční postižení

Zdroj: SLOWÍK, J., 2016. *Speciální pedagogika. 2.*, aktualizované a doplněné vydání.

1.8 Kombinované postižení

Ačkoliv se v teorii setkáváme s klasifikací jednotlivých druhů postižení zvlášť, v praxi často narážíme u jedinců na kombinaci dvou a více poruch či vad (Slowík, 2016). Ludíková (2005) uvádí, že jedinci s kombinovaným postižením tvoří velmi heterogenní skupinu znevýhodnění a není možné vytvořit ucelený klasifikační systém či ustálenou terminologii. Kunhartová (2023) uvádí, že se jedná o kombinaci různých druhů, stupňů a forem postižení, jenž není snadné přesně klasifikovat. Často za vznikem kombinace různých druhů postižení stojí genetické anomálie, které se mohou projevit formou souborů mnoha příznaků neboli syndromů – např. Downův syndrom, Turnerův syndrom, Tourettův syndrom a jiné (Slowík, 2016).

Kozáková (2005) uvádí, že se může jednat o mentální postižení v kombinaci se somatickým postižením, zrakovým či sluchovým postižením nebo mentální postižení kombinované s duálním sensorickým postižením, což je postižení obou smyslů (zrak a sluch) a nazýváme ho hluchoslepota.

1.9 Rodina

Čevela (2015) chápe rodinu jako skupinu osob, která je spojena přímými příbuzenskými vztahy a dospělí členové přebírají zodpovědnost za své děti. Možný (2008) uvádí, že rodina ochraňuje všechny členy, nemění svou podobu ani vnitřní uspořádání. Podle Havelky a Bartošové (2019) z psychologického hlediska lze na rodinu pohlížet jako na uzavřený, složitě uspořádaný celek, ve kterém jsou jednotliví příslušníci ve spojení, komunikují spolu, reagují na sebe a jsou na sobě vzájemně závislí. Dle Matouška (2003) je rodina institucí, která je těžko postradatelná, jelikož mít stálého partnera a děti je jednou z předních hodnot člověka. Rodinu nelze zastoupit z hlediska předávání hodnot z generace na generaci a je nejvýznamnějším socializačním činitelem (Kraus, 2008).

Cajthamlová (2017) rozděluje funkce rodiny následovně: funkce biologicko-reprodukční, sociálně-ekonomická, ochranná, kulturně-výchovná, sociálně psychologická a emocionální. Kraus (2008) uvádí, že dochází k nárůstu nároků a požadavků na rodinu, což v důsledku způsobuje, že rodina své funkce nenaplnuje dostatečně. Čevela (2015) uvádí tyto typy rodiny:

- nukleární, která je typická pro společné soužití rodičů a dětí,
- širší rodina je složena z rodičů, dětí, prarodičů či dalších příbuzných, kteří žijí ve společné domácnosti,

- orientační je rodina, do které se narodíme a ukazuje nám základní orientaci ve světě,
- reprodukční, jenž představuje rodinu vytvořenou námi samotnými a můžeme v ní zachytit vlivy rodiny orientační.

1.9.1 Rodina v kontextu společenských změn

Matoušek (2013) uvádí, že v 19. století nebylo založení rodiny individuální volbou manželů. Rodiny se zakládaly na základě motivu státu, například u starých Řeků a na základě zájmů rodiny, ze které manželé pocházeli. Autor dále uvádí, že ve středověku nebylo možné založit rodinu bez souhlasu vrchnosti. Dle Giddense (2013) bylo v tehdejší době běžné uzavírat sňatek za účelem zachování majetku v rodině či zplození dalších potomků, kteří následně pokračovali v pracích na rodinných statcích.

Dle Matouška (2013) došlo v postindustriální době ke změně, kdy lidé začali brát svůj osud do vlastních rukou. Záležitosti ohledně založení rodiny a početi dětí vykonávali podle svého citu a preferencí. Možný (2008) uvádí, že masová dostupnost antikoncepce a vstup žen na pracovní trh na konci 20. století má svůj jistý podíl na mnohých změnách formování rodiny. V postindustriálním období došlo také k poklesu sňatečnosti, vzestupné rozvodovosti a poklesu porodnosti a plodnosti (Čevela, 2015). Kuchařová et al. (2019) uvádí, že v současné době dochází ke zvyšování počtu nesezdaných soužití. Jedná se o soužití muže a ženy, kteří spolu neuzavřeli sňatek. K tomuto tvrzení se taktéž přiklání Kraus (2008), který uvádí, že v současné době není podmínkou rodinného života institucionální spojení manželského svazku a v důsledku přibývá narozených dětí mimo legitimní manželství.

Masáková (2011) taktéž uvádí, že zhruba ve druhé polovině 90. let 20. století došlo k poklesu porodnosti. Ženy oddalovaly své početí a průměrný věk prvorodiček byl okolo 30 roku jejich života. Sobotková (2012) uvádí, že rok od roku se počet starších matek rapidně zvyšuje. Dále autorka uvádí, že pro tyto ženy je charakteristické vyšší vzdělání a budování profesní kariéry, přičemž málo kdy starší matky odůvodňují své pozdější mateřství profesními důvody.

Farková (2009) uvádí, že dochází ke změně rodinných rolí. Z hlediska tradičního pojetí byla role muže pojena s nutností a očekáváním, že ekonomicky zajistí rodinu. Role matky bývala typická pro výchovu dětí a péči o domácnost. Farková (2009) pokazuje na proměnu těchto stereotypů. Ženy již v mnoha případech svými příjmy převyšují muže, jsou ekonomicky nezávislé a samostatné, tím však dochází k znejistění mužské role.

Možnosti, které dříve byly dostupné pouze pro muže, se nyní otevřely i pro ženy (Farková, 2009). Masáková (2011) taktéž uvádí, že dochází k přeměně rodičovských rolích. Ženy se v mnoha případech stávají živitelkami rodiny a otcové zůstávají v domácnosti a věnují se péči o děti. K tomuto tvrzení se taktéž přiklání Kraus (2008), který uvádí, že došlo k proměně současné rodiny, která zasáhla sociální role rodičů. Demokratizací uvnitř rodiny muži ztratili své výsadní postavení v rodině a ženy naopak získaly některá práva a povinnosti, které dříve patřily mužům.

1.9.2 Rodina s dítětem se zdravotním postižením

Matějček (2017) uvádí, že rodina s dítětem se zdravotním postižením může být vystavena určitému nebezpečí, které ohrožuje její interní pospolitost. Narození dítěte se zdravotním postižením bývá pro rodiče jedním z nejvýznamnějších mezníků v životě (Vágnerová et al., 2009). Dle Havelky a Bartošové (2019) narozením dítěte do rodiny dochází k jistým změnám v uspořádání rodinných vztahů a tím i přizpůsobení na nové podmínky. V takovém případě, kdy se do rodiny narodí dítě s postižením, změny a dopady na fungování rodiny jsou obzvlášť výrazné. Dle Matějčka (2001) je potřeba změny hodnot rodiny, denního rozvrhu a plánování budoucnosti. Onemocnění dítěte může negativně ovlivnit velké množství atributů rodinného života, v mnoha případech i ty nejzákladnější (Havelka, Bartošová, 2019). Dále autoři ve své knize poukazují na úbytek času pro výkon rodinných aktivit, nižší počet dovolených, výletů, návštěv společenských akcí atd. Dle Fitznerové (2010) mají děti s handicapem stejné potřeby jako ty zdravé. První tři roky života jsou pro ně nejvýznamnější a potřebují velkou dávku citu, pevný a intimní vztah ke svým rodičům i prarodičům. Dále je pro ně důležité, aby rodiče přijali jejich postižení jako současnost, realisticky posoudili jeho nynější stav a další možnosti (Fitznerová, 2010).

Havelka a Bartošová (2019) uvádí, že rodiče nemocných dětí často zapomínají na své psychické zdraví a všechnu energii koncentrují do péče o dítěte. Rodiče by však neměli na své psychické zdraví a pohodu zapomínat a včasně psychické problémy řešit, neboť je-li spokojený rodič, je spokojené i dítě. Pipeková a Bartošová (2010) uvádí, že skutečnost a narození dítěte s postižením bývá také zátěží pro sourozence. Dle Havelky a Bartošové (2019) může u zdravých sourozenců dojít k psychickým výzvám, které bývají spojovány s dlouhodobým prožíváním stresu. Velkou roli hraje věk, pořadí narození, pohlaví nebo míra znalostí o postižení sourozence. Havelka a Bartošová (2019) dále poukazují na mnohé studie, které ukázaly, že okolo 30 % sourozenců dětí

se zdravotním postižením trpí problémy a poruchami v oblasti emočního prožívání a chování.

Kukla (2016) uvádí, že psychická zátěž z hlediska zdravotního postižení dítěte mnohdy vede k rozpadu rodiny, z výzkumů vyplývá, že v těchto rodinách dochází k větší rozvodovosti. Toto tvrzení taktéž potvrzuje Matějček (2017), který uvádí, že mnoho rodin bývá rozvrácených a formálně se rozpadají. Podle Kulky (2016) se matky upínají na péči o dítě a otcové poté rodinu opouští. Dále autor ve své knize poukazuje na nižší socioekonomickou úroveň rodiny, která je způsobena zabezpečením rodiny pouze ze strany otce. Matky ve většině případů bývají doma s dětmi. Dle Michalíka (2023) je nejvíce obecným modelem rodiny, jenž pečuje o dítě se zdravotním postižením, model „tradiční rodiny“. Jedná se o rodinu, ve které matka pečuje více a otcovi převážně náleží starosti ohledně zajišťování rodiny z hlediska financí. Michalík (2023) dále uvádí, že může dojít k různým rizikům, která se váží s izolací matky a „odcizením“ otce.

Chvátalová (2012) poukazuje na to, že narození dítěte se zdravotním postižením nemusí být pro rodiny pouze katastrofou, ale mnohdy může rodičům přinést zisk, radost z pokroků, nové kontakty i přátelství s lidmi, kteří se ocitli v podobné životní situaci.

1.9.3 Reakce rodičů na zjištění zdravotního postižení dítěte

Pipeková a Bartoňová (2010) uvádí, že při sdělení diagnózy zdravotně postiženého dítěte dochází u rodičů k hlubokému zklamání a mnoha otázkám, proč právě jim se narodilo dítě s postižením. Lékaři by dle Chrastilové a Mrowetz (2023) měli rodiče dítěte podpořit, naslouchat jim a projevit empatii. Informace o zdravotním stavu dítěte, které lékař předává rodičům musí být pravdivé a nemanipulativní. Vágnerová (2004) uvádí, že první reakcí rodičů na informaci ohledně postižení dítěte je fáze šoku a popření. Situace je pro rodiče velice tíživá a v podstatě ji nelze přijmout, rodičům přináší stres, který se později mění v deprivaci seberealizace v roli rodičovské, blízké i vzdálené budoucnosti a pocitu bezpečí. Chrastilová a Mrowetz (2023) uvádí, že rodiče se na narození zdravotně postiženého dítěte nemohou připravit dopředu a při prvním sdělení diagnózy nastupuje fáze šoku. Rodiče prožívají iracionální pocity a v jejich důsledku mohou reagovat zcela nepřiměřeně. Vágnerová (2004) dále uvádí, že následně přichází fáze postupné akceptace reality a vyrovnání se s problémem, která se odvíjí od racionálních a emocionálních faktorů. Rodiče si zjišťují více informací, usilují o pochopení charakteru daného postižení a možnostech dalšího rozvoje dítěte (Vágnerová, 2004). Rodiče dále vyhledávají potřebnou pomoc, podporují se navzájem a získávají nové zkušenosti od lidí v podobné životní situaci (Chrastilová, Mrowetz,

2023). Ve třetí fázi, kterou Vágnerová (2004) popisuje, dochází k více či méně realistickému postoji rodičů, kteří přijmou své dítě takové, jaké je. Zralost osobnosti rodičů hraje velkou roli ohledně vyrovnávání se s takovou situací, dále také záleží na jejich životních zkušenostech, individuální frustrační toleranci a akutním psychickém i somatickém stavu (Vágnerová, 2004).

2 Cíl práce a výzkumné otázky

2.1 Cíl práce

Hlavním cílem bakalářské práce je zjistit, jak je vnímána role otce dítěte se zdravotním postižením v současné rodině. Prvním dílčím cílem je zjistit, jak je role otce naplňována z pohledu otce. Druhým dílčím cílem bakalářské práce je zjistit, jak je role otce vnímána z pohledu jedince se zdravotním postižením.

2.2 Výzkumné otázky

VO1: Jak je vnímána role otce dítěte se zdravotním postižením?

VO2: Jak je naplňována role otce z pohledu otce dítěte se zdravotním postižením?

VO3: Jak je vnímána role otce z pohledu jedince se zdravotním postižením?

3 Metodika

3.1 *Metody a techniky výzkumu*

Ve vztahu k stanoveným cílům byla zvolena kvalitativní strategie výzkumu, která, jak Tahal (2017) uvádí je zaměřena na hledání motivů, příčin a postojů. Dle Hendla (2017) je kvalitativní strategie zaměřena na významy a odvozuje se od interpretativních tradic v sociálních teoriích. Dříve byl kvalitativní výzkum považován pouze za dodatek k tradičnímu kvantitativnímu výzkumu, později však v sociálních vědách získal rovnocenné postavení (Hendl, 2016). Kvalitativním výzkumem získáváme nové poznatky, pohledy a snažíme se o rozvinutí teorie (Walker, 2013). Autor dále uvádí, že se kvalitativní výzkum snaží o co nejobektivnější přístup a dotazovaného bychom neměli ovlivňovat svými názory, přesvědčeními a očekáváními. Hendl (2016) poukazuje na výhodu kvalitativního přístupu, který přináší hloubkový popis případů, u nichž můžeme provádět detailní komparaci, sledovat jejich vývoj a zkoumat náležité procesy.

V rámci zvolené kvalitativní strategie výzkumu byla pro sběr dat zvolena metoda dotazování a technika rozhovoru. Miovský (2006) rozhovor také nazývá interview, který považuje za jednu z nejobtížnějších, ale zároveň nejvýhodnějších metod pro získávání potřebných kvalitativních dat. Autor rozděluje rozhovory na nestrukturované, polostrukturované a strukturované.

Polostrukturovaný rozhovor

Pro získání dat byla použita technika polostrukturovaného rozhovoru, který, jak Miovský (2006) uvádí je technicky náročnější na přípravu. Autor dále uvádí, že tazatel si před zahájením rozhovorů vytváří dané schéma, které obsahuje okruh otázek, na které se bude dotazovaných ptát a zároveň se během rozhovorů může doptávat na doplňující otázky. Reichel (2009) uvádí, že pořadí otázek nemusí být striktně nastaveno a dodrženo, nezbytné je však veškeré otázky probrat. Během polostrukturovaného rozhovoru se ujišťujeme, že jsme daným odpovědím rozuměli a popřípadě si necháváme vysvětlit, jak odpovědi dotazovaný myslí (Miovský, 2006).

Vzhledem k citlivosti téma bakalářské práce byla zvolena technika polostrukturovaného rozhovoru díky, kterému bylo možné navázat s komunikačními partnery osobní kontakt a následně navodit pocit důvěry. Další výhodou použití polostrukturovaného rozhovoru byla možnost se komunikačních partnerů doptat na různé otázky či jim dovysvětlit otázky, kterým neporozuměli. Nevýhodou polostrukturovaného rozhovoru byla jeho časová náročnost, rozhovory většinou trvaly okolo půl hodiny až

hodiny. Druhou nevýhodou bylo časově náročné doslovné přepisování rozhovorů z audiozáznamu do písemné podoby. Okruhy otázek polostrukturovaných rozhovorů jsou přiloženy v příloze 1 a 2.

Z rozhovoru byl vždy pořízen audiozáznam na diktafon, který, jak Kajanová et al. (2017) uvádí je vhodný pro doslovný přepis, při kterém nedojde ke ztrátě cenných dat. Komunikační partneři byli před začátek rozhovoru informováni o nahrávání rozhovoru na diktafon. Kajanová et al. (2017) uvádí, že ve většině případů se nesetkáme s odmítnutím nahrávání, komunikační partneři by měli být informováni o potřebnosti nahrávky pro analýzu a v celkové studentské práci nedojde ke zveřejnění přímého přepis rozhovoru, ale pouze dané citace. Účastníci výzkumného rozhovoru byli dále ujištěni, že po přepsání rozhovorů do programu Word budou nahrávky smazány a nebudou nikde šířeny.

Kajanová et al. (2017) uvádí, že k další analýze kvalitativních dat je potřebné nahraný záznam přepsat do elektronické podoby pro lepší manipulaci s nimi. Autorka tento přepis nazývá doslovný přepis, u kterého je důležitý kompletní přepis i v takovém případě, kdy dotazovaný použije vulgární výrazy, sprostá slova či výrazy nespisovné.

3.2 Zpracování získaných dat

Pro vyhodnocení získaných kvalitativních dat byla použita metoda otevřeného kódování v programu Atlas.ti 9. Miovský (2006) uvádí, že významové jednotky jsou sestaveny z pojmů, které označují jednotlivé události, mohou to být například jevy či pocity. Následně jsou z pojmů tvořeny kategorie, které představují vyšší řád. Šedřová (2012) charakterizuje otevřené kódování jako operace, díky kterým jsou získané údaje rozebrány a konceptualizovány a následně složeny novým způsobem. Dále autorka uvádí, že otevřeným kódováním text rozhovorů rozbíjíme na jednotky, kterým přidělujeme kód. Kajanová et al. (2017) uvádí, že vytvořené kategorie mohou být složeny z nejrůznějšího počtu kódů.

3.3 Výběr výzkumného souboru

Vzhledem k stanoveným cílům bakalářské práce byly dva výzkumné soubory. První výzkumný soubor tvořili otcové dítěte se zdravotním postižením a druhý osoby se zdravotním postižením. Při výběru obou výzkumných souborů byla použita metoda prostého záměrného výběru, kterou Miovský (2006) považuje za nejjednodušší metodu z hlediska záměrného výběru. Dále autor uvádí, že metoda spočívá v tom, že potenciaální komunikační partneři splňují dané kritérium nebo soubor kritérií, které jsou

vhodné pro účast ve výzkumu a současně s účastí souhlasí. Kritéria z hlediska výběru výzkumného souboru byla nastavena následovně:

- otec dítěte se zdravotním postižením,
- osoba se zdravotním postižením,
- komunikační a mentální způsobilost osob se zdravotním postižením,
- ochota účastnit se výzkumného šetření.

Při výběru výzkumného souboru, který tvořili otcové dítěte se zdravotním postižením byla oslovena nejmenovaná organizace, která poskytuje sociální služby pro osoby s mentálním a kombinovaným postižením. Organizaci byl představen záměr výzkumu, cíle a charakteristika potencionálních komunikačních partnerů. Tato organizace následně oslovila potencionální komunikační partnery.

3.4 Realizace výzkumu

Realizace výzkumného šetření proběhla ke konci měsíce března 2023. V první řadě proběhl telefonický hovor s potencionálními komunikačními partnery, kterým byl představen záměr a cíl výzkumu, následně byly dohodnuty stanovené datумы a místa realizace výzkumných rozhovorů. Výběr místa k realizaci rozhovorů byl vždy ponechán na komunikačních partnerech z důvodu pocitu bezpečí a jistoty. V převážné většině bylo zvoleno jejich přirozené prostředí, tedy domov nebo místo výkonu zaměstnání. Dva rozhovory byly po uvážení z hlediska dalekého místa bydliště realizovány přes videohovor. Před rozhovorem byl opět komunikačním partnerům představen záměr výzkumu, jak bude nadále se získanými daty nakládáno a ujištění z hlediska zachování anonymity.

3.5 Etika výzkumu

Miovský (2006) ve své knize uvádí etická pravidla, která by měla být dodržena při ochraně účastníků výzkumu. První pravidlo, které autor uvádí je souhlas s účastí ve výzkumu, jedná se o tzv. informovaný souhlas. Účastník výzkumu musí být obeznámen o průběhu a všech okolnostech výzkumu (Kajanová et al., 2017). Informovaný souhlas byl v bakalářské práci ošetřen ústní formou, který byl vždy nahrán na diktafon před začátkem výzkumného rozhovoru. Další pravidlo, které Kajanová et al. (2017) uvádí je zachování anonymity. Toto etické pravidlo bylo zajištěno tak, že v bakalářské práci nebyla zveřejněna jména účastníků a v rozhovorech byla použita začáteční písmena jmen. Dalším etickým pravidlem, které, jak Kajanová et al. (2017) uvádí je zachování emočního a psychického bezpečí. Autorka dále uvádí, že v kvalitativních výzkumech se často

projednávají intimní témata, která mohou účastníka výzkumu vrátit k myšlenkám o negativních událostech z minulosti. Před začátkem výzkumného rozhovoru byli komunikační partneři obeznámeni, že některá témata mohou být citlivá a pokud o daném tématu nechtějí hovořit, mohou kdykoliv odmítnout odpovědět.

4 Výsledky

4.1 Charakteristika výzkumného souboru

Rozhovory byly uskutečněny celkem s 9 komunikačními partnery (dále jen KP), z nichž bylo 6 otců dítěte se zdravotním postižením a 3 osoby se zdravotním postižením. Na začátku výzkumného rozhovoru byly KP položeny otázky ohledně věku, vzdělání a druhu zdravotního postižení, jež jsou obsaženy v tabulce 2 a 3.

Tabulka 2 Charakteristika komunikačních partnerů – otcové

Komunikační partneri	Věk	Věk OZP	Vzdělání	Druh zdravotního postižení
KP1	54	22	Střední vzdělání s maturitou	Tělesné postižení
KP2	50	27	Střední vzdělání s maturitou	Kombinované postižení
KP3	63	37	Střední vzdělání s výučním listem	Mentální postižení
KP4	43	8	Střední vzdělání s výučním listem	Kombinované postižení
KP5	41	15, 15	Střední vzdělání s maturitou	Kombinované postižení
KP6	48	22	Střední vzdělání s maturitou	Zrakové postižení

Zdroj: Vlastní výzkum, 2023

KP byli otcové dítěte se zdravotním postižením ve věku od 41 do 63 let. Věk dětí se zdravotním postižením byl v rozmezí od 8 do 37 let. Vyjma dvou KP, kteří mají středoškolské vzdělání s výučním listem mají všichni střední vzdělání s maturitou. Nejčastějším druhem zdravotního postižení bylo kombinované, dále bylo postižení tělesné, mentální a zrakové.

Tabulka 3 Charakteristika komunikačních partnerů – dospělé děti

Komunikační partneri	Věk	Vzdělání	Druh zdravotního postižení
KP7	25	Střední vzdělání s maturitou	Tělesné postižení
KP8	22	Střední vzdělání s maturitou	Tělesné postižení
KP9	22	Střední vzdělání s maturitou	Zrakové postižení

Zdroj: Vlastní výzkum, 2023

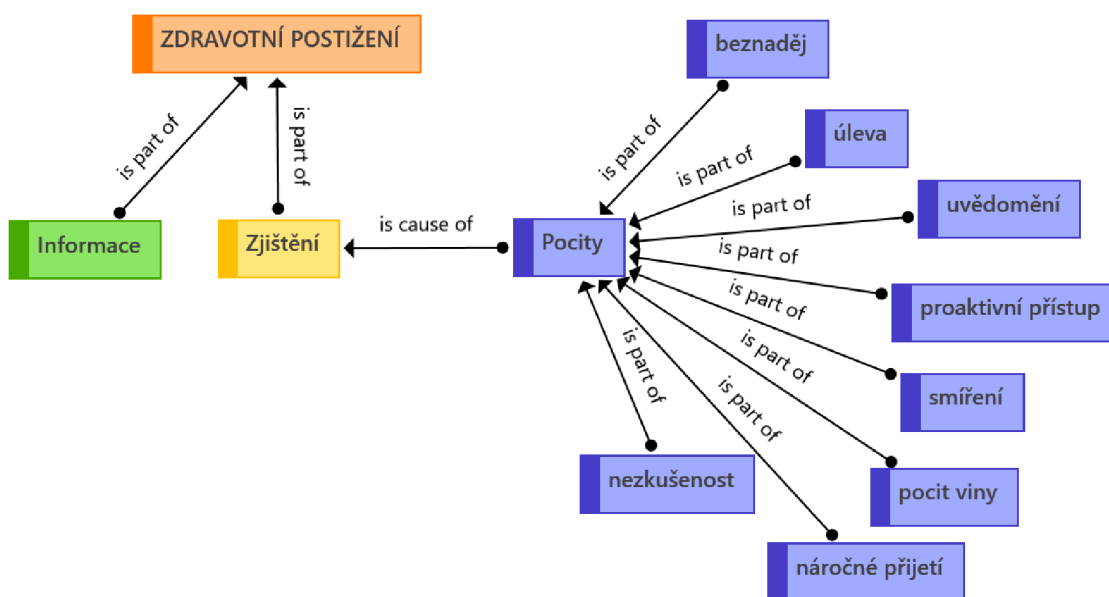
Druhým výzkumným souborem byly osoby s tělesným a zrakovým postižením. Jednalo se o dvě ženy a jednoho muže okolo 20 let. Všichni tři KP mají středoškolské vzdělání s maturitou, dva z nich v současné době studují vysokou školu.

4.2 Výsledky rozhovorů s otci dítěte se zdravotním postižením

V této podkapitole jsou prezentovány výsledky výzkumu, které byly získány prostřednictvím polostrukturovaných rozhovorů s výzkumným souborem, který tvořili otcové dítěte se zdravotním postižením. Poznámky z rozhovorů byly zakódovány a následně byly vytvořeny 3 kategorie. První kategorií je zdravotní postižení, druhou role otce a třetí vliv zdravotního postižení.

4.2.1 Kategorie 1: Zdravotní postižení

První kategorie se zaměřuje na zjištění zdravotního postižení dítěte. Zkoumá to, kdy ke zdravotnímu postižení došlo, jak byli otcové o zdravotním postižení dítěte informováni a jaké pocity prožívali, viz obrázek 1.



Obrázek 1: Zdravotní postižení

Zdroj: Vlastní výzkum, 2023

Všichni KP vyjma KP3 uvádí, že ke zjištění zdravotního postižení jejich dítěte došlo až po jeho narození. KP3 říká: „*No, při porodu byl přidušen*“. Dva KP uvádí, že se o zdravotním postižení dozvěděli v průběhu prvních 3 měsíců života dítěte. Například KP6 popisuje: „*Ve 3 měsících života. Těhotenství probíhalo úplně v pořádku, bylo to naše první dítě, takže žena jako prvorodička byla hlídaná, jezdili jsme na plodovou vodu a genetiku a všechno bylo v pořádku, nic nenasvědčovalo tomu, že by měl být nějaký problém*“. KP2 i KP5 říkají, že ke zjišťování zdravotního postižení docházelo během prvních tří let dítěte. Například KP2 říká: „*V průběhu prvních tří let*“. KP4 dále popisuje: „*Jako diagnóza nám byla řečena asi před půl rokem, protože my sme jezdili každé půl rok na nějakou genetiku a furt nevěděli, o co de, ale poprvé sme to začli zjišťovat až když mu byl rok, do té doby byl totál úplně v pohodě zdravěj, tak jak měl být*“.

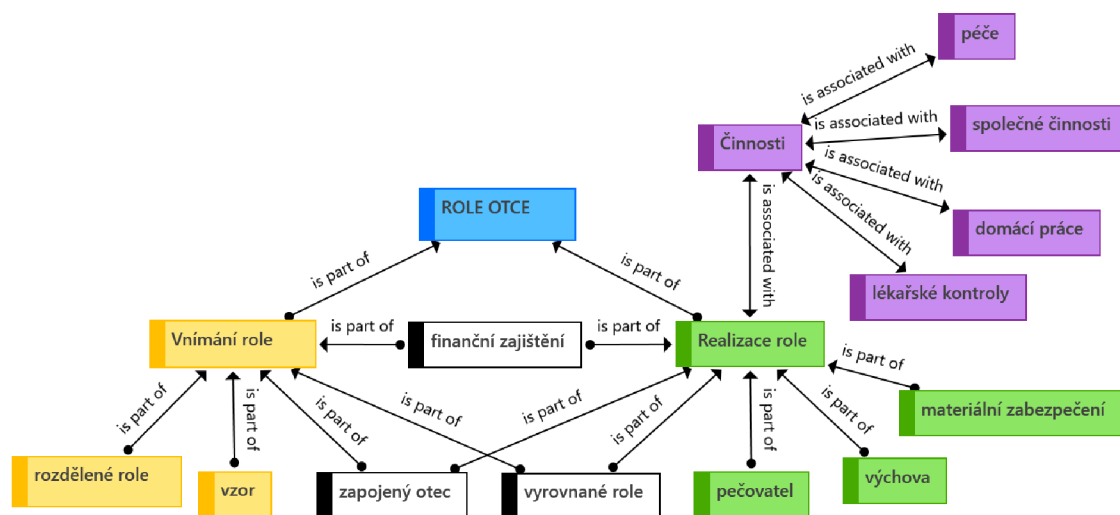
Na otázku, jak byli KP informováni o zdravotním postižení dítěte odpověděli následovně. KP1 uvádí: „*No, tak při týhle diagnóze nám vlastně nikdo dopředu neřekl, jak to bude vypadat, ale každé řekl, že záleží na nás, jak budeme s dítětem cvičit a rehabilitovat*“. KP2 říká: „*Jako ono to nejde říct, že se to člověk dozví, že je takhle postižená, ale protože to měla od malinka, tak tím, jak se vyvíjela, tak se přicházelo na to, že se vlastně nevyvíjí, takže to byl takovej postupnej náběh. Nebylo to najednou teď, stříh a všechno špatně*“. KP3 dodává: „*Nikdo nám moc neřekl, informace byly hrozně špatný, nevěděli sme, co to je. Takže jsme pátrali, nikdo nám nic moc neřekl, to bylo to nejhorší*“. KP5 tvrdí: „*Všichni nám říkali, že se s tím jako nedá nic dělat, že to jako přejde do tří let, ale ono to nepřešlo. Takže ve třech letech začalo ňák to kolečko, kdy se vlastně zjišťovalo, co, kde, jak, proč a podobně. Ono to přibývalo postupně. Začalo se s ňákým tím ADHD nebo jak se tomu říká a různý ty vývojové dysfázie*“. KP6 říká: „*Všimla si tohohle handicapu dětská doktorka, protože ji cukaly oči a ta nás doporučila do Prahy k ňáký specialiste. A ta vlastně přišla na tu diagnózu a postupně čím byla starší, tak do toho ta doktorka jakoby zjišťovala další a další to postižení*“.

Následně bylo zjišťováno, jaké byly první reakce a pocity otců na zjištění zdravotního postižení jejich dítěte. Ohledně pocitů zazněly rozmanité odpovědi. KP2 popisuje: „*Standardní to nebylo, jako je to na prd, když najednou zjistíte, že to dítě nebude v pořádku. Je to takový i docela drsný, když člověk přijde na to, jak je to špatný*“. KP1 říká: „*Nedovedl sem si to moc představit, jak to bude vypadat, protože jsem nikdy o ničem takovým neslyšel, nikoho takovýho jsem ve svém okolí neznal. Prostě jsme do toho byli hození*“. KP1 ještě dodává: „*Postavili jsme se k tomu, tak že nedopustíme, aby naše dítě skončilo na invalidním vozíku*“. KP6 říká: „*První pocit byl, že za to můžu já, že sem jí to*

jakoby dal geneticky. Říkal jsem si, že bude nešťastná v životě, že jsem ji zkazil život (pláč)“. KP3 uvádí: *„Člověk tomu nevěří, neví, co bude dělat“.* KP4 a KP5 měli podobnou reakci. KP4 říká: *„Jak už to bylo po těch osmi letech, tak s tím člověk už žil, tak jako to novinka nebyla, my sme spíš byli rádi, že nám nějakou diagnózu dali a víme co dál“.* KP5 dodává: *„Byla to vlastně úleva, my sme věděli, že je něco špatně, ale prostě nikdo nám nic neřekl nebo nám furt říkali, že to bude dobré, dobré, ale ono to dobré nebylo. Takže když jsme se to dozvěděli, co se děje, tak je to spíš úleva než cokoliv jiného“.* Tři KP uvádí, že postupem času došlo k jakémusi smíření. KP3 říká: *„Člověk se s tím jako smíří a říká si, bude to dobrý, ale ono to dobrý není a smíříte se s tím prostě. Musíte. Musíte jít dál“.* KP2 dodává: *„Člověk, než to polkne, tak to chvíli trvá, jo je to drsný, ale teď už se cejtím v pohodě no“.* KP6 uvádí: *„Ale kupodivu díky tomu, že jsme jezdili na jedno pracoviště, tak L. měla jedno z nejmíň hroznejch postižení, protože sme tam viděli daleko horší případy. Takže sem si říkal, že sice má postižení, ale je normálně myslící osoba a není závislá na nás“.*

4.2.2 Kategorie 2: Role otce

Tato kategorie je tvořena, jak otcové pohlíží na roli otce dítěte se zdravotním postižením, jak si myslí, že by měla být naplňována a jak jí vnímají, jakou roli mají ve své rodině a jak ji naplňují, viz obrázek 2.



Obrázek 2: Role otce

Zdroj: Vlastní výzkum, 2023

KP1 a KP3 se shodli na tom, že otec má finančně zajistit rodinu. KP1 říká: *„No, podle mě má otec zajistit tu rodinu finančně, jelikož je to finančně nákladné. Matka se postará o všechny věci okolo, protože to umí líp. Otec by měl bejt živitel“.* KP3 dále uvádí: *„Musí nějak zajistit tu rodinu finančně, když matka je pečující osoba“.* KP6 a KP2 mají rozdílnou reakci: *„Cejtím to tak, když se o tom bavím, že žena se má starat o rodinu a vo*

děti a kuchyň a otec má vydělávat, má nosit peníze, tak u nás to tak nikdy nebylo, otec by měl mít větší roli v jakýkoliv rodině, než jenom přinést domů peníze“. KP2 dodává: *„Živitel je ten, kdo může pracovat na plnej úvazek, ať už je to buď otec nebo matka“.* KP3, KP4 a KP6 se přibližně shodli ohledně zapojení otce do péče o dítě. KP3 říká: *„No, otec má pomáhat, dělat, co se dá. Musí se podílet, pomáhat a dělat vše pro to dítě, společně“.* KP4 dále uvádí: *„Prostě se má otec tak nějak podílet stejně jako ta matka, nemůže to být jen na jednom, to by se ten jeden zbláznil, kdyby na to byl sám“.* KP6 popisuje: *„Já z mého pohledu to vidím, tak že se otec má podílet. Musí to být vyrovnaný jakože. Děti jsou prostě součástí toho každodenního života. Každý den se těšit, vidět je, učit se s nima, pečovat o ně, pomoci jim, když jsou v nesnázích. Nesouhlasím s tím starým modelem, že prostě všechna péče je na mámě a chlap jde třeba do hospody“.* KP5 dodává, že pohlíží na roli otce jako na vzor.

Následně bylo zjišťováno, jakou roli KP zastávají ve své rodině ve vztahu ke zdravotně postiženému dítěti. Ohledně finančního zajištění rodiny se shodla většina na tom, že je to součástí jejich role jako otce. Například KP1 popisuje svou roli následovně: *„Moje role v rodině je chodit do práce a vydělávat peníze. Zajistit tu rodinu finančně. Já bych pro B. udělal první poslední, já mám potřebu ji absolutně zabezpečit, jakože, co se týče postižení, jsem schopný sehnat jakoukoliv pomůcku, kterou by potřebovala“.* KP6 dále říká: *„Jo, chodil jsem do práce, abych vydělal peníze, to je jasný, protože jsem byl jedinej výdělečně činněj v rodině“.* Vyjma financí se otcové dále podílejí i na péči a výchově. Uvádí, že se podílejí, starají se a o své děti pečují. KP5 říká: *„Já jsem zvyklý dělat všechno. My tu péči a vše okolo děláme oba, nemáme to nějak rozdělené. Rozhodně to u nás není to, že já bych byl jedinej živitel a žena se starala o všechno, s tím já nesouhlasím“.* KP4 uvádí: *„Věnuju se všemu výchově, péči, vařím, uklízím, vydělávám peníze. Takže úplně všechno, komplet servis“.* KP6 dále říká: *„Veškerěj ten volnej čas jsem se snažil trávit s rodinou. Jako otec předávám zkušenosti, vychovávám je a vedu je tím směrem, kterým bych chtěl, aby z nich vyrostly“.* KP3 dodává, že na výchově se doplňují s manželkou. KP2 tvrdí: *„Jako já o A. hodně pečuju, ona je na mě zvyklá, když jsem doma, tak pro ni máma přestane existovat. Takže když jsem doma, tak ohledně péče dělám vše já, ode mě chce napít a všechno“.*

Dále bylo cílem zjistit, jak KP svou roli, kterou uvedli naplňují. Jakým činnostem se věnují a do čeho se zapojují. Velká většina KP uvádí, že se podílejí na péči, vykonávají domácí práce, vozí děti na lékařské kontroly a věnují svým dětem čas ohledně společných aktivit. Z hlediska péče zazněly nejčastěji odpovědi, co se týče koupání dětí, krmení

a přebalování. Například KP2 říká: „*Koupu vyloženě já, protože je to fyzicky náročně. Takže, když nejsem doma já, tak se nekoupe*“. Dále KP3 uvádí: „*Dělám všechno, sprchování, mytí, dohlížím na hygienu*“. KP6 popisuje: „*Já jsem ji třeba i kojil (smích), když žena asi po třech tejdnech ztratila mlíko, tak L. vyrostla na nějakým nutrilomu*“. K tomu KP dodává, že k dceři ráno vstával a krmil ji. KP5 říká: „*Když kluci byli malí, já jsem dělal všechno, vykoupat, přebalit, nakrmit*“. KP4 taktéž uvádí, že se věnuje celkové péči o svého syna. „*Dávám mu plínku, protože on je plínovanej, bude do konce života, on si nedokáže říct, kdy potřebuje na záchod*“. Na otázku, zda si KP myslí, že ve své péči udělali své maximum se odpovědi příliš nelišily. Otcové uvádějí, že otázku, zda v péči o své dítě udělali maximum si pokládají všichni. Tímto lze shrnout odpověď KP6, který říká: „*Hm, to doufám, vždycky jsem se snažil dělat maximum, ale to je takový, že člověk si často říká, jestli měl něco udělat jinak nebo ne, ale vždycky sem se snažil všechno dělat nejlíp jak můžu*“.

Z odpovědi dále vyplývá, že otcové nemají problém se zapojením do domácích prací, shledávají je jako běžnou věc a součást života. Například KP5 uvádí: „*Doma dělám úplně všechno. Umím uvařit, upéct, uklidit. Krom žehlení to neumím zatím, podle mě je to důležité, abych manželce takhle dopřál nějaký odpočinek*“. KP2 sděluje: „*Když jsem doma tak vařím, vyluxuju vobčas, jako nemám problém to dělat*“. KP3 také uvádí, že se podílí na všech domácích pracích vyjma praní prádla. „*Luxuju, meu nádobí, vytřu, umeju okna. Není problém, hlady bychom taky neumřeli. Beru to jako normálku*“. KP4 říká: „*Já dělám v podstatě všechno, ať už je to nějaká strava, tak i vařím, uklízím a tak*“. Stejný názor sdílí i KP6, který dále uvádí, že na společné domácnosti by se měli muži podílet a nenechávat všechnu práci na ženě. „*Já jsem vařil placatý jídla, luxuju, vytírám, nákupy. Nemám s tím problém, to si myslím, že právě by se měli zapojovat ti chlapi ne jenom ženská. Nemůže to nikdy dělat jeden sám*“. Z odpovědi KP1 vyplývá, že s tímto názorem nesouhlasí. „*No, tak třeba nějaký krmení a koupání jsem dělal, ale domácí práce ty nedělám, to nechávám vše na ženě*“.

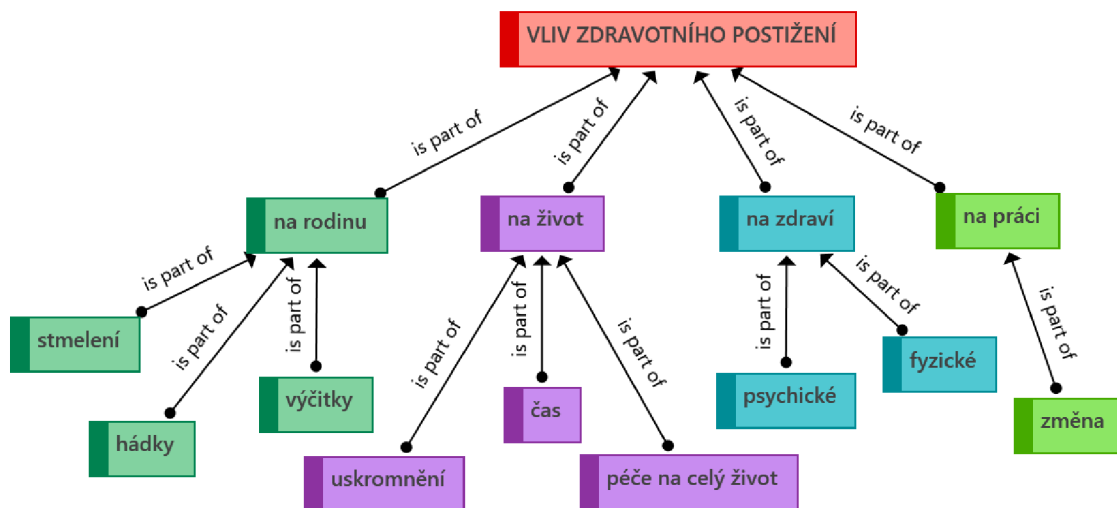
Ohledně společných činností otcové nejčastěji uvádějí procházky a sport. KP3 popisuje: „*Spíš jsem s ním jako chodil na procházky, i teďka, on hrozně rád chodí turistický výlety a von ujde 25 km úplně v pohodě. Beru ho i do přírody. No a tenkrát nás oslovila Arpida České Budějovice, že pořádají lyžařský zájezd na Kvildu. Takže sme ho naučili i na běžkách. No a já zahrádkařím dost. Takže na tu zahrádku si ho vždycky беру, on to má taky rád a já sem rád, že je tam se mnou*“. KP6 říká: „*Jezdili jsme spolu na kole, hodně jsem s ní chodil na procházky, naučil sem ji na kolečkových bruslích, i když na nich*

sám neumím. Taky sme chodili plavat a tak. Každý den jsme trávili spolu“. KP1 uvádí, že co se týče sportů, tak ty většinou zastával v rodině on. *„Učil sem se s ní lyžovat a na kole. Dále sme často hráli člověče nezlob se a teď ji vyvezu na motorce“.* KP4 dále mimo procházky říká: *„On miluje zvířata, takže my vždycky jezdíme o víkendu na chatu a musíme tam obejít všechny zvířátka, co tam existují a musíme je dojít nakrmit a pohladit“.* KP2 ještě doplňuje: *„S A. taky občas hraju na kytaru a zpívám, to miluje. Když je hezky tak spolu grilujeme“.* KP5 uvádí procházky nebo návštěvy v kavárně.

V rámci dalších činností otcové často zmiňují lékařské kontroly. KP2 a KP6 sdělují, že na lékařské kontroly ve většině případů jezdí oni. KP6 říká: *„Já jsem jedinej, co má řidičák, takže já sem na kontroly k doktorovi jezdil vždycky, buď sme jezdili všichni tři nebo jenom já s L. Čím vlastně byla starší, tak tím spíš jsem jezdil jenom já“.* KP5 uvádí, že k lékařům většinou chodí společně s manželkou nebo jak kdo může. KP3 ještě dodává: *„K doktorům teda jezdí většinou manželka, ale když je něco většího, tak jsme tam u toho oba dva“.* KP4 mimo lékařské kontroly ještě uvádí cvičicí program, na který jezdí se synem. Většina otců dále sděluje, že cvičení s dětmi se spíše věnují matky. KP3 říká: *„Manželka s ním cvičila tu Vojtovku, já jsem ji taky s ním cvičil, ale hrozně málo. Jako snažil jsem se, ale bál jsem se prostě, abych mu jako něco neudělal, protože on vždycky začal přímo rvát, tak sem si řekl, že ne, že prostě na to nemám“.* KP1 sděluje, že cvičení Vojtovy metody bylo na ženě. KP2 říká: *„Výhoda byla ta, že my jsme chodili na Vojtovu metodu k paní doktorce do Budějovic. A manželka, jak byla s A. doma stabilně, tak se učila tu Vojtovku a dělala jí s ní spíš ona“.*

4.2.3 Kategorie 3: Vliv zdravotního postižení

Kategorie vliv zdravotního postižení je tvořena čtyřmi subkategoriemi – rodina, život, zdraví a práce, viz obrázek 3.



Obrázek 3: Vliv zdravotního postižení

Zdroj: Vlastní výzkum, 2023

Dle odpovědí KP se všichni shodují na změnách v rodině, životě, zdraví a práci. Pro některé to byly změny pozitivní, pro některé i negativní. Z hlediska rodiny se na pozitivních vlivech shodují KP2, KP5 a KP6, kteří uvádí, že zdravotní postižení jejich dítěte rodinu semknulo. Například KP2 říká: „*No, jinak já myslím, že to jakoby aspoň u nás to tu rodinu stmelilo....myslím si, že tenhle ten postižený člověk to drží pohromadě*“. KP5 dodává: „*Jako rodina možná jsme víc semknutí. Asi dost, protože občas je to těžké no a u nás sme se prostě podporovali se ženou navzájem*“. KP6 ještě doplňuje, že jim dcera vždy dělala radost. Pro některé otce to však mělo i negativní dopady nebo nezaznamenali žádné. KP4 sděluje: „*Všechno bylo v pohodě a potom člověk zjistí, že to dítě zdravý není a teď všechny ty výčitky a okolo, teď to svádění a obviňování jako kdo za to může a tohle. To bylo strašný, takže to udělalo hodně no*“. KP6 dodává, že výčitky a hádky nastaly až v pozdějším věku dítěte. Jediný KP1 uvádí, že zásadní změny v rodině nebyly. V rámci těchto vlivů na rodinu, které KP zmiňují byli dále dotázáni, zda někdy v průběhu svého života přemýšleli o odchodu od rodiny a dítěte se zdravotním postižením. Všichni komunikační partneři se shodují, že taková situace pro ně nikdy nenastala a odpovědi lze shrnout, tak jak to popsal KP3: „*Ne, nikdy v životě. Nevím, čím bych tím jako pomohl a představa, že v tom nechám manželku a jeho? To by nešlo, nebo nějaký ústav to taky ne*“.

Následně otcové často zmiňovali vliv zdravotního postižení v celkovém životě. Nejčastěji se jednalo o změny v časové náročnosti, péči a uskromnění, které musely nastat. KP2 říká: „*Je to docela drsný, vobčas mě to jako bere, když mám nějakou depku, že si člověk uvědomí, že tady není pokračování v té péči, člověk si vobčas říká, že zní to drsně jako, že by chtěl, aby to dítě umřelo dřív (pláč), protože bude vědět, že se o ni*

postarám až do konce. Přemýšlím, že kdo se vo ni bude starat potom až já zahrábnu“. Dále KP3 uvádí: *„Jako určitě to poznamenalo můj život žejo. Člověk ňák předtím žil, holku sem mohl dát babičce a dědovi na víkend, u něj to prostě nejde. Prostě není nikdo, kdo by to zvlád a člověk nemá to volno jo. Takže ten život se změnil hodně s tím časem jakoby, s tím časem pro sebe“.* KP5 říká: *„No, byl to fičák, my jsme se prostě střídali, aby se aspoň jeden vyspal, protože oni jenom permanentně řvali, a bylo to, že jsme se nějak snažili vystřídat v té péči, aby sme si odpočimuli trochu“.* KP3 sděluje: *„Člověk si říká, tak teďkon se narodí kluk, budeme jezdit po světě a všechno možný. A vono se to najednou změnilo, protože, jed' s postiženým synem do světa, když nemůžeš vědět, co se může stát. Člověk se musel hodně uskromnit“.* KP6 popisuje pozitivní změnu: *„Celej svět se změnil, to byl jedinej bod, kterej mě zajímal. Protože to je první člověk, na kterým mi v životě záleželo víc než na mě samotným, člověk by za ty děti položil život“.*

Ohledně práce KP1, KP2 a KP3 uvádí, že velké změny v jejich pracovním životě nenastaly, přičemž doplnili, že to bylo díky jejich manželkám, které zůstávaly doma v rámci rodičovské dovolené nebo pečující osoby. Například KP2 říká: *„Změny nebyly. Díky tomu, že s ní byla manželka doma, že se o ni starala. Z mojí strany mám ještě výhodu, že tady v práci máme turnus, denní, noční a dva dny volna“.* Dále ještě doplňuje, že výhodou je centrum denních služeb, do kterého dcera během týdne dochází. KP1 sděluje: *„Nebylo to pro mě těžké, já měl čas na svoji práci, protože sem věděl, že manželka je s ní doma“.* KP2 a KP6 mimo to ještě doplňují toleranci svých zaměstnavatelů. To stejné uvádí i KP6, který říká: *„Majitel ve firmě mi vyšel vstříc, že já jsem moh pracovat v noci, přes den, kdy se mi to hodilo. Když sme potřebovali ject k doktorovi, tak jsem dostal volno, takže já jsem vlastně si mohl trošku upravit tu pracovní dobu, abych mohl s nima bejt co nejvíc“.* KP4 uvádí, že pro něj to z hlediska pracovního života byly velké změny, které musely nastat. *„Muselo dojít ke změnám no, za prvé jsem zrušil firmu, protože sem měl zaměstnance kdysi. Dál sem musel sehnat lidi, v tom jediným mi pomohlo to, že ti kluci, co se mnou dělaj, co máme to OSVČ tak jsou šikovní, je na ně spoleh a jsou soběstační, takže když já potřebuju jet s klukem třeba na cvičo, tak to zvládnou“.* KP5 sděluje, že změna nastala v rámci odchodu do jiného zaměstnání. *„Když byly dvojčata malé, tak já jsem jezdil do práce ráno a vracel jsem se někdy až večer, takže oni prostě mě neviděli celej den. Nedělalo to dobrotu, ale našel sem si jinou práci, pracuju z domu vlastně 99,99 % času“.*

Posledním zmiňovaným vlivem, který otcové pocítovali byly změny ve zdraví. KP2, KP5 a KP6 uvádějí převážně změny v psychickém zdraví. Například KP5

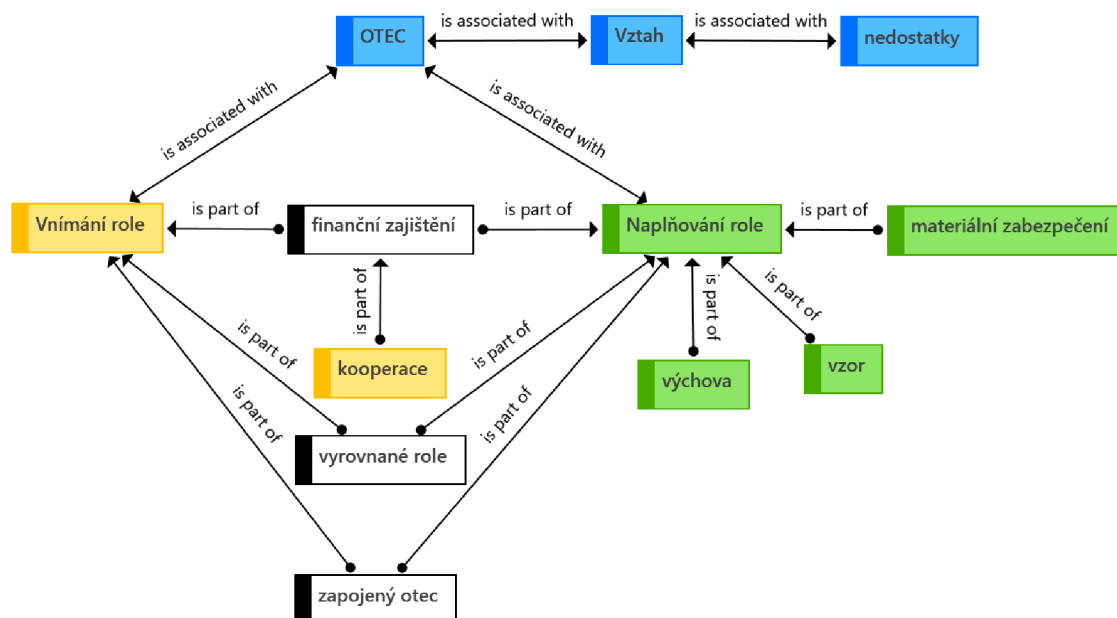
říká: „Rozhodně to na mě mělo dopad, protože to nejde, aby nemělo, nejsem robot žejo. Byla doba, kdy jsem měl docela slušně silná antidepressiva, protože to bylo těžké“. Dále ještě doplnil, že mu ke zlepšení psychického zdraví pomáhal pohyb. KP2 zmínil podzimní deprese, které míval, ale naštěstí je nemusel řešit s psychologem nebo prášky. KP6 uvádí: „Ono to na mně teď není vidět jo, ale já mám lupenku a L. bohužel ji má po mně. A to je onemocnění psychický i jo, nebo psychika na to má velkej vliv, takže tam to bylo jednoznačně zhoršení hrozný“. KP4 zmiňuje i zdraví fyzické, které pociťuje ve spojení s fyzicky náročnou péčí o syna. „Máme odrovnaný záda voba dva, protože ho vlastně musíme furt nosit jo, když má tuhle váhu, nandat do vozejku, nandat do auta, takže oba dva máme záda v háji“. KP1 a KP3 uvádí, že žádné fyzické ani psychické změny ve svém zdraví nezaznamenali.

4.3 Výsledky rozhovorů s osobami se zdravotním postižením

V této podkapitole jsou prezentovány výsledky výzkumu, které byly získány prostřednictvím polostrukturovaných rozhovorů s výzkumným souborem, který tvořily osoby se zdravotním postižením. Poznámky z rozhovorů byly zakódovány a následně byly vytvořeny 2 kategorie. První kategorie je otec a druhá činnosti.

4.3.1 Kategorie 1: Otec

Kategorie otec byla tvořena třemi podkategoriemi – vnímání role, naplňování role a vztah, viz obrázek 4.



Obrázek 4: Otec

Zdroj: Vlastní výzkum, 2023

KP se v podstatě shodují na tom, že otec by měl být do procesu péče o dítě se zdravotním postižením zapojený. KP8 říká: „Otec je pro mě někdo, kdo má být u té rodiny

přítomnej, a to nejen fyzicky, ale i psychicky. Měl by se podílet na té péči toho dítěte a prostě být u toho“. KP9 ještě dodává: „*Možná si to spousta lidí neuvědomuje a jedna věc je ta, že máš u sebe tu mámu, ale zároveň i ta máma, když má postižený dítě, tak potřebuje tu pomoc a oporu v tom otci a ty chlapové si to často moc neuvědomují, jak moc to dítě potřebuje tátu, když je ten otec zapojený, tak oni to pak umí hrozně dobře ti tatové“.* KP7 hovoří o vyrovnaných rolích otce a matky. „*Já to vnímám tak, že to má být půl na půl, víceméně 50 na 50. To je ta ideální situace. Zapojovat se rovnoměrně v té výchově, protože pak moje situace, že moje matka do mě vybudovala svoje vzory. Já totiž v nějakých situacích reaguju stejně jako matka, přičemž v nějakých chvílích bych měl reagovat spíš jako ten mužskej vzor“.* Dále dodává, že si je vědom toho, že v mnoha rodinách to tak nefunguje. KP8 dále říká: „*Má plnit tu zabezpečovací funkci z hlediska financí. To vidím i v době, kdy je matka na mateřské s dítětem nebo z nějakýho důvodu je s ním doma, tak by měl plnit tu ekonomickou funkci“.* KP9 to z hlediska finančního zajištění vidí následovně: „*Z hlediska finančního zajištění si myslím, že by to mělo být, když je to možný vyrovnaný, záleží samozřejmě i na tom, jak třeba moc i to dítě je postižený“.* KP7 ještě k vnímání role otce dodává: „*Když to všechno táhne jeden z rodičů, tak je to mnohdy náročný a lidi jsou taky křehký a buď taky tu péči nezvládají nebo s průběhem času ta kvalita péče klesne, protože na to nebude mít síly a nemá čas na odpočinek“.*

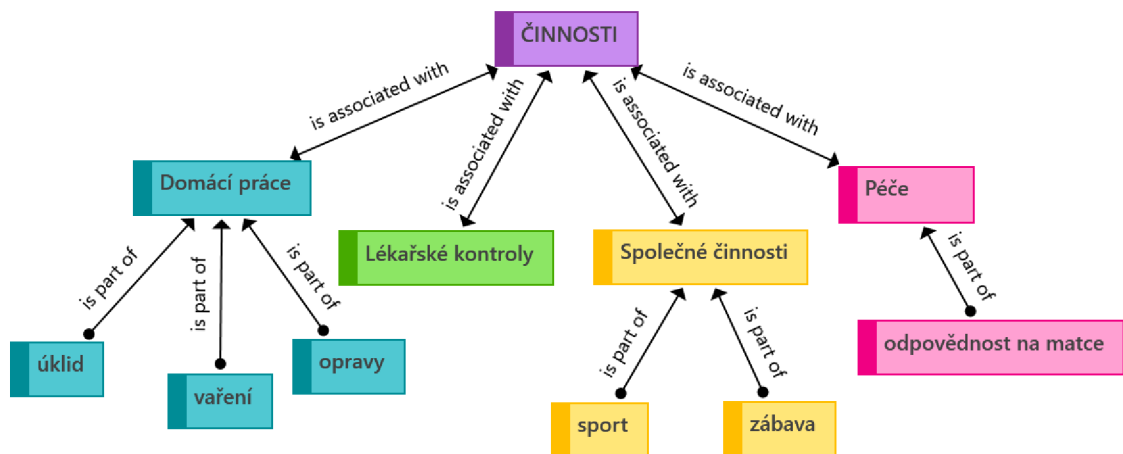
Následně bylo zjišťováno, jaká je role otce v rodině osob se zdravotním postižením. Všichni KP uvádí, že se jejich otec věnoval finančnímu zajištění rodiny. Z toho KP7 a KP8 sdělují, že to v podstatě bylo na úkor péče o ně, kdy otcové především zabezpečovali rodinu z hlediska financí a matky se věnovaly péči. Například KP7 říká: „*Za mého dětství to bylo tak, že většinu té rodiny táhla matka, co se týče výchovy nebo péče. Otec většinou jezdil za prací, aby mohl vydělávat a zajistit tu rodinu finančně“.* KP8 popisuje: „*No, hlavně zastával tu roli ekonomickou a ochrannou. Táta vždycky dbal na to, aby doma všechno klapalo, aby mamka se mnou cvičila 4x denně Vojtovku, jako hrál si se mnou všechno tohle, ale byl hlavně v té práci“.* KP9 uvádí, že vyjma finančního zabezpečení rodiny se otec velmi podílel na péči. „*Z hlediska péče se podílel hodně, protože táta byl ten člověk, kterej mě vozil do těch speciálních zřakových center, kam jsem jezdila“.* KP7 dále říká, že o problematice onemocnění se otec moc nezajímal a většinu péče obstarávala matka. Podobné pocity sdílí i KP8, která popisuje: „*Mamka se mnou cvičila, mamka se o mě starala od rána do večera, učila se se mnou. Táta je takovej ten člověk, co byl doma jen večer a prostě tak“.* Dále KP8 a KP9 uvádí, že otcové

byli ti, kteří se zajímali o materiální zabezpečení například z hlediska zajištění kompenzačních pomůcek. KP9 sděluje: „*A právě zajišťoval, aby vždycky byla nějaká cesta ke kompenzační pomůcce, kterou jsem potřebovala a nebylo to úplně hrazený tou pojišťovnou*“. KP8 dále doplňuje: „*Vždycky se snažil, abych měla jakoukoliv kompenzační pomůcku, kterou sem potřebovala anebo cokoliv jinýho, vždycky to zařídil*“. KP9 dále dodává, že svého otce považuje za vzor.

Na otázku, jak KP vnímají svůj vztah s otcem se s odpověďmi vcelku shodly KP9 a KP8. KP9 říká: „*S tátou máme jako hodně blízký vztah, je mi jeden z takových těch nejbližších členů té rodiny. Ráda se mu prostě svěřím, a když mám nějaký problém, tak vím, že se něj můžu vždycky obrátit. Je tady pořád pro mě. Cejtím tu rodičovskou lásku a prostě ten pocit, že cítíš, že tě ten rodič miluje*“. KP8 taktéž sděluje, že vztah s otcem mají dobrý. „*My máme s tátou dobrou vztah, máme se rádi. Nasmějeme se spolu, jako rozumíme si. Táta mě podporuje ve škole, když něco potřebuju, tak jako žiju v tom, že to dostanu*“. Odlišnou odpověď uvádí KP7, který popsal vztah se svým otcem následovně: „*Takový, jako já bych to přirovnal, já to řeknu asi prochladlý, protože on se o mě moc nezajímal*“. Dále doplnil, že ve vztahu se svým otcem vidí jisté nedostatky. „*V těch chvílích, kdy měl alkoholovou závislost, tak přestal plnit některé funkce, které nahrazovala matka. Chyběla mi tam mužská role, podpora, možná i zájem, protože se mi moc nevěnoval vzhledem i k jeho alkoholismu a zemřel brzo, takže spoustu toho promeškal a nestihnul*“. KP8 k nedostatkům ve vztahu s otcem říká: „*Ohledně vztahu s tátou mně asi chybí to, že mu moc nemůžu říct, co se mi děje v osobním životě. Protože on hrozně všechno bagatelizuje, všechno je kravina. Takže s nějakýma osobníma problémama za ním jít nemůžu, a to mě na tom štve asi nejvíc*“. KP9 uvádí, že ve vztahu s otcem jí nic nechybí.

4.3.2 Kategorie 2: Činnosti

Poslední kategorie činnosti byla tvořena čtyřmi subkategoriemi – domácí práce, lékařské kontroly, společenské činnosti a péče, viz obrázek 5.



Obrázek 5: Činnosti

Zdroj: Vlastní výzkum, 2023

KP se ohledně činností, které jejich otcové vykonávají, ale i nevykonávají v rodině shodují. Podobně se i shodují s odpověďmi, které uvedli otcové s dítětem se zdravotním postižením. Nejčastěji uvádí činnosti, které souvisejí s péčí, domácností, dovozem na lékařské kontroly a společnými činnostmi.

Z odpovědí KP7 a KP8 se dá pojednávat o větším zapojení matky do procesu péče o dítě. Například KP8 říká: „*No, tak hrál si semnou, občas mi udělal svačinku, takže nějaká příprava stravy a koupal mě. Táta vykonával 25 % péče a mamka 75 %*“. KP7 popisuje: „*No, jako on většinou buď pil, to měl takový období nebo pracoval. Pil, pracoval, odpočíval. Většinu té péče vykonávala matka, protože věděla, jak jsem na tom, věděla o tom onemocnění, protože tatínek, jak na to neměl kapacitu nebo prostě se nazajímal, on se třeba zajímal o ty výsledky, jestli se to zhoršuje nebo zlepšuje*“. KP9 pojednává o angažovanosti svého otce v oblasti péče. „*Táta mi určitě hodně pomáhal. Když jsem byla malá někde venku na jiném místě, tak třeba mi dával rady k tomu, jak jsem si něco krokovala, abych věděla odkud jsem šla. On byl právě ten, kdo mě naučil, že i když nevidím, že vím, že tráva je zelená a nebe je modrý, abych si nepřipadala nějaká divná tím, že tyhle věci nevím*“.

Dále další často zmiňovanou činností byly společné aktivity s otcem. Z odpovědí KP8 a KP9 vyplývá, že otcové se většinou zapojovali do sportovních a zábavných aktivity. Například KP8 uvádí: „*Táta se hodně zapojoval do toho sportu, lyžoval se mnou třeba celý den na kopci, občas jezdíme na motorce nebo na kole. Taký mu zařizuju různé pracovní věci*“. KP9 říká: „*Hodně se mnou sportoval, jako třeba lyžování, že právě speciálně se mnou jezdil kvůli světloplachosti na večerní lyžování a lyžovali sme vždycky jen spolu na večerku. No, taký vím, že táta se jako angažoval v takových těch procházkách a zábavě a v uspávání*“. KP7 však uvádí velmi specifickou činnost se svým otcem, na

kteřou vzpomíná. „*Já si pamatuju, že jsme jezdili do lesa společně s tátou a vozili čistou vodu, takže to je ta činnost, kdy nás vždycky zapojoval, asi protože se s tím nechtěl tahat sám*“. Následně ještě doplnil, že z vyprávění, když byl ještě malý, tak otec si s ním sice hrál, ale méně.

KP9 i KP7 sdělují, že otec se dále zapojoval do domácích prací, ať už méně či více. KP9 uvádí: „*Taky si pamatuju, že luxoval, vynášel smetí a vytíral, asi ne jako úplně ze sta procent, ale pamatuju si to. Nebylo to, že by se vůbec do toho nezapojoval*“. KP7 doplňuje: „*Doma vařil, ale neuklízal, kytky nezaléval, nežehlil, jakoby po sobě umyl nádobi nebo po nás občas. Možná taky nějaká obživa, zajišťování zdrojů z hlediska tý vody plus třeba ta technická část, on opravoval, byl jako zručnej*“. KP8 uvádí, že otec se do domácích prací nezapojoval. „*Například domácí práce to jde úplně mimo něho. Takový věci on nedělal. Prostě cokoli se nám doma rozbije, na to se někdo volá a nějaký žehlení, uklízení, praní, vaření to vůbec. Můj táta není takovej ten moderní muž, kterej by se podílel na chodu domácnosti*“.

Poslední činností, kterou naplňovali otcové KP7 a KP9 je dovoz na lékařské kontroly. KP9 říká: „*Z 95 % to byl táta, kterej se mnou jezdil na kontroly a do takových těch center. On byl ten, kterej mi pomáhal hledat cestu, skrz právě ty tyflokabinety a tyhle ty zařízení*“. KP7 uvádí: „*Já si jako představuju svého otce jako taxikáře, kterej mě jako někam dovez. Protože když nemohla matka, protože měla práci, tak nikdo z dalšího příbuzenstva mě tam nemohl vzít, takže tuhle roli plnil otec*“. Následně doplňuje, že otec nevěděl, v čem například procedury spočívaly. KP8 uvádí, že párkrát se stalo, že s ní byl otec na lékařské kontrole.

5 Diskuse

Bakalářská práce se zabývá tématem Role otce dítěte se zdravotním postižením v kontextu současné rodiny. Výzkumné otázky byly nastaveny následovně: Jak je vnímána role otce dítěte se zdravotním postižením? Jak je naplňována role otce z pohledu otce dítěte se zdravotním postižením? Jak je vnímána role otce z pohledu jedince se zdravotním postižením?

Pro získání potřebných dat a informací byla použita kvalitativní výzkumná strategie, metoda dotazování a technika polostrukturovaného rozhovoru, díky kterému bylo možné s komunikačními partnery navázat pocit důvěry, který byl zásadní z hlediska otevřenosti komunikačních partnerů a citlivosti téma bakalářské práce. Dále bylo možné použitím polostrukturovaného rozhovoru zachytit jedinečnost a subjektivní vnímání role otce dítěte se zdravotním postižením.

V první řadě je nutné uvést, že dle Kunhartové et al. (2017) se v české odborné literatuře nesetkáme s mnoha relevantními publikovanými pracemi, které se zabývají tématem otců dítěte se zdravotním postižením. Z tohoto důvodu je náročná komparace výsledků.

Rodina je v souvislosti s tématem role otce dítěte se zdravotním postižením důležitá. Zdravotní postižení zasahuje do života celé rodiny a ovlivňuje všechny její členy. Michalík (2023) uvádí, že pro rodinu zdravotní postižení dítěte představuje zatěžkávací zkoušku již od narození dítěte, sdělení diagnózy a převážně pak později při dlouhodobé péči. Komunikační partneři byli dotazováni, v jaké oblasti svého života pocítují změny či vlivy zdravotního postižení svého dítěte. Velká většina otců uváděla, že pocítuje změny právě v rodinném životě. Ačkoliv někteří uváděli změnu pozitivní, která se týkala stmelení rodiny, otcové také uváděli vliv negativní, který se projevoval hádkami a výčitkami. Chrástilová a Mrowetz (2023) uvádí, že mezi reakcemi rodičů mohou být pocity zklamání, odmítání přijetí skutečnosti, pocity viny, ale právě i vzájemné obviňování a případně i agresivita. U některých otců se hádky a vzájemné obviňování projevilo až v pozdějším věku dítěte. Kunhartová et al. (2017) uvádí, že tyto pocity později přechází ve smutek a lítost. Všichni otcové však uvedli, že společná snaha a práce je nezbytná a odchod od rodiny a dítěte by pro ně nebyl řešením, což považují za příjemné zjištění. Kukla (2016) totiž uvádí, že z dostupných výzkumů vyplývá, že u rodin s dítětem se zdravotním postižením se častěji vyskytuje rozvodovost. V souvislosti s odpověďmi komunikačních partnerů se toto tvrzení neshoduje. Dle mého názoru hrají velkou roli

osobnostní charakteristiky obou rodičů, zvládání stresových situací a vzájemná spolupráce. Otcové totiž uváděli, že pro ně byla zásadní spolupráce a podpora, kterou si vzájemně s matkou dítěte dodávali.

Pro otce není příliš zásadní změna v pracovním životě. K tomu přispívá ochota a tolerance ze strany zaměstnavatelů, kteří v potřebných chvílích otcům umožní flexibilní pracovní dobu. S tím se shoduje výrok KP6, který uvedl: „*Majitel ve firmě mi vyšel vstříc, že já jsem moh pracovat v noci, přes den, kdy se mi to hodilo. Když sme potřebovali ject k doktorovi, tak jsem dostal volno, takže já jsem vlastně si mohl trošku upravit tu pracovní dobu, abych mohl s nima bejt co nejvíc*“. V tomto se můj výzkum shoduje s výzkumem Swallow et al. (2011), kteří uvádí, že zaměstnavatelé umožňují otcům dítěte se zdravotním postižením ve větší míře flexibilní pracovní dobu, čímž se zvyšuje podvědomí o zapojení otce do péče a s tím roste i počet otců, kteří chtějí být do péče o své dítě zapojeni.

Otcové dále hovořili o změně ve svém psychickém a fyzické zdraví. Kunhartová et al. (2017) uvádí, že otcové spíše zmiňují změny ve zdraví psychickém než fyzickém. To se shoduje i s mými výsledky z rozhovorů s komunikačními partnery. Pouze jeden otec uvedl, že pociťuje negativní dopad na své fyzické zdraví z důvodů náročného nošení svého syna a v důsledku toho má potíže se zády. Pro otce byly zásadní změny v psychickém zdraví, které bylo potřeba řešit antidepresivy. Někteří také zmiňují obdobné deprese, které naštěstí nemuseli řešit s odborníky ani pomocí psychofarmak.

Během rozhovorů s komunikačními partnery bylo dále zjišťováno, jak roli otce dítěte se zdravotním postižením vnímají, jak na ni nahlíží a jak by z jejich pohledu měla být naplňována. Spousta otců vnímá důležitost své role v rodině a celkovou přítomnost otce. Většina komunikačních partnerů shodně uvedla, že je důležité zapojení otce do procesu péče o zdravotně postižené dítě. Otcové si dále uvědomují, že veškerá péče o dítěte nemůže být pouze na matce a jejich zapojení a podíl na péči je stěžejní, aby matce, která ve většině případů odchází na rodičovskou dovolenou nebo zůstává v domácnosti a je vedena jako pečující osoba dopřáli zasloužený odpočinek. V tomto se výsledky mého výzkumu shodují s výsledky Kunhartové et al. (2017), kteří uvádí, že otec bývá významnou oporou pro svou ženu. Role by podle otců měly být částečně vyrovnané. Persels (2019) uvádí, že velká část otců má obrovskou roli v péči o dítě se speciálními potřebami a považují jí za každodenní rutinu. Toto tvrzení vyvrací jeden z otců, který uvádí: „*No, podle mě má otec zajistit tu rodinu finančně, jelikož je to finančně nákladné. Matka se postará o všechny věci okolo, protože to umí líp. Otec by měl bejt živitel*“.

Ostatní otcové si však uvědomují důležitost propojení role živitele a pečovatele. Komunikační partneři jsou sice jedinými výdělečnými osobami v rodině, ale svou profesi neprovozují na úkor péče.

Následně byli otcové dotazováni, jak vnímají svou roli v rodině. Otcové vnímají potřebu zabezpečit svou rodinu z hlediska financí. Myslím si, že, zde sehrála velkou roli rodičovská dovolená, na kterou u všech komunikačních partnerů odcházela matka dítěte. Ačkoliv otcové sdělují, že by na rodičovskou nebo mateřskou dovolenou rádi odešli, v praxi se tak většinou neděje. Bývá to hlavně z důvodu financí, neboť podle nich by matčin příjem a rodičovský příspěvek nestačily na pokrytí potřeb domácnosti (Česko v datech, 2021). V roce 2021 bylo 5 300 mužů, kteří přijímali rodičovský příspěvek, ženy tvořily vyšší počet a to 292 200 (MPSV, 2022). DeMaris et al. (2013) uvádí, že otcové mají stále primární odpovědnost za finanční stabilitu a životní úroveň své rodiny. To potvrzuje odpověď KP6, který sdělil: „*Jo, chodil jsem do práce, abych vydělal peníze, to je jasný, protože jsem byl jedinej výdělečně činněj v rodině*“. Komunikační partneři uváděli finanční zajištění rodiny, jako jednu z hlavních úloh otce v rodině, velkou váhu přikládali také péči o své děti. Chtějí být součástí života svých dětí a věnovat jim adekvátní péči, která je pro dítě zásadní. Dále vnímají potřebu být nápomocnými pro své manželky při celkovém zapojení do péče. Otcové uváděli, že se běžně zapojují do péče o své děti ať už se jedná o krmení, přebalování či hygienu. Například KP5 uvedl: „*Já jsem zvyklý dělat všechno. My tu péče a vše okolo děláme oba, nemáme to nějak rozdělené. Rozhodně to u nás není to, že já bych byl jedinej živitel a žena se starala o všechno, s tím já nesouhlasím*“. Kunhartová et al. (2017) uvádí, že si otcové v posledních letech uvědomují důležitost účasti v rodinném životě a dochází k jisté proměně role otce z živitele na roli pečující. U tohoto tvrzení, ale také vnímám, že záleží na osobnosti otce. Jeden z komunikačních partnerů přikládá v souvislosti s rolí otce zásadní význam finančnímu zabezpečení rodiny. Odůvodňuje to tak, že péči umí dle jeho názoru nejlépe zajistit matka. Proto by tedy nebylo na místě tvrdit, že všichni otcové jsou zapojeni do péče, určitě se i v současné době setkáme s tradičním pojetím otcovské role. Tradičního otce charakterizuje Novák (2013) jako muže, který se snaží maximálně naplnit roli živitele, které podřizuje i svůj volný čas. Tento názor okolí taktéž zaznamenává Jensen (2022), který uvádí, že se stále můžeme setkat s názory otců, že matky jsou lepšími pečovatelkami než otcové. Dále svou roli otcové naplňují prostřednictvím dovozu na lékařské kontroly, na které jezdí buď výhradně oni nebo jezdí společně se svou manželkou.

Otcové se dále krom péče zapojují do sportovních aktivit se svými dětmi. Ve výzkumu Karakaše a Yamana (2014) několik rodin s dítětem se zdravotním postižením uvedlo, že vykonávají sport se svými dětmi z důvodu odbourání stresu a zapojené osoby se zdravotním postižením se cítí šťastnější. Pokud to zdravotní stav dítěte dovolí, otcové se snaží o zapojení dítěte do sportu či jiných společných aktivit. Z výzkumu Kunhartové et al. (2017) vychází, že otcové pociťují radost při jakékoliv nové činnosti, kterou mohou své děti naučit a efektivní trávení společného času s rodinou přispívá k zmírnění frustrace. Dle mého názoru je pro otce obohacující, že při náročné péči o své zdravotně postižené dítě mohou svůj volný čas trávit s dětmi zábavnou formou nebo je zapojit do svých oblíbených aktivit. To potvrzuje výrok KP3, který uvedl: „*No a já zahrádkařím dost. Takže na tu zahrádku si ho vždycky беру, on to má taky rád a já sem rád, že je tam se mnou*“.

Dále se otcové zapojují do domácích prací, které považují za běžnou součást dne a příkládají je k své roli otce. To potvrzuje odpověď KP5, který sdělil: „*Doma dělám úplně všechno. Umím uvařit, upéct, uklidit. Krom žehlení to neumím zatím, podle mě je to důležité, abych manželce takhle dopřál nějaký odpočinek*“. Důležité je vyzdvihnout, že otcové neberou domácí práce jako povinnost. Samozřejmě se setkáme i s opačným názorem. Například KP1 uvedl: „*...ale domácí práce ty nedělám, to nechávám vše na ženě*“.

Druhým dílčím cíle bakalářské práce bylo zjistit, jak je role otce vnímána z pohledu jedince se zdravotním postižením. Ze získaných dat vyplývá, že pro jedince se zdravotním postižením je zapojení otce do péče velmi zásadní. Péče by neměla být pouze na matce a pro jejich pocit důležitosti je zapojení otce stěžejní. Osoby se zdravotním postižením vnímají, že zapojení otce by mělo být rovnoměrné se zapojením matky. Ačkoliv se na tomto shodli všichni komunikační partneři dva z toho uvedli, že jsou si vědomi toho, že péče byla především vykonávána matkou. Následně byli tito dva komunikační partneři dotázáni, zda tedy pociťují nedostatky v péči od svých otců. KP8 však uvedla, že nedostatky ohledně péče nevnímá. Myslím si, že to bylo z důvodu aktivního přístupu matky, která se velmi na péči podílela a dceři pomohla překonávat veškeré limity spojené se zdravotním postižením, proto komunikační partnerce ohledně péče nic nescházelo. Jedinci se zdravotním postižením spíše vnímají nedostatky ve vztahu se svými otci. Pociťují, že se otcům nemohou svěřit s osobními záležitostmi nebo se jim nedostává dostatečné pochvaly, která by pro ně byla přínosná.

Z výzkumu s otci vyplynulo, že se převážná většina zapojuje a podílí na péči o své zdravotně postižené dítě. Pro účely bakalářské práce bylo stěžejní zjistit i pohled osob se zdravotním postižením na roli otce v rodině. Samozřejmě je nutné uvést, že si uvědomuji nedostatečně velkého výzkumného souboru, který byl tvořen osobami se zdravotním postižením, a proto nelze výsledky příliš zobecnit. Výsledky otců s výsledky osob se zdravotním postižením ohledně péče se v tomto případě příliš neshodují. Na druhou stranu se, ale shodují s finančním zajištěním rodiny. Osoby se zdravotním postižením přikládají otcům roli živitele v rodině.

Zapojení otců je ve výchově pro jedince se zdravotním postižením klíčové. Při nezapojení otce může dojít k nedostatku mužské role, kterou popisuje KP7, který uvedl: „*Zapojovat se rovnoměrně v té výchově, protože pak moje situace, že moje matka do mě vybudovala svoje vzory. Já totiž v nějakých situacích reaguju stejně jako matka, přičemž v nějakých chvílích bych měl reagovat spíš jako ten mužskej vzor*“. V takovém případě se mohou muži setkat s nepochopením svého okolí, protože jejich vystupování neodpovídá kontextu. Z výzkumu McLanahan et al. (2013) vyplynulo, že absence otce ve výchově může nést dopady na sociální, emoční a psychický vývoj dítěte. Jensen (2022) uvádí, že otec je prvním mužským vzorem pro své děti a jeho přítomnost je v tomto ohledu zásadní.

Následně bylo z výzkumu zjištěno, že i z pohledu jedinců se zdravotním postižením se otcové velmi zapojují do společných činností, kterými jsou nejčastěji sportovní aktivity. Dle získaných výsledků, tak můžeme hovořit o větším zapojení otců v oblasti sportu a zábavy. Cajthamlová (2017) takového otce nazývá „otec sportovec“, kterého popisuje jako aktivního sportovce, jenž pro svou rodinu a převážně děti vymýšlí sportovní výlety, dovolené či různé akce, což může být pro rodinu přínosné.

Za přínos bakalářské práce lze považovat zjištění sžívání otců se skutečností zdravotního postižení jejich dítěte. V literatuře se s tím často nesetkáme, neboť je otcům ohledně péče o dítě se zdravotním postižením věnována malá pozornost. Z výzkumu vyplynulo, že otcové dítěte prožívají rozmanité pocity. Tato skutečnost je pro ně tíživá a velmi často si nedokáží představit, jak péči zvládnou. Někteří si zdravotní postižení svého dítěte kladou za vinu. Dále se také často objevuje neznalost rodičů o daném onemocnění, která vede otce k beznaději. Nedostatečná informovanost ze strany lékařů přispívá k těžkosti přijetí zdravotního postižení dítěte. Otcové taktéž uvádí, že dlouhý čas nevěděli o zdravotním postižení svého dítěte nebo o jaké postižení se jedná, což je poté vedlo k pocitu úlevy při zjištění přesné diagnózy. Někteří otcové následně sdělili, že postupem času došlo ke smíření. Kunhartová et al. (2017) ve svém výzkumu uvádí, že

otcové se mohou utěšovat i tím, že jiné dítě má horší zdravotní stav než to jejich. To potvrzuje výrok KP6, který sdělil: „*Ale kupodivu díky tomu, že jsme jezdili na jedno pracoviště, tak L. měla jedno z nejmíň hroznejch postižení, protože sme tam viděli daleko horší prípady. Takže sem si říkal, že sice má postižení, ale je normálně myslicí osoba a není závislá na nás*“.

6 Závěr

Hlavním cílem bakalářské práce bylo zjistit, jak je vnímána role otce dítěte se zdravotním postižením v kontextu současné rodiny. Prvním dílčím cílem bylo zjistit, jak je role otce naplňována z pohledu otce. Druhým dílčím cílem bylo zjistit, jak je role otce vnímána z pohledu jedince se zdravotním postižením.

Výzkumné otázky byly nastaveny následovně: Jak je vnímána role otce dítěte se zdravotním postižením? Jak je naplňována role otce z pohledu otce dítěte se zdravotním postižením? Jak je vnímána role otce z pohledu jedince se zdravotním postižením?

Z výzkumu vyplynulo, že otcové dítěte se zdravotním postižením vnímají důležitost role otce a zapojení do procesu péče je pro ně zásadní. Role matky a otce v ohledu péče by měly být co nejvíce vyvážené. Otcové také vnímají potřebu zajistit rodinu z hlediska financí, jelikož jsou jedinými výdělečnými osobami v době, kdy je matka dítěte na rodičovské dovolené nebo je s dítětem doma a je vedena jako pečující osoba. Z tohoto důvodu někteří otcové vnímají rozdělení rolí.

Na základě zjištěných dat otcové svou roli naplňují prostřednictvím finančního zajištění rodiny a materiálních zabezpečení svých dětí z hlediska různých kompenzačních pomůcek. Pro otce je běžné zapojení do péče o své dítě, jedná se především o základní činnosti ohledně krmení a hygieny. Také se podílejí na domácích pracích, vozí své děti na lékařské kontroly a aktivně se zapojují do společných aktivit. U otců dominují převážně sportovní činnosti nebo zapojení dítěte do svých oblíbených aktivit. Nejčastěji zmiňované jsou společné procházky, lyžování či jízda na kole. Otcové si, ale uvědomují své slabé zapojení v cvičení a rehabilitování se svými dětmi, kterému se věnují spíše matky dětí.

Jedinci se zdravotním postižením taktéž vnímají roli otce za důležitou. Dle jejich názoru by role obou rodičů měly být v ohledu péče vyrovnané. I přesto jedinci vnímají, že péče byla převážně vykonávána matkou a otcové se v jejich rodinách zapojovali především v oblasti finančního zajištění rodiny. Svou roli živitele rodiny uplatňovali na úkor péče. Následně z výzkumu s jedinci se zdravotním postižením vyplynulo, že se otcové tolik nezapojují do domácích prací, které uváděli otcové dítěte se zdravotním postižením. Jedinci se zdravotním postižením nejvíce vnímají zapojení otců z hlediska společných aktivit, kterými nejčastěji jsou procházky či sport. Jednou z dalších činností, kterou osoby se zdravotním postižením zmiňovaly je dovoz na lékařské kontroly, na které

dojíždějí jako celá rodina nebo pouze s matkou. Otcové se dále zabývají získáváním kompenzačních pomůcek pro své děti.

V závěru bakalářské práce je přiložen vzkaz od jednoho tatínka, který by rád podpořil otce a rodiny, které se ocitly v této nesnadné životní situaci. *„Mějte trpělivost a snažte se nebýt příliš rozčilení z této situace. Děti Vaše pocity hodně zrcadlí. Když budete více v klidu, uklidní se i děti. Věřte, že se to časem zlepší“.*

7 Seznam použité literatury

1. BAKALÁŘ, E., 2002. *Průvodce otčovstvím, aneb, Bez otce se nedá (dobře) žít*. Praha: Vyšehrad. 215 s. ISBN 80-7021-605-0.
2. BARTOŇOVÁ, M., PIPEKOVÁ, J., 2010. Rodina s dítětem se zdravotním postižením. In: PIPEKOVÁ, J. (Ed.). *Kapitoly se speciální pedagogiky*. 3. rozšířené a přepracované vydání. Brno: Paido, s. 39-46. ISBN 978-80-7315-198-0.
3. BAZALOVÁ, B., 2014. *Dítě s mentálním postižením a podpora jeho vývoje*. Praha: Portál. 184 s. ISBN 978-80-262-0693-4.
4. BENEŠ, P., 2019. *Zraková postižení: behaviorální přístupy při edukaci s pomůckami*. Praha: Grada Publishing, a.s. 136 s. ISBN 978-80-271-2635-4.
5. BURGESS, A., 2004. *Návrat otčovství: Jak se stát moderním otcem*. Brno: Jota. 218 s. ISBN 80-7217-296-4.
6. CAJTHAMLOVÁ, K., 2017. *Abeceda moderního rodiče*. Praha: Vyšehrad. 400 s. ISBN 978-80-7429-913-1.
7. ČEVELA, R., 2015. *Sociální a posudkové lékařství*. Praha: Karolinum. 160 s. ISBN 978-80-246-2938-4.
8. DEMARIS, A., MAHONEY, A., PARGAMENT, K., 2014. *Father's Contributions to Housework and Childcare and Parental Aggravation Among First-Time Parents*. [online]. National Library of Medicine. [cit. 2023-04-21]. Dostupné z: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3842184/>
9. FARKOVÁ, M., 2009. *Dospělost a její variabilita*. Praha: Grada Publishing, a. s. 136 s. ISBN 978-80-247-2480-5.
10. FITZNEROVÁ, I., 2010. *Máme dítě s handicapem*. Praha: Portál. 160 s. ISBN 978-80-7367-663-6.
11. GIDDENS, A., 2013. *Sociologie*. Aktualizované a rozšířené vydání revidované Philipem W. Suttonem. Praha: Argo. 1052 s. ISBN 978-80-257-0807-1.
12. HARTL, P., HARTLOVÁ, H., 2015. *Psychologický slovník*. 3. aktualizované vydání. Praha: Portál. 312 s. ISBN 978-80-262-0873-0.
13. HAVELKA, D., BARTOŠOVÁ, K., 2019. *Speciální sourozenci: život se sourozencem s postižením*. Praha: Portál. 128 s. ISBN 978-80-262-1475-5.
14. HENDL, J., 2016. *Kvalitativní výzkum: základní teorie, metody a aplikace*. 4. přepracované a rozšířené vydání. Praha: Portál, 440 s. ISBN 978-80-262-0982-9.

15. HENDL, J., 2017. Věda a výzkum. In: HENDL, J., REMR, J. *Metody výzkumu a evaluace*. Praha: Portál, s. 21-29. ISBN 978-80-262-1192-1.
16. HRUŠKOVÁ, H., MATOUŠEK, O., LANDISCHOVÁ, E., 2010. Sociální práce s lidmi s mentálním postižením. In: MATOUŠEK, O., KODYMOVÁ, P., KOLÁČKOVÁ, J. *Sociální práce v praxi: Specifika různých cílových skupin a práce s nimi*. 2. vydání. Praha: Portál, s. 111-131. ISBN 978-80-7367-818-0.
17. CHMELAŘOVÁ, H., 2008. Tátové v historii. In: Sedláček, L., Plesková, K. *Aktivní otcovství*. Brno: Nesehnutí, s. 26-35. ISBN 978-80-903228-9-1.
18. CHRASTILOVÁ, G., MROWETZ, M., 2023. *Jak se vyrovnat s postižením dítěte*. [online]. Šance dětem. [cit. 2023-03-27]. Dostupné z: <https://sancedetem.cz/jak-se-vyrovnat-s-postizenim-ditete>
19. CHVÁTALOVÁ, H., 2012. *Jak se žije dětem s postižením: problematika pěti typů zdravotního postižení*. 3. vydání. Praha: Portál. 184 s. ISBN 978-80-262-0054-3.
20. JENSEN, L., 2022. *The important „father role“ in the family*. [online]. The international. [cit. 2023-2-18]. Dostupné z: <https://www.the-intl.com/post/the-important-father-role-in-the-family>
21. JIRÁKOVÁ, P., 2014. *Dětská mozková obrna*. [online]. Alfabet. [cit. 2022-12-20]. Dostupné z: <https://www.alfabet.cz/vyvojova-vada-u-ditete/typy-zdravotniho-postizeni/detska-mozkova-obrna/>
22. KAJANOVÁ, A. et al., 2017. *Metodologie výzkumu v oblasti sociálních věd*. České Budějovice: Zdravotně sociální fakulta, Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích. 108 s. ISBN 978-80-7394-639-5.
23. KARAKAŞ, G., YAMAN, Ç., 2014. *The Role of Family in Motivating the Children with Disabilities to do Sport*. [online]. Science Direct. [cit. 2023-04-21]. Dostupné z: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1877042814052926>
24. KINSNER, K., 2017. *Becoming a Dad: Advice for Expectant Fathers*, [online]. Zero to three. [cit. 2022-12-20]. Dostupné z: <https://www.zerotothree.org/resource/becoming-a-dad-advice-for-expectant-fathers/>
25. KOZÁKOVÁ, Z., 2005. Problematika kombinovaných vad z pohledu psychopedie. In: LUDÍKOVÁ, L. *Kombinované vady*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, s. 25-52. ISBN 80-244-1154-7.

26. KRAUS, B., 2008. *Základy sociální pedagogiky*. Praha: Portál. 216 s. ISBN 978-80-7367-383-3.
27. KRHUTOVÁ, L., 2011. Lidé se zrakovým postižením a pomáhající profese. In: MICHALÍK, J. et al. *Zdravotní postižení a pomáhající profese*. Praha: Portál, s. 269-346. ISBN 978-80-7367-859-3.
28. KRHUTOVÁ, L., 2013. *Autonomie v kontextu zdravotního postižení*. Ostrava: Nakladatelství Albert. 244 s. ISBN 978-80-7326-232-7.
29. KRHUTOVÁ, L., 2013a. *Sociální práce a lidé se zdravotním postižením*. Ostrava: Ostravská univerzita v Ostravě. 149 s. ISBN 978-80-7464-290-6.
30. KUCHAROVÁ, V. et al., 2019. *Česká rodina na počátku 21. století*. Praha: Slon. 300 s. ISBN 978-80-7419-275-3.
31. KUKLA, L., 2016. *Sociální a preventivní pediatrie v současném pojetí*. Praha: Grada Publishing, a.s. 456 s. ISBN 978-80-247-3874-1.
32. KUNHARTOVÁ, M., 2023. *Charakteristika kombinovaného postižení*. [online]. Šance dětem. [cit. 2023-03-27]. Dostupné z: <https://sancedetem.cz/charakteristika-kombinovaneho-postizeni>
33. KUNHARTOVÁ, M., POTMĚŠIL, M., POTMĚŠILOVÁ, P., 2017. *Náročné otcovství: Být otcem dítěte s postižením*. Praha: Karolinum. 220 s. ISBN 978-80-246-3600-9.
34. LANGER, J., 2014. Surdopedie: Speciální pedagogika osob se sluchovým postižením. In: VALENTA, M. et al. *Přehled speciální pedagogiky*. Praha: Portál, s. 65-85. ISBN 978-80-262-0602-6.
35. LUDÍKOVÁ, L., 2005. Teorie kombinovaných vad. In: LUDÍKOVÁ, L. *Kombinované vady*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, s. 7-14. ISBN 80-244-1154-7.
36. MASÁKOVÁ, V., 2011. Psychologický pohled na vývoj rodiny a potřeby dětí. In: *Rodiče, děti a jejich problémy*. Praha: Sdružení Linka bezpečí, s. 27-33. ISBN 978-80-904920-1-1.
37. MATĚJČEK, Z., 2001. *Psychologie nemocných a zdravotně postižených dětí*. 3. přepracované vydání. Jinočany: H & H. 147 s. ISBN 80-86022-92-7.
38. MATĚJČEK, Z., 2017. *Rodiče a děti*. Praha: Vyšehrad. 360 s. ISBN 978-80-7429-797-7.
39. MATOUŠEK, O., 2003. *Rodina jako instituce a vztahová síť*. 3. vydání. Praha: SLON. 161 s. ISBN 80-86429-19-9.

40. MATOUŠEK, O., 2013. *Metody a řízení sociální práce*. 3., aktualizované a doplněné vydání. Praha: Portál. 400 s. ISBN 978-80-262-0213-4.
41. MCLANAHAN, S., TACH, L., SCHNEIDER, S., 2014. *The Casual Effects of Father Absence*. [online]. National Library of Medicine. [cit. 2023-04-21]. Dostupné z: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3904543/>
42. MICHALÍK, J., 2011. Charakteristika zdravotního postižení. In: MICHALÍK, J. et al. *Zdravotní postižení a pomáhající profese*. Praha: Portál, s. 31-36. ISBN 978-80-7367-859-3.
43. MICHALÍK, J., 2023. *Rodina a dítě se zdravotním postižením*. [online]. Šance dětem. [cit. 2023-04-20]. Dostupné z: <https://sancedetem.cz/rodina-dite-se-zdravotnim-postizenim>
44. MIKULOVÁ, M., 2015. *Hlavu vzhůru, rodiče! Na výchovu selským rozumem*. Praha: Grada Publishing, a. s. 224 s. ISBN 978-80-247-5886-2.
45. MIOVSKÝ, M., 2006. *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu*. Praha: Grada Publishing, a. s. 332 s. ISBN 80-247-1362-4.
46. *MKN-10: Mezinárodní statistická klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů*, 2023. 10. revize. [online]. Praha: Ústav zdravotnických informací a statistiky České republiky. [cit. 2023-02-06]. Dostupné z: <https://mkn10.uzis.cz/>
47. MOŽNÝ, I., 2008. *Rodina a společnost*. 2. vydání. Praha: SLON. 312 s. ISBN 978-80-86429-87-8.
48. MRZENA, B., 2023. *Dětská mozková obrna*. [online]. Šance dětem. [cit. 2023-03-26]. Dostupné z: <https://sancedetem.cz/detska-mozkova-obrna>
49. MUKNŠNÁBLOVÁ, M., 2014. *Péče o dítě s postižením sluchu*. Praha: Grada Publishing, a.s. 128 s. ISBN 978-80-247-5034-7.
50. NOVÁK, T., 2013. *O otcovské roli: Význam otce v rodině*. Praha: Grada Publishing, a.s. 128 s. ISBN 978-80-247-7883-9.
51. NOVÁKOVÁ, I., 2011. *Zdravotní nauka*. 2. díl: Učebnice pro obor sociální činnost. Praha: Grada Publishing, a.s. s. 208. ISBN 978-80-247-3709-6.HM
52. NOVOSAD, L., 2011. Lidé s tělesným postižením. In: MICHALÍK, J. et al. *Zdravotní postižení a pomáhající profese*. Praha: Portál, s. 180-265. ISBN 978-80-7367-859-3.
53. NOVOSAD, L., 2011a. *Tělesné postižení jako fenomén i životní realita: diskurzivní pohledy na tělo, tělesnost, pohyb, člověka a tělesné postižení*. Praha: Portál, 168 s. ISBN 978-80-7367-873-9.

54. PERSELS, T., 2019. *Fathers of Children with Special Needs*. [online]. Medical Home Portal. [cit. 2022-12-20]. Dostupné z: <https://www.medicalhomeportal.org/living-with-child/taking-care-of-yourself-and-your-family/fathers-of-children-with-special-needs>.
55. *Počet příjemců rodičovského příspěvku podle pohlaví*, 2022. [online]. MPSV. [cit. 2023-04-21]. Dostupné z: <https://www.mpsv.cz/vybrane-statisticke-udaje>
56. POTMĚŠIL, M., 2011. Osoby se sluchovým postižením jako cílová skupina. In: MICHALÍK, J. et al. *Zdravotní postižení a pomáhající profese*. Praha: Portál, s. 347-406. ISBN 978-80-7367-859-3.
57. REICHEL, J., 2009. *Kapitoly metodologie sociálních výzkumů*. Praha: Grada Publishing, a. s. 192 s. ISBN 978-80-247-3006-6.
58. RENOTIÉROVÁ, M., 2006. Speciální pedagogika osob s postižením hybnosti. In: RENOTIÉROVÁ, M., LUDÍKOVÁ, L. et al. *Speciální pedagogika*. 4. vydání. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, s. 209-239. ISBN 80-244-1475-9.
59. SLOWÍK, J., 2016. *Speciální pedagogika. 2., aktualizované a doplněné vydání*. Praha: Grada Publishing, a.s. 168 s. ISBN 978-80-271-9426-1.
60. SLOWÍK, J., 2022. *Inkluzivní speciální pedagogika*. Praha: Grada Publishing, a. s. 240 s. ISBN 978-80-271-4865-3.
61. SOBOTKOVÁ, I., 2012. *Psychologie rodiny*. Druhé, přepracované vydání. Praha: Portál. 176 s. ISBN 978-80-7367-250-8.
62. SWALLOW, S. et al., 2011. *Fathers' contributions to the management of their child's long-term medical condition: a narrative review of the literature*. [online]. National Library of Medicine. [cit. 2023-04-21]. Dostupné z: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21624023/>
63. ŠAMALOVÁ, K., VESELÁ, M., 2022. Hodnocení potřeb osob se zdravotním postižením. In: MATOUŠEK, O. et al. *Strategie a postupy v sociální práci*. Praha: Portál, s. 101-107. ISBN 978-80-262-1952-1.
64. ŠVARCOVÁ, I., 2011. *Mentální retardace: vzdělávání, výchova, sociální péče*. Praha: Portál. 224 s. ISBN 978-80-7367-889-0.
65. ŠEĐOVÁ, K., 2007. Analýza kvalitativní dat. In: ŠVAŘÍČEK, R., ŠEĐOVÁ, K. et al. *Kvalitativní výzkum v pedagogických vědách*. 2. vydání. Praha: Portál, s. 207-247. ISBN 978-80-262-0644-6.

66. TAHAL, R. et al., 2017. Kvalitativní a kvantitativní výzkum. In: TAHAL, R. *Marketingový výzkum: postupy, metody, trendy*. Praha: Grada Publishing, a. s., s. 31. ISBN 978-80-271-0206-8.
67. *Tátové na rodičovské*, 2021. [online]. Česko v datech. [cit. 2023-04-21]. Dostupné z: <https://www.ceskovdatech.cz/clanek/163-tatove-na-rodicovske/>
68. *Úmluva o právech osob se zdravotním postižením*. [online]. Ministerstvo práce a sociálních věcí. [cit. 2022-11-23]. Dostupné z: https://www.mpsv.cz/documents/20142/225526/Umluva_o_pravech_osob_se_Z_P.pdf/1e95a34b-cbdf-0829-3da2-148865b8a4a8
69. VÁGNEROVÁ, M., 2004. *Psychologie handicapu*. Praha: Karolinum. 230 s. ISBN 80-7184-929-4.
70. VÁGNEROVÁ, M., STRNADOVÁ, I., KREJČOVÁ, L., 2009. *Náročné mateřství: být matkou postiženého dítěte*. Praha: Karolinum. 335 s. ISBN 978-80-246-1616-2.
71. VALENTA, M., 2014. Psychopedie: Speciální pedagogika osob s mentálním (a jiným duševním) postižením. In: VALENTA, M., et al. *Přehled speciální pedagogiky*. Praha: Portál, s. 21-42. ISBN 978-80-262-0602-6.
72. VALENTA, M., 2018. Koncept mentálního postižení a terminologie. In: VALENTA, M., MICHALÍK, J., LEČBYCH, M. *Mentální postižení. 2., přepracované vydání*. Praha: Grada Publishing, a.s., s. 73-101. ISBN 978-80-247-3043-1.
73. VITÁSKOVÁ, K., et al. 2003. *Zefektivnění studia a profesního uplatnění handicapovaných studentů na vysokých školách*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci. 89 s. ISBN 80-244-0621-7.
74. VÍTKOVÁ, M., 2014. Somatopedie: Speciální pedagogika osob s tělesným postižením. In: VALENT, M. et al. *Přehled speciální pedagogiky*. Praha: Portál, s. 104-130. ISBN 978-80-262-0602-6.
75. WALKER, I., 2013. *Výzkumné metody a statistika*. Praha: Grada Publishing, a. s. 224 s. ISBN 978-80-247-3920-5.
76. Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, 2006. In: *Sbírka zákonů české republiky*, částka 37, s. 1257. [online]. [cit. 2022-11-27]. Dostupné z: <https://aplikace.mvcr.cz/sbirka-zakonu/>
77. ZOJA, L., 2017. *Soumrak otců: archetyp otce a dějiny otcovství*. Praha: Prostor. 344 s. ISBN 978-80-7260-347-3.

8 Seznam příloh

Příloha 1: Okruh otázek polostrukturovaného rozhovoru s otci dítěte se zdravotním postižením

Příloha 2: Okruh otázek polostrukturovaného rozhovoru s jedinci se zdravotním postižením

Příloha 1: Okruh otázek polostrukturovaného rozhovoru s otci dítěte se zdravotním postižením

- 1) Kdy a jak jste se dozvěděl o zdravotním postižení Vašeho dítěte?
- 2) Jaké byly Vaše pocity po zjištění zdravotního postižení?
- 3) Jaká by podle Vás měla být role otce dítěte se zdravotním postižením?
- 4) Jak byste popsal Vaši roli v rodině?
- 5) Jak se podílíte na péči o Vaše dítěte a jakým dalším aktivitám se věnujete?
- 6) Je pro Vás těžké zkombinovat pracovní život s péčí o Vaše dítě?
- 7) Jaké změny vnímáte po narození/zjištění zdravotního postižení Vašeho dítěte?
- 8) Objevila se u Vás někdy myšlenka, kdy jste od rodiny chtěl odejít nebo jste si myslel, že to nezvládnete?
- 9) Myslíte si, že jste v péči o své dítě udělal své maximum?

Příloha 2: Okruh otázek polostrukturovaného rozhovoru s jedinci se zdravotním postižením

- 1) Co si představujete pod tím, jak by měla vypadat role otce dítěte se zdravotním postižením?
- 2) Jak byste popsal/a roli Vašeho otce ve Vaší rodině?
- 3) Jaké rozdíly pociťujete ohledně péče Vašeho otce a matky?
- 4) Jak se Vám a celkově Vaší rodině věnuje Váš otec?
- 5) Je něco, co Vám chybí v ohledu vztahu/péče Vašeho otce?
- 6) Jak byste celkově zhodnotil/a Váš vztah s otcem?

9 Seznam zkratk

DMO	Dětská mozková obrna
MKN-10	Mezinárodní statistická klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů - 10. revize
KP1	Komunikační partner 1
KP2	Komunikační partner 2
KP3	Komunikační partner 3
KP4	Komunikační partner 4
KP5	Komunikační partner 5
KP6	Komunikační partner 6
KP7	Komunikační partner 7
KP8	Komunikační partner 8
KP9	Komunikační partner 9